

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

AUTO 261 de 2012

Referencia: Sentencia T-760 de 2008.

Seguimiento a la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008.

Magistrado Sustanciador:
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D. C., dieciséis (16) de noviembre de dos mil doce (2012).

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

I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación adoptó una serie de decisiones dirigidas a las autoridades de regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de que se tomaran las medidas necesarias para corregir las fallas regulatorias identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados en dicha providencia.

Del estudio de tales asuntos, se infirieron unos problemas generales en los que se contextualizaron, identificaron y concretaron las fallas que dieron origen al conjunto de mandatos de naturaleza o tendencia correctiva. Particularmente, teniendo en cuenta que a la fecha de expedición de la sentencia T-760 de 2008 no existían programas ni cronogramas que mostraran un esfuerzo para avanzar en la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y

subsidiado, a pesar de claros mandatos legales avalados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Corte consideró lo siguiente:

“...actualmente existe una violación de la obligación constitucional de cumplimiento progresivo a cargo del Estado consistente en unificar los planes obligatorios de beneficios, para garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad. Si bien se trata de una obligación de cumplimiento progresivo, actualmente el Estado desconoce el mínimo grado de cumplimiento de la misma puesto que no ha adoptado un programa, con su respectivo cronograma, para avanzar en la unificación de los planes de beneficios. Lo anterior, a pesar de que la política pública se encontraba delineada en términos generales por la ley, fijándose allí también el plazo para el cumplimiento de la meta de unificación de los planes de beneficios. El Estado incumplió las obligaciones y plazos trazados y, posteriormente, no fijó un nuevo plazo ni cronograma alguno.

Esta decisión de carácter regresivo, además de contribuir a la confusión en los usuarios sobre cuáles son las prestaciones de salud a las que tienen derecho –asunto que se ha venido resolviendo caso por caso mediante acción de tutela– ha implicado en la práctica la prolongación de las privaciones y limitaciones al derecho a la salud de las personas más necesitadas en el sistema (los beneficiarios del régimen subsidiado), y ha implicado mantener las barreras para el acceso a algunos de los servicios de salud requeridos a parte de la población más necesitada.

No corresponde a la Corte Constitucional fijar las metas ni el cronograma para la unificación de los planes de beneficios, pero sí debe instar a las autoridades competentes para que, con base en las prioridades epidemiológicas, las necesidades de salud de los que pertenecen al régimen subsidiado y las consideraciones de financiación relevantes, diseñe un plan que permita de manera real alcanzar esta meta.”

En virtud de esta problemática, en el ordinal vigésimo segundo de la parte resolutoria de la citada sentencia, se dispuso:

“Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la

ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente.

El programa de unificación deberá adicionalmente (i) prever la definición de mecanismos para racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos e, (ii) identificar los desestímulos para el pago de cotizaciones por parte de los usuarios y (iii) prever la adopción de las medidas necesarias para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen, y que a quienes pasen del régimen subsidiado al régimen contributivo se les garantice que pueden regresar al subsidiado de manera ágil cuando su ingreso disminuya o su situación socioeconómica se deteriore.

La Comisión de Regulación en Salud deberá remitir a la Corte Constitucional, antes del 1 de febrero de 2009, el programa y el cronograma para la unificación de los planes de beneficios, el cual deberá incluir: (i) un programa; (ii) un cronograma; (iii) metas medibles; (iv) mecanismos para el seguimiento del avance y (v) la justificación de por qué se presentó una regresión o un estancamiento en la ampliación del alcance del derecho a la salud. Copia de dicho informe deberá ser presentada a la Defensoría del Pueblo en dicha fecha y, luego, deberá presentar informes de avance en el cumplimiento del programa y el cronograma cada semestre, a partir de la fecha indicada.

En la ejecución del programa y el cronograma para la unificación de los planes de beneficios, la Comisión ofrecerá oportunidades suficientes de participación directa y efectiva a las organizaciones que representen los intereses de los usuarios del sistema de salud y de la comunidad médica. En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada para el 1 de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”

2. Cumpliendo con lo dispuesto en la transcrita orden, el Ministerio de la Protección Social mediante oficio del 30 de enero de 2009¹, remitió el cronograma de unificación de planes de beneficios y la metodología a implementar para el desarrollo de la actualización del Plan Obligatorio de Salud en Colombia.

En dicho documento se antepuso a la meta de unificación el cumplimiento de varios objetivos, a saber: (i) efectuar un proceso de consulta con los actores y

¹ Carpeta de seguimiento a la orden XXII, folios 1 y ss.

los usuarios; (ii) modificar la estructura de los planes obligatorios de salud para alcanzar el “POS esencial”; (iii) adoptar medidas para contrarrestar la elusión y la evasión del régimen contributivo; e (iv) implementar mecanismos de eficiencia en toda la cadena de financiación del sistema. Además, indicó que la primera etapa del proceso de unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) consistiría en “asegurar la portabilidad de los beneficios del POS del Régimen Subsidiado en todo el territorio nacional”, la cual “podría estar implementada antes del 1° de octubre de 2009 (...)”.

Así mismo, en el documento anexo denominado “unificación gradual y sostenible de los planes obligatorios de salud-POS”, el Gobierno especificó que la unificación del “Plan Esencial” se realizaría durante el segundo semestre del año 2012, aunque en nota al pie advirtió que este término estaría sujeto a los recursos disponibles en el sistema.

El cronograma allegado por el Ministerio fue el siguiente:

FASES PARA LA ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACION DEL POS ESENCIAL	2008		2009		2010		2011		2012	
	Sem. 1	Sem. 2								
Desarrollo de Guía Metodológica y Piloto de Diabetes Mellitus 1 y 2*	■		■							
Procesos de Priorización*			■		■		■		■	
Desarrollo de instancia de revisión y resolución de conflictos*			■		■		■		■	
Igualación del POS en cuanto a su cobertura geográfica			■		■		■		■	
Desarrollo de guías, armonización e implementación por etapas			■		■		■		■	
Desarrollo del Primer Paquete de Guías de Práctica Clínica*			■		■		■		■	
Armonización y revisión de resultados con el actual POS			■		■		■		■	
Primera etapa de implementación de ajustes del POS			■		■		■		■	
Seguimiento a la primera etapa de implementación			■		■		■		■	
Desarrollo del Segundo Paquete de Guías de Práctica Clínica*			■		■		■		■	
Armonización y revisión de resultados con el actual POS			■		■		■		■	
Segunda etapa de implementación de ajustes del POS			■		■		■		■	
Seguimiento a la segunda etapa de implementación			■		■		■		■	
Desarrollo del Tercer Paquete de Guías de Práctica Clínica*			■		■		■		■	
Armonización y revisión de resultados con el actual POS			■		■		■		■	
Tercera etapa de implementación de ajustes del POS			■		■		■		■	
Seguimiento a la tercera etapa de implementación			■		■		■		■	
Definición del Plan Esencial 2014			■		■		■		■	
Prueba Piloto del Plan Esencial			■		■		■		■	
Unificación del Plan Esencial**			■		■		■		■	

*Cooperación internacional con NICE y el Profesor Norman Daniels

** Sujeto a los recursos disponibles del sistema.

3. Auto del 13 de julio de 2009: Se solicitó a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) o en su defecto, al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) en Salud, que allegara la formulación “precisa” de los cronogramas para adelantar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado. Además, se requirió a dicha entidad que precisara cuáles fueron los canales o estrategias adoptadas para garantizar la “participación directa y efectiva” de los usuarios y de la comunidad médica en el cumplimiento de lo dispuesto en la orden 22.

3.1. En respuesta al citado proveído, el 31 de julio de 2009 el Ministerio afirmó haber continuado con el cumplimiento de la orden y precisó el cronograma de unificación en los siguientes términos:

“Fases para la actualización y unificación del POS esencial

- 1. Desarrollo de guía metodológica de diabetes mellitus. Termina Agosto de 2009*
- 2. Procesos de priorización. Inició en marzo de 2009-Proceso permanente*
- 3. Desarrollo de instancia de revisión y resolución de conflictos - Segundo semestre de 2010*
- 4. Igualación del POS en cuanto a su cobertura geográfica. Segundo semestre de 2009*
- 5. Desarrollo de guías, armonización e implementación por etapas*
 - a. Desarrollo del primer paquete de guías de atención integral. Inicia en el segundo semestre de 2009 – Termina en el segundo semestre de 2010*
 - b. Desarrollo del segundo paquete de guías de atención integral. Inicia el primer semestre de 2010 y termina el primer semestre de 2011*
 - c. Desarrollo del tercer paquete de guías de atención integral: Inicia en el primer semestre de 2011 y termina en el primer semestre de 2012*
- 6. Definición del Plan Esencial. Inicia primer semestre de 2010 y termina segundo semestre de 2014*
- 7. Prueba piloto del Plan Esencial. Inicia en primer semestre de 2012 y termina segundo semestre 2012*
- 8. Unificación del Plan Esencial. Primer semestre de 2012”*

Más adelante, advirtió que tanto la actualización como la unificación de los planes de beneficios han garantizado la participación “directa y efectiva” de los usuarios y de la comunidad médica, para lo cual dispuso canales virtuales de información y de respuesta a las diferentes inquietudes de la ciudadanía. Sobre el particular, afirmó que “[l]a participación de los usuarios, la de la comunidad médica y la de la ciudadanía en general, se ha promovido mediante canales presenciales y virtuales de participación, sobre la base de que la participación en el mundo se hace hoy prioritariamente mediante canales virtuales”. Añadió que un ejemplo específico de esta estrategia se aplicó a la elaboración de la Guía Metodológica de Práctica Clínica, que es considerada como un elemento central de ese proceso.

Igualmente, manifestó que en este ámbito se han desarrollado jornadas de “intercambio internacional”, que han propiciado la participación de más de 500 personas y la discusión de los temas adscritos a la actualización y a la unificación. El Ministerio agregó que la información presentada por los expertos extranjeros “*está disponible para la consulta ciudadana en el sitio web del POS*”.

Finalmente, en este informe el Ministerio expresó lo siguiente: “*Consultar y validar unos únicos criterios para el POS, es el primer paso de la unificación. El formulario de la consulta ciudadana ha sido respondido y discutido en sesiones presenciales por representantes de 29 organizaciones de usuarios y 40 representantes de las organizaciones de la comunidad médica, así como también por 1.632 ciudadanos a través de Internet a fecha 29 de julio de 2009*”.

3.2. En paralelo, el 31 de julio de 2009, la CRES presentó el “*primer informe semestral de avance*”, en el que reiteró el cronograma inicialmente presentado por el Ministerio de la Protección Social y describió las actividades desarrolladas durante el primer semestre de ese año. En ese orden de ideas, justificó la adopción de las “Guías de Atención Integral” (GAI) y, específicamente, la implementación de la Guía Metodológica y Piloto de Diabetes Mellitus 1 y 2, como una estrategia para garantizar el tratamiento integral y la organización de la prestación de servicios de salud.

3.3. En esa misma fecha la Comisión de Regulación en Salud allegó la respuesta al Auto del 13 de julio de 2009, en el que presentó el avance semestral en el análisis del requerimiento financiero para la unificación de los planes de beneficios, concluyendo de los estudios adelantados, que los costos proyectados para financiar el cumplimiento de la orden 22 de la sentencia T-760 de 2008 no son sostenibles “*dada la coyuntura actual de la economía nacional e internacional.*”

A efectos de contrarrestar la problemática financiera planteada, la CRES consideró necesario desarrollar un modelo que permitiera establecer con qué recursos cuenta la sociedad para financiar el sector salud, los que podrían destinarse a la financiación de los planes de beneficios, razón por la cual dijo estar adelantando un proceso de ajuste a dichos métodos.

Por último, afirmó que se “*desarrollarán evaluaciones tendientes a definir mecanismos que viabilicen la concurrencia de un mayor flujo de recursos para el aseguramiento universal, así como una racionalización del gasto...*”.

3.4. Con posterioridad, el 22 de febrero de 2010, la Comisión de Regulación en Salud allegó el segundo informe semestral de avance con corte al 31 de enero de 2010, en el que informó que no existe unanimidad entre los diferentes actores del sistema sobre el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y sus diversas fuentes de financiación, por lo que decidió implementar pruebas piloto de unificación, las que deberían contar con observatorios permanentes, a fin de determinar la suficiencia del financiamiento necesario para cumplir con la orden a que hace referencia este auto.

3.5. Luego, el 17 de marzo de 2010, el Ministerio de la Protección Social remitió un informe sobre el cumplimiento de diferentes órdenes impartidas en la sentencia T-760 de 2008, afirmando, frente al numeral vigésimo segundo, que el mismo fue cumplido con la remisión del respectivo programa y cronograma, así como de los informes semestrales presentados por la Comisión de Regulación en Salud y el mismo Ministerio en el mes de julio de ese año.

Aseguró, respecto a la aclaración, actualización y unificación de los planes de beneficios, que ya fue expedida la reglamentación necesaria para dar cumplimiento a las órdenes de la sentencia².

3.6. El 24 de marzo de 2010, SaludTotal EPS-S, refiriéndose a los planes piloto que se están desarrollando, afirmó que la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008 fue incumplida abiertamente por la Comisión de Regulación en Salud, como quiera que la UPC establecida para el régimen subsidiado es mucho menor que la fijada para el régimen contributivo, pretendiendo la CRES que se cubran los mismos servicios con una menor financiación.

3.7. Posteriormente, la Defensoría del Pueblo presentó a la Sala, en documento del 17 de junio de 2010, el segundo dictamen de seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, en el cual expuso, con referencia a la orden vigésimo segunda, el análisis realizado al informe presentado por la CRES, instrumento en el que consideró que respecto a este mandato se está ante a un cumplimiento parcial de las actividades mencionadas por la Comisión, y destacó algunos aspectos positivos y negativos del proceso que ha desarrollado dicho ente regulador desde su conformación.

4. Auto 209 del 1 de julio de 2010: Se dio traslado a la CRES y a la Defensoría del Pueblo del documento cursado por SaludTotal EPS-S.

² Acuerdos 003 y 008 de 2009, 011 de 2010, entre otros.

4.1. En respuesta a dicho proveído, el 16 de julio de 2010, la CRES manifestó no haber incumplido ninguna de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, como quiera que ante el mandato de unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios, en ningún aparte de dicha providencia se ordena igualar el valor de la UPC.

Argumentó que no resulta imperioso este ajuste, como quiera que la cuantía establecida para el régimen subsidiado es suficiente para el cubrimiento de los mismos servicios del régimen contributivo, lo que obedece, entre otros aspectos, a que: *“a) el plan de beneficios unificado ya está costado en la UPC-S 2010 para los niños y niñas menores de 18 años; b) faltaría estimar el valor de los servicios diferenciales para los adultos; c) la frecuencia de uso de los servicios en el régimen subsidiado es inferior a la del régimen contributivo; d) los costos de administración del régimen subsidiado son inferiores a los del régimen contributivo; e) por ley, mínimo el 60% de los servicios deben ser contratados con la red pública y su costo no podría estar por encima de las tarifas del sector privado o las del promedio del mercado, por el contrario son inferiores garantizando igual calidad.”*

De igual manera aclaró que *“para efectos de determinar si la UPC-S definida por la CRES para el año 2010 y para las pruebas piloto, es o no suficiente para financiar el POS, es necesario efectuar un estudio de suficiencia con el mayor rigor técnico. No basta señalar que por no ser igual a la del régimen contributivo, no es suficiente.”*

4.2. Sobre el mismo punto, la Defensoría del Pueblo el 21 de julio de 2010, luego de exponer diversas situaciones referidas a las pruebas piloto y a la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S), concluyó que *“en la implementación de la prueba piloto de la unificación del POS en la ciudad de Barranquilla, la CRES no ha incumplido la orden de la Honorable Corte Constitucional, al no haber otorgado el valor pleno de UPC contributiva para dicho piloto, como lo cuestiona la EPS Salud Total”*. Consideró conveniente que la UPC-S permaneciera en las condiciones establecidas por la Comisión, hasta el momento en que se conozcan los resultados de los respectivos estudios técnicos de suficiencia.

5. Autos 110 y 111 del 27 de mayo de 2011: Se convocó a audiencia pública de rendición de cuentas a los órganos responsables de la regulación y control de la política pública en salud, para el cumplimiento de las órdenes generales 16, 17, 18, 21 y 22 y se fijó la agenda y metodología de dicha audiencia, respectivamente.

5.1. El 6 de julio del 2011, la Comisión de Regulación en Salud allegó el estudio elaborado por el Centro de Investigaciones y Consultorías – CIC de la Universidad de Antioquia en virtud del Convenio Interadministrativo 029, denominado “PROYECCIÓN DE LA UNIFICACIÓN GRADUAL Y SOSTENIBLE DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD -POS-” del cual también allegó informe ejecutivo con fecha del 6 de septiembre del mismo año.

En este estudio, se afirmó lo siguiente:

“El reto esencial de la regulación será la legitimación del POS como el instrumento que permite la aplicación del derecho a la salud y sostener el aseguramiento con operadores independientes. La legitimidad debe encontrar un camino para el establecimiento de un proceso democrático con reglas de decisiones políticas. Aquí la regulación económica, en sentido estricto, es sólo un componente técnico para la decisión, es necesaria la convalidación política y al desarrollarla, competirá en términos concurrentes con la rectoría del MPS.

(...)

Solucionando el tema de la legitimidad de las prioridades en términos de coberturas y las exclusiones de riesgos y prestaciones, es necesario pasar al tema tarifario, vale decir, a la determinación de la UPC. El sistema de capitación individual, en términos de un sistema obligatorio, asume la forma de una intervención pública directa y no la corrección de un precio en un sistema de mercados de seguros. En este sentido se debe reflejar el interés público, que puede representarse esquemática e instrumentalmente en el concepto económico de excedente del consumidor y los intereses de los agentes aseguradores, que a su vez, puede representarse en términos de excedente del productor; y en el contexto de un seguro asume la forma de un valor esperado, que relaciona la probabilidad de enfermarse con la pérdida de utilidad por el pago de las primas de seguros.

(...) El principal reto regulatorio está en términos de conseguir la información relevante para la toma de decisiones y cómo observar si el comportamiento de los riesgos y usos de los servicios está asociado al desempeño diferencial de los agentes, o si se acepta cualquier desempeño, y en tal sentido, la meta de eficiencia no aparece en el objetivo regulatorio.

(...)

La llamada suficiencia UPC-POS realizada hasta ahora es una forma de ajustar retrospectivamente los costos y las frecuencias de los servicios usados por los usuarios en todas las EPS. Es algo así como la reconstrucción monumental de la posición original del equilibrio sectorial en el sistema, definido como el equilibrio de los aseguradores sin tener en cuenta el excedente retribuido a los afiliados.”

Aunado a lo anterior y refiriéndose a las pruebas piloto de unificación adelantadas por la CRES en Barranquilla y Cartagena, se indicó:

“La suficiencia de la UPC para llegar a los beneficios del régimen contributivo, no sólo depende de la demanda de servicios de los afiliados, sino también del flujo de recursos, los gastos administrativos y las tarifas del sistema

Las EPS se quejan de la insuficiencia de la UPC (con mayor énfasis en Cartagena puesto que no cuentan con la prima especial que se reconoce al Distrito de Barranquilla) aunque reconocen que la situación puede presentar una mejoría, optimizando el flujo de recursos, en especial los concernientes al Distrito (o al FOSYGA en el caso de Cartagena porque los jueces no están obligando a la entidad territorial) derivados por las atenciones no POS (el costo de las atenciones para los no afiliados es casi despreciable). Sostienen que los gastos administrativos (tanto los nuevos como por ejemplo el pago a los “operadores”, como el crecimiento de los antiguos al igualar los beneficios y la solución a las solicitudes por lo no POS) y la lentitud no sólo en la facturación de los servicios por parte de los prestadores debido a que no llenan plenamente los requisitos exigidos como en el caso del diligenciamiento de los RIPS (incluidos los del no POS), sino también en la cancelación de las obligaciones por parte de los aseguradores (en Cartagena estimaron un represamiento del 80% de servicios no facturados) no permitirán a la CRES conocer a ciencia cierta el valor per cápita que debe reconocer por afiliado, situación que, de no ser atendida, conducirá al proyecto de unificación de beneficios en estas dos localidades a fuertes traumatismos financieros.”

5.2. La Audiencia Pública convocada por Auto 110, se celebró el 7 de julio de 2011 y las intervenciones de los citados e invitados a participar activamente en ella, se resumen de la siguiente manera:

5.2.1. El Ministro de la Protección Social señaló algunos de los retos y problemas que enfrenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud,

identificados desde el principio de este Gobierno, entre los que se encuentran los siguientes:

- Inequidades por el retraso en la unificación de los planes de beneficios.
- Desactualización del Plan de Beneficios.
- Crecimiento exponencial de recobros.
- Flujo de recursos con retrasos e intermediación innecesaria.
- Falta de inspección, vigilancia y control que propicia la corrupción.
- Deficiencias en calidad de la prestación de los servicios.
- Debilidades institucionales y carencias en la rectoría del Sistema.
- Deficiencias en las estrategias de promoción y prevención.
- Desconfianza entre los agentes.

Así mismo, aseguró que el Plan de Beneficios del régimen subsidiado ha sido unificado con el del régimen contributivo para el 43% de la población (menores de edad y Barranquilla y Cartagena) e informó que antes de finalizar el año 2011 se unificará el Plan de Beneficios de los mayores de 60 años en todo el país, lo que corresponde al 17% de la población y al 64% del costo de la unificación. Agregó que se espera tener unificada a la mayor parte de la población en el año 2013.

5.2.2. La Comisionada Experta Vocera de la Comisión de Regulación en Salud, informó sobre las dificultades y deficiencias advertidas en la experiencia de las dos (2) pruebas piloto de unificación universal del POS en los Distritos de Barranquilla y Cartagena.

5.2.3. El Viceministro de Hacienda y Crédito Público afirmó que para superar la problemática que enfrenta el Gobierno para lograr la universalización y unificación en el régimen subsidiado, con las medidas de financiamiento adoptadas y los recursos previstos en el marco fiscal de mediano plazo, debe garantizarse mayor eficiencia en el gasto del Sistema: UPC y gastos de administración; y mejorarse la focalización de la población objeto de subsidios en salud.

También indicó que dentro de los mecanismos de financiamiento adoptados se encuentran los siguientes: (i) recursos adicionales: nacionales, territoriales y cajas de compensación familiar; (ii) reorientación de recursos; y (iii) control a la evasión y elusión de impuestos territoriales.

5.2.4. El Superintendente Nacional de Salud, en materia de unificación, afirmó que una vez se establezca el cronograma por parte de la CRES y éste sea aprobado por las instancias correspondientes, se realizará el respectivo seguimiento y se evaluará la viabilidad técnica y financiera del mismo.

5.2.5. El Procurador General de la Nación expuso que los obstáculos al acceso al servicio a la salud radicaban, entre otros aspectos, en la falta de oportunidad de participación de los usuarios y la comunidad médica en la actualización integral y unificación de los planes de beneficios, aunado a la no unificación de precios máximos de medicamentos, dispositivos, insumos y demás servicios POS.

5.2.6. El Defensor del Pueblo consideró que la falta de unificación podría crear problemas como aquel denominado “zonas grises”, dando lugar a los recobros por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y desviaciones de algunos de sus recursos que hoy son materia de investigación. Por otro lado, aseguró que la unificación de POS de niños y niñas ha sido cumplido de manera parcial, como quiera que si bien la CRES expidió la normatividad respectiva, se han recibido quejas acerca de la negación de servicios POS a menores de 18 años del régimen subsidiado, porque de algún modo los están asimilando con los del régimen contributivo. También advirtió sobre la falta de esfuerzos tendientes a identificar medidas que permitieran garantizar el cumplimiento oportuno y adecuado de estas medidas.

En cuanto a la garantía de la participación ciudadana en materia del POS, manifestó que era necesario fortalecer los espacios de participación ciudadana, fortalecer la confianza entre la autoridad reguladora y las organizaciones de usuarios, así como mejorar los mecanismos que permitan que las organizaciones y asociaciones de usuarios puedan contribuir de una manera constructiva a los procesos de adecuación del POS.

Por último, señaló que los obstáculos que impiden cumplir con la actualización y unificación de los planes de beneficios, se relacionan con:

- La falta de voluntad por parte de los agentes del sistema de seguridad social y de las EPS de ambos regímenes.
- La falta de un adecuado sistema de información. Sugiere que los agentes del sistema, especialmente las EPS, deben entregar o reportar periódicamente datos para poder medir técnicamente la suficiencia de la unidad de pago por capacitación, entre otros aspectos.

- La falta de mecanismos para monitorear permanentemente la disponibilidad de los recursos y de los excedentes que permitan destinarlos a la ampliación de servicios y a las tecnologías en el POS.
- El no establecimiento de tarifas justas y obligatorias de los contenidos del POS para que se pueda competir en condición de calidad.
- La falta de activación de mecanismos y de herramientas efectivas en el proceso de regulación y de control de los precios de los medicamentos e insumos.

5.2.7. La senadora Dilian Francisca Toro señaló que lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, referente a la precisión, actualización y unificación de los planes de beneficios, no fue cumplido. También afirmó que en los artículos 29 y 31 de la citada ley, frente a la igualación de los planes de beneficios y teniendo en cuenta la sostenibilidad y flujo de recursos, se estableció el giro directo de recursos en el régimen subsidiado, lo que se empezó a cumplir por el Gobierno solo desde el mes de mayo de este año, con el agravante que se está incluyendo el subsidio parcial a la cotización.

5.3. Luego, el 14 de julio de 2011 la Federación Colombiana de Municipios (FMC) presentó a la Sala un documento en el cual desarrolló algunos comentarios y sugerencias respetuosas sobre la situación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Respecto de la orden 22, indicó que en el régimen subsidiado los servicios de salud se están prestando con tratamientos integrales en forma complementaria, unos a través de la respectiva Empresa Promotora de Salud Subsidiada (EPS-S) y los no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S) a través de los departamentos. Sin embargo, alegó que la igualación de los planes entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo será del doble o más de lo que los departamentos se gastan hasta el momento en la atención a la población en servicios no POS, y existe la preocupación de la posibilidad de costearla a través de las EPS y finalmente augurando como consecuencia un déficit para cubrir los servicios de la población no afiliada. Adicionó a lo anterior, que la orden 22 no excluye que la unificación de los planes de beneficios sea cubierta directamente por el Estado, siempre y cuando se garantice el goce efectivo del derecho a la salud, insistiendo con esto en su insatisfacción sobre el desempeño de las EPS-S.

Ante la problemática evidenciada, la FCM propone que el proceso de igualación de los planes de beneficio se haga definiendo claramente qué incluye este paquete de igualación y que los servicios se garanticen para toda la población del régimen subsidiado, bajo la gestión de las entidades públicas conformadas por los departamentos del país, mediante la conformación de

regiones territoriales de planeación y de servicios, que reemplazarían las actuales direcciones de gestión de servicios de salud de las secretarías de salud departamentales y contarían con el apoyo de las direcciones de salud pública de las mismas. Todo lo anterior en busca de garantizar los servicios a las comunidades, la red pública de hospitales y el ahorro para el país y la búsqueda de nuevas alternativas de desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

5.4. El 18 de octubre del 2011, la Comisión de Regulación en Salud informó que en sesión extraordinaria realizada los días 10 y 11 del mes de octubre de 2011 fue aprobado el Acuerdo 027, mediante el cual se unificaron los planes de beneficios para las personas entre 60 y más años de edad y se fijó la UPC-S respectiva.

5.5. Más adelante, el 27 de octubre del mismo año se allegó a la Sala un documento presentado por un ciudadano en calidad de usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual se solicitó la intervención de la Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 respecto de la decisión adoptada por la CRES mediante el acuerdo 027 del 11 de octubre de 2011 en lo atinente al ajuste de la UPC del régimen subsidiado, ajuste que según su opinión es insuficiente y genera cierta inequidad atendiendo a que se prestarían los servicios a la misma cantidad de población con una UPC diferente, inferior a la UPC del régimen contributivo.

6. Auto 255 del 6 de diciembre de 2011: Habiéndose evidenciado por parte de la Sala que lo que hasta el momento se había planteado como programa y cronograma para la unificación gradual y sostenible era inoperante, se ordenó adoptar un nuevo programa y cronograma partiendo de los parámetros allí planteados, no solo por la CRES, sino conjuntamente con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación.

6.1. El 7 de diciembre de 2011, la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes presentó un estudio realizado sobre el derecho a la participación en los sistemas de salud, con el cual pretendió contribuir con la evaluación del cumplimiento de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008 y de sus autos de seguimiento, y en particular respecto a aquellas que implican garantizar la participación democrática en los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política de salud.

Luego de exponer los conceptos contemporáneos de la participación ciudadana en las políticas públicas y de presentar estas nociones aplicadas a la

participación de los pacientes en las políticas de la salud y al derecho constitucional, así como el fundamento constitucional de la participación ciudadana en el sistema de salud, indicó que *“Una política de la participación en salud debe partir de un diagnóstico de la situación que tenga en cuenta tanto en qué consiste el derecho, como los problemas actuales para su goce efectivo. Para ello hay que tener en cuenta que además de los problemas de mala fe y desconfianza mutua de los actores, la participación en la práctica tiende a presentar unos problemas comunes, independientemente del tema al cual se invite a la ciudadanía a participar. A estos se suman los problemas propios de la participación en salud.”*

Más adelante, concluyó lo siguiente: *“... una vez se reconoce que la participación ciudadana es un derecho, ello conlleva una responsabilidad correlativa del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho. Esta responsabilidad va más allá de no intervenir en la manifestación pública de las organizaciones de pacientes, o de permitir su presencia en algunos espacios, o de no crear reglas que restringen su representación. Implica la adopción de una verdadera política de promoción del derecho, política que puede incluir otras dimensiones, como la de la utilidad de la participación para el gobierno, o la del fortalecimiento del poder de las organizaciones, según las inclinaciones políticas del gobierno de turno, pero que en términos constitucionales no puede descuidar la esencia del derecho.”*

6.2. En respuesta al Auto 255 de 2011, el 13 de febrero de 2012 se recibió documento suscrito por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Nacional de Planeación y la Comisión de Regulación en Salud – CRES –, en el que fue fijado un objetivo por cada uno de los parámetros estructurales planteados por la Sala en dicha providencia, respecto de los cuales indicaron aquellas acciones que fueron desarrolladas en virtud de tales objetivos y enlistaron las actividades a desarrollar para la ejecución de los mismos, allegando además el correspondiente cronograma.

7. Auto del 5 de marzo de 2012: La Sala ordenó a la Defensoría del Pueblo que comunicara cuántos informes había recibido de la CRES en cumplimiento a lo dispuesto en la última parte del tercer inciso de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008, así como en qué fechas fueron enviados y el análisis respectivo de cada uno de éstos.

7.1. En respuesta al auto en mención, la Defensoría del Pueblo indicó que de los 7 informes que debió haber recibido a la fecha de presentación de este documento (16 de marzo de 2012), solo fue presentado el primero de ellos el 1 de febrero de 2009, por parte del Ministro de la Protección Social, en su

calidad de presidente del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. De igual manera, informó que efectuó 3 requerimientos al respecto a la CRES, uno en el mes de abril de 2011 y los otros dos el 30 de enero y el 6 de marzo de 2012, de los cuales solo el primero tuvo respuesta por parte de la Comisión de Regulación, en la que manifestó que la ejecución y desarrollo del cronograma correspondía, en su totalidad, al Ministerio de la Protección Social.

7.2. En documento de la misma fecha, la Comisión de Regulación en Salud remitió a la Sala el informe de cumplimiento que presentó a la Defensoría del Pueblo el 15 de marzo de 2012, en el cual, respecto a la orden vigésimo segunda, indicó que en la unificación para menores de 18 años, evidencia que se ha cumplido con lo ordenado por la Corte Constitucional ya que respecto de esta parte de la población se presta el servicio de salud sin inconvenientes con una cobertura del 88% de este grupo poblacional. Dentro de este informe fueron analizadas también las pruebas piloto de unificación que se realizaron en los distritos de Barranquilla y Cartagena, donde se evaluó específicamente: a) aseguramiento y operación, b) flujo de recursos y proyección financiera, c) suficiencia de la UPC-S observada y finalmente d) conclusiones y recomendaciones.

Aseveró que los resultados obtenidos arrojaron que el grupo con mayor utilización de los servicios es el de menores de un año, siendo el grupo etéreo de menores de 18 años el que genera mayor gasto, mientras que el grupo de mayores de 50 años mantiene un gasto per cápita similar, lo cual ha servido como referente tanto para el cálculo de la UPC correspondiente a la unificación gradual y sostenible de los mayores de 60 años, como para el cálculo de la UPC-S para el presente año.

7.3. Posteriormente, el 1 de junio del año en curso, la CRES allegó copia del Acuerdo 032 del 17 de mayo de 2012, *“Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado”*, el que empezó a regir a partir del 1 de julio de esta anualidad.

8. Auto 133 A del 19 de junio de 2012: Se formularon algunos interrogantes a las entidades que integran el Grupo de Apoyo Especializado conformado mediante los Autos 120 y 147 de 2011, con el fin de que presten su colaboración en calidad de “Peritos Constitucionales Voluntarios” para el estudio de la documentación técnica que la Sala recibe en el ejercicio de sus funciones. Particularmente, respecto a la orden 22 se indagó sobre la

suficiencia del valor fijado a la UPC-S para la población mayor a 18 años a raíz de la unificación de los planes de beneficios.

8.1. El 6 de julio del año en curso dio respuesta a este proveído Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud -GESTARSALUD-, en la que consideró, respecto a la orden que nos ocupa, que la simple lógica debería indicar que la UPC-S sea incluso superior a la UPC del régimen contributivo, como quiera que se trata de una población en mayores condiciones de vulnerabilidad, con mayor exposición al riesgo y con menos conocimientos de cómo afrontarlo. Adujo que a pesar de ser deficiente esa prima, es obligación de las EPS-S garantizar la atención, aunque resulta claro que las condiciones de calidad, oportunidad, suficiencia y calidad técnica pueden ser inferiores a las dadas en el régimen contributivo.

Afirmó que, el monto de la UPC-S debe obedecer a una fórmula de cálculo que considere: *“... el estado de situación de salud en términos del perfil epidemiológico de la población a través del tiempo, las vulnerabilidades y exposición a riesgos; por condiciones de vivienda, educación y entorno; la incorporación de las prioridades de salud y las expectativas de la población en las coberturas del POS, y que represente una relación directa con los riesgos cubiertos y el desempeño de los aseguradores y prestadores de servicios de salud.”*

Agregó que entre tanto se llega a una metodología con las características expuestas, la UPC-S debe ser, por lo menos, la misma que recibe el régimen contributivo, y los recursos de la subcuenta de promoción y prevención deben ser distribuidos para toda la población afiliada al SGSSS y no solo para la afiliada al régimen contributivo.

8.2. Por su parte, el pasado 11 de julio, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI- y la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar -ASOCAJAS-, dieron respuesta a los interrogantes planteados en el Auto 133 A de 2012 respecto de la orden 22; indicando que la UPC-S no es suficiente para garantizar que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a las personas mayores de edad sin que ello implique un desequilibrio financiero para estas entidades.

Adujeron que para la fijación de la UPC-S deben analizarse otras fuentes de información, tales como:

“1. Se podrían analizar fuentes de información diferentes, cómo [sic] el valor per cápita invertido por los entes territoriales para atender esta población. Esta información permitiría una estimación más acertada del

costo promedio de atención en la red pública que es la que debe contratar obligatoriamente las EPS del régimen subsidiado.

2. Análisis basados en los datos disponibles para el régimen contributivo, seleccionando los afiliados con ingreso base de cotización menor o igual a 2 a salarios mínimos y su grupo familiar y analizar por grupo de edad y zona geográfica. Este ejercicio permitiría calcular el costo per cápita de personas de similares características sociales que las del régimen subsidiado, que han contado con la ventaja de tener una cobertura por estar vinculados laboralmente. Se podría iniciar con la segmentación de UPC por edad de 7 grupos de edad que tenía la UPC del régimen contributivo en el 2005.

3. Si no es posible realizar el análisis estratificado por nivel de ingresos, se debería partir de la UPC de RC por grupo de edad y zona, consolidada en por lo menos los 7 grupos de edad de edad que tenía la UPC del régimen contributivo en el 2005 y estimar un gasto 15% menor en el primer año y trazar una senda, de igualación, tal y como se hizo para el régimen contributivo en su momento y no empezar al contrario.”

8.3. Igualmente, la Comisión de Seguimiento a la sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social -CSR- dio respuesta a los interrogantes planteados respecto al vigésimo segundo mandato en el Auto 133 A, afirmando que existe una diferencia en el valor promedio de la UPC de los dos regímenes, lo que podría conllevar a un trato desigual hacia los más pobres que sin duda tienen más necesidades de atención, aunque no las demanden.

Sin embargo, la CSR no considera conveniente una igualación de la UPC por lo alto, sino reorganizar el sistema de salud, de manera que los recursos públicos aportados por medio de las cotizaciones obligatorias y por los impuestos generales, sean realmente manejados con criterio público, sin costos de intermediación financiera y ajustados a las necesidades de atención de las poblaciones, más que a la demanda de los enfermos cuando requieren atención.

Por lo anterior, no propone nuevas metodologías de cálculo del equilibrio financiero entre UPC y POS, sino avanzar en la construcción de una nueva iniciativa legislativa.

8.4. Posteriormente, el 12 de julio del presente año, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME- respondió algunos de los interrogantes planteados en el Auto 133 A, entre ellos los referentes a la

orden 22, respecto de los cuales indicó que “... Si el servicio que se va a prestar es IGUAL a subsidiados y contributivos, con las mismas posibilidades de acceso a los mismos beneficios, con la misma calidad; la única variable que cambia es que unos son más pobres que otros y esto no es razón para que la evaluación económica de la UPC sea distinta.”

8.5. Mas adelante, el 16 de julio de la esta anualidad se pronunció la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social -FEDESALUD-, en lo referente al cuestionario formulado respecto al numeral 22 de la sentencia T-760 de 2008 en el Auto 133 A de 2012, arguyendo que el valor de la UPC-S fijado para la población mayor de 18 años, no garantiza que las EPS del régimen subsidiado presten los servicios de salud del régimen contributivo a las personas mayores de edad porque “... la UPC-S normada en los Acuerdo 07 a 32 de la CRES es en realidad una UPC definida en términos políticos, es decir fijada sobre razones presupuestales y fiscales del Gobierno Nacional, y no en función de estudios técnicos sobre costos reales de mercado de los servicios de salud, como si lo es la UPC del Régimen Contributivo.”

8.6. Finalmente, el 5 de septiembre de 2012, la ciudadana Alba Patricia Céspedes Sanabria, solicitó evaluar el cumplimiento de la orden 22 de la sentencia T-760 de 2008, como quiera que en el Acuerdo 032 de 2012 de la CRES, a pesar de haberse dispuesto que las EPS de ambos regímenes deberán prestar los mismos servicios de salud, a UPC-S fijada en esta norma es menor en un 20% a la que corresponde al régimen contributivo.

II. CONSIDERACIONES

Atendiendo a las atribuciones dadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional, en sesión del 1° de abril de 2009, y con fundamento en el artículo 86 de la Constitución Política y el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991, en especial en dicha normatividad³, esta Sala es competente para proferir el presente auto.

Corresponde a la Sala en esta oportunidad verificar el cumplimiento de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008, según la cual la CRES debía presentar un programa y un cronograma tendientes a obtener la unificación gradual y sostenible de los planes obligatorios de salud.

No obstante lo anterior, cabe señalar, tal como se hizo en el Auto 255 de 2011, que la simple presentación del programa y cronograma exigidos no genera el

³ “[...] el juez establecerá los demás efectos del fallo para el caso concreto y mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza.”

cabal acatamiento de dicho precepto, dado que aquéllos únicamente constituyen el punto de partida para alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, lo que implica que este mandato solo podrá entenderse material y realmente cumplido en la medida en que tal finalidad sea alcanzada.

Teniendo en cuenta lo anterior y dado que el 17 de mayo de 2012 fue expedido por la CRES el Acuerdo 032, normatividad mediante la cual fueron unificados por completo los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, procede la Sala a evaluar el cumplimiento de los diferentes aspectos de la orden vigésimo segunda, para lo cual: i) se examinará el contenido del programa y cronograma allegados en cumplimiento del Auto 255 de 2011, ii) se analizará la suficiencia de la UPC y UPC-S para la unificación de la ampliación de la cobertura en salud, así como la justificación de la fijación desigual de sus valores, y iii) se verificará la remisión oportuna de los informes de avance trimestral.

1. Análisis del programa y cronograma allegados

En cumplimiento de lo ordenado en el Auto 255 de 2011, el 13 de febrero del año en curso fue allegado el nuevo programa tendiente a la unificación de los planes de beneficios con su correspondiente cronograma.

En dicho documento se evidencia que el programa presentado obedece al estricto desarrollo de los parámetros de estructura establecidos en el citado Auto 255, aún cuando esta Sala advirtió que los mismos eran lineamientos mínimos que debían ser observados por el Gobierno al momento de llevar a cabo la unificación de los planes de beneficios.

Sin embargo, será esta la oportunidad para verificar si dicho programa tuvo en cuenta, como mínimo, las exigencias contenidas en la literalidad del mandato impartido en el numeral vigésimo segundo de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008.

1.1. Prioridades de la población según estudios epidemiológicos: Se indicó por parte de las entidades del Gobierno que “... como criterios epidemiológicos y sociodemográficos se tomó el más reciente Estudio de Carga de la Enfermedad 2005, realizado para el Ministerio de la Protección Social por el Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX) en el año 2008 y la más reciente Encuesta Nacional de Salud realizada para el año 2007...”, frente a los cuales se adujo haber adelantado estudios tendientes a establecer su validez en el tiempo, encontrando que en diferentes países nunca realizan este tipo de documentos en lapsos inferiores a 5 años, “... debido a la

relación entre el costo operativo, la validez de la información y la ganancia relativa en este periodo de tiempo de este tipo de encuestas.”

De esta manera, a partir de tales estudios, dichas entidades explicaron la forma en que fueron priorizados los grupos etéreos para avanzar en la unificación de los POS, informando que la población menor de 18 años, así como la de 60 y más años, fue unificada por ser quienes tienen una mayor cantidad de Años de Vida perdidos Asociados a Discapacidad (AVAD). Se concluyó que el grupo que se unificaría con posterioridad, sería el conformado por población entre los 18 y los 44 años, culminando con los de 45 a 59 años en el año 2013.

No obstante lo anterior, partiendo de la veracidad de los estudios y análisis efectuados por parte del Gobierno en este aspecto, observa la Sala que una vez más fue incumplido el término señalado para unificar a la población de 18 a 44 años, meta que debió hacerse efectiva, según el nuevo programa allegado, a partir del 1 de abril del año en curso, pero solo hasta el pasado primero de julio se dio cumplimiento a tal objetivo con la expedición del Acuerdo 032 de la CRES. Aunque también debe reconocerse que con dicha norma se alcanzó anticipadamente, por lo menos de manera formal, la unificación de los planes obligatorios de salud para las personas entre los 45 y 59 años de edad, la que se propuso cumplir en el año 2013.

Finalmente, es de advertir que el Ministerio de Salud y Protección Social debe adelantar investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc., como quiera que el lapso de 5 años de validez de los estudios tomado como criterios epidemiológicos y sociodemográficos, no reflejan las necesidades de la población colombiana.

Aunado a lo anterior, teniendo en cuenta que los estudios a que se hace referencia en el aparte transcrito anteriormente, cuentan ya con más de 5 años de elaboración, habrá de instarse al Gobierno para que procure, lo más pronto posible, la actualización de los mismos.

1.2. Definición de mecanismos para racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos: Aseguró el Gobierno, en el programa allegado, que *“Una de las iniciativas promovidas por el Gobierno Nacional que propende por la suspensión y reformulación de trámites innecesarios existentes en la administración pública, concretadas mediante el Decreto-Ley 019 de 2012, contempla también acciones encaminada al sector administrativo de Salud y*

Protección Social, propiciando el mejoramiento de las condiciones de acceso a los servicios de salud.”

Adicionalmente se expusieron las actividades desarrolladas, afirmando que con la expedición del Acuerdo 028 de 2011 se eliminó la brecha existente entre los planes de beneficios que tenía la población afiliada al régimen subsidiado ante la existencia de subsidios plenos y parciales, y que con el Acuerdo 029 se garantizó que todas las inclusiones en el plan de beneficios del régimen contributivo, apliquen en lo correspondiente al régimen subsidiado.

Se añadió, que se priorizaron niños y mujeres y que “... *en el marco de la unificación de planes de beneficios adelantada hasta el momento se logra un mejoramiento en el acceso, mediante la integralidad de la atención en salud al eliminar la fragmentación existente entre servicios incluidos en el POS-S y los no incluidos.*”

Como se puede observar, los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, la Comisión de Regulación en Salud y el Departamento Nacional de Planeación, en el programa elaborado para alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios, se limitaron a exponer todas aquellas medidas que han adoptado y pretenden adoptar en procura de garantizar el mejoramiento de las condiciones de acceso a los servicios de salud, sin que de manera alguna se evidencien las medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios.

En este aspecto debe recordarse, tal como se indicó en la sentencia T-760 de 2008, refiriéndose a las cuotas moderadoras y retomando apartes de la sentencia C-089 de 1998, que la racionalización del acceso a los servicios de salud no implica *per se* la limitación de aquel, ya que por el contrario lo que se pretende es asegurar una mejor asignación de los recursos y la promoción del principio constitucional de *solidaridad*, al propender que las personas contribuyan con los costos del Sistema.

1.3. Identificar los desestímulos para el pago de cotizaciones por parte de los usuarios y prever la adopción de las medidas necesarias para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen: Se observó que por parte del Gobierno sí se ha avanzado en la adopción de mecanismos tendientes a prevenir y evitar la elusión y evasión en el pago de la cotización obligatoria en salud, teniendo en cuenta las iniciativas legislativas al respecto, tales como las leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011. Sin embargo, a la fecha no se han reglamentado las medidas adoptadas en dicha normatividad

para combatir la elusión y evasión de aportes, a pesar de ser normas que se expedieron hace más de uno y dos años. Así se reconoció en el programa allegado, al indicar lo siguiente:

“... tras haber evidenciado un gran número de casos de evasión y elusión en el Sistema Integral de Seguridad Social, el Gobierno Nacional presentó un conjunto de propuestas legislativas o de articulados, que ya son ley de la República y que una vez sean reglamentadas, van a impactar positivamente en la disponibilidad de recursos que financian el Régimen Contributivo y, en últimas, la unificación de los planes de beneficios, captando a una mayor cantidad de contribuyentes y contando con ingresos base de cotización (IBC) que corresponderán con la capacidad de pago real de los cotizantes...” (subrayado fuera de texto).

Igualmente, respecto a la previsión de estímulos para la cotización por parte de quienes cuentan con los recursos para hacerlo, se manifestó que *“... con las normas vigentes, permanece un incentivo muy importante a favor de la contribución y es el reconocimiento y pago de prestaciones económicas, a las cuales sólo pueden acceder quiénes [sic] cotizan.... // Por lo tanto, con la existencia de este incentivo y con el fortalecimiento de medidas de control a la evasión y a la elusión, se lograría avanzar hacia la materialización de esta obligación tributaria...”*

Lo anterior permite concluir que no se ha gestionado incentivo alguno para procurar la cotización de quienes tienen capacidad económica para aportar al SGSSS, distinto al reconocimiento y pago de prestaciones económicas a favor de quienes cotizan, medida que se encontraba vigente con anterioridad a la expedición de la sentencia T-760 de 2008.

En este punto, debe tenerse en cuenta que aún cuando se ha avanzado con las medidas para evitar la evasión y elusión, éstas no son en sí mismas estímulos para que quienes cuentan con la capacidad de cotizar efectivamente lo hagan, sino por el contrario, son represalias para que aquellos potenciales cotizantes no se aparten de este deber. Es decir, se convierten en sanciones para aquéllos que han dejado de cotizar pudiendo hacerlo (*a posteriori*), pero lo que se busca es encontrar mecanismos que atraigan el interés de todos los posibles cotizantes (*a priori*).

No obstante lo anterior, debe seguir avanzando el Gobierno en la reglamentación de las medidas adoptadas en la ley para prevenir la evasión y elusión de aportes en salud.

1.4. Prever la adopción de las medidas necesarias para que quienes pasen del régimen subsidiado al régimen contributivo se les garantice que pueden regresar al subsidiado de manera ágil cuando su ingreso disminuya o su situación socioeconómica se deteriore: Se informó en el programa allegado que con este fin el Gobierno Nacional promovió el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, que versa sobre la universalización del aseguramiento.

Así mismo, se indicó que en desarrollo del artículo 15 de la Ley 797 de 2003⁴, fue expedido el Decreto 1362 de 2011⁵, “[b]uscando que el actual proceso de afiliación traslado y registro de novedades a estos Subsistemas que se viene adelantando mediante formularios físicos y en forma independiente, se lleve a cabo racionalizando, automatizando y facilitando los trámites que debe adelantar el ciudadano y/o empleador integrando para el efecto los procesos mencionados anteriormente.”

Adicionalmente, se afirmó que de conformidad con el mencionado artículo 32 de la Ley 1438 de 2011, se desarrollarán las pautas para garantizar la afiliación a todos los residentes en el país al SGSSS, entre ellas, permitir la movilidad entre regímenes.

Al respecto, observa la Sala que el Sistema de Registro Único de Afiliados -RUAFA-, parcialmente reglamentado por el Decreto 1362 de 2011, efectivamente es desarrollo del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 y por tal motivo procura la universalización del aseguramiento, no solo en lo que se refiere al sistema de salud, sino al Sistema General de Seguridad Social, más no contempla medida alguna que permita facilitar el tránsito entre regímenes para aquellas personas que por la variación de su capacidad económica así lo requieran. Por el contrario, tal como se asegura en el programa allegado, aún se encuentran pendientes por desarrollarse las pautas que permitan la movilidad entre regímenes, lo que por demás indica que aún no hay avance en este requisito de la orden objeto de estudio.

1.5. Metas medibles, mecanismos para el seguimiento del avance de las actividades propuestas para alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios, y justificación de por qué se presentó una regresión o estancamiento en la ampliación del alcance del derecho a la salud: Al respecto, debe anotarse que, una vez más, al igual que en el programa analizado mediante el Auto 255 de 2011, no fueron incluidas o previstas tales exigencias.

⁴ “Por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales.”

⁵ “Por el cual se otorga una autorización para la constitución de una Entidad Descentralizada Indirecta y se reglamenta parcialmente el Sistema de Registro Único de Afiliados”

1.6. Garantía de oportunidades suficientes de participación directa y efectiva a las organizaciones que representen los intereses de los usuarios del sistema de salud y de la comunidad médica: En el documento a que se ha sustraído este análisis, se indicó por parte del Gobierno que:

“Este proceso se llevó a cabo haciendo énfasis en los actores directamente involucrados en la prestación de los servicios no incluidos en el POS-S y en la financiación de la unificación de planes de beneficios, como son las entidades territoriales departamentales quienes, en el marco de las competencias asignadas mediante la Ley 715 de 2011, tienen esta responsabilidad, como también la de disponer de los recursos territoriales que, por la Ley 1393 de 2010, se destinaron al régimen subsidiado.

De otra parte, en el marco del proceso de actualización de planes de beneficios que se llevó a cabo para los dos regímenes, el cual impacta igualmente la unificación al ampliar la prestaciones incluidas para los afiliados actuales, la CRES adelantó jornadas de concertación y socialización con las sociedades científicas, los usuarios y las organizaciones de profesionales de la salud. Estos mecanismos de participación se continuarán desarrollando al amparo de los estudios necesarios para determinar el valor de la prima (UPC) de unificación para los grupos poblacionales restantes, tal como se describe en el parámetro de estructura “x. Prever medidas que eviten la regresión en el goce efectivo del derecho a la salud de las personas, especialmente por dificultades de orden económico y/o administrativo”.

Se observa por parte de la Sala que respecto de la participación ciudadana se hizo énfasis en el proceso que se adelantó para llevar a cabo la actualización de los planes de beneficios, pero frente a dicha participación en la unificación, tan solo se indicó lo siguiente:

“En el proceso de unificación de los planes de beneficios, la participación ciudadana se concreta con diferentes estrategias [sic] Una de ellas es la responsabilidad de los agentes (EPS e IPS) en disponer la información con atributos de calidad y oportunidad, que permitan la realización de los estudios técnicos pertinentes para el cálculo de la unidad de pago por capitación para la unificación y para el monitoreo del uso de los servicios de la población afiliada, el costo de los mismos y establecer los períodos específicos, la suficiencia de la prima para garantizar de manera sostenible la unificación del POS.”

A renglón seguido, las entidades gubernamentales enunciaron en el programa las actividades que pretenden desarrollar en procura de garantizar esta participación; pero de manera alguna se acredita haber ofrecido oportunidades suficientes de participación directa y efectiva a las organizaciones que representen los intereses de los usuarios del sistema de salud y de la comunidad médica en la ejecución del programa y el cronograma para la unificación de los planes de beneficios.

Atendiendo a esto, tan solo se cuenta con la información remitida al respecto por el Ministerio de la Protección Social (ahora Ministerio de Salud y Protección Social) en su informe del 31 de julio de 2009, en la que afirmó que la participación directa y efectiva de los usuarios y de la comunidad médica en el proceso de actualización y unificación de los planes de beneficios, fue garantizada, entre otros aspectos, con las jornadas de intercambio internacional y que la información presentada por los expertos extranjeros, en virtud de las citadas jornadas, fueron publicadas en el sitio web del POS, lo que en su momento fue corroborado por la Corte Constitucional, observando que dicha información está disponible en idiomas foráneos, lo que desde ningún punto de vista puede asegurar la amplia participación de la comunidad médica y de usuarios, como quiera que no es un factor común en Colombia que las personas dominen un idioma diferente al castellano.

En cuanto a la garantía de la participación ciudadana en materia del POS, la Defensoría del Pueblo manifestó, en la Audiencia Pública celebrada el 7 de julio de 2011, que era necesario fortalecer los espacios de participación ciudadana, afianzar la confianza entre la autoridad reguladora y las organizaciones de usuarios, así como mejorar los mecanismos que permitan que las organizaciones y asociaciones de usuarios puedan contribuir de una manera constructiva a los procesos de adecuación del POS.

En este sentido, la Universidad de los Andes allegó un documento el 7 de diciembre de 2011, en el que presenta algunos conceptos sobre participación ciudadana y respecto del cual resulta apropiado resaltar algunos aspectos allí contenidos.

Así, se afirma que “... para el derecho constitucional la participación no tiene como finalidad exclusiva ser útil al gobierno. Al ser un derecho, su fin es ser respetado, con independencia de su utilidad. Además, en cuanto derecho implica una obligación del Estado no sólo de escuchar, sino de crear los espacios y facilitar las reuniones garantizando el derecho a la información de los ciudadanos. Ello implica por ejemplo, el entregar los documentos a ser discutidos con antelación, el asegurarse que se presenten de forma que sean comprensibles para los legos, etc. Así se hace por ejemplo con los pacientes

considerados de forma individual y no colectiva: los individuos si bien no son especialistas tienen derecho a que se les explique su situación de la mejor manera posible y a tomar decisiones informadas. Mutatis mutandi, la situación se extiende a los pacientes como colectividades, que tienen derecho a que se les informes [sic] y a tomar decisiones informadas si bien ello no quiere decir que se adopten todos sus puntos de vista”.

Con lo anterior, tal como se concluyó en el Auto 255 de 2011, se evidencia que la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008 ha sido inobservada por las entidades involucradas en el cumplimiento de este mandato, dado que no se ha acreditado suficientemente que en la ejecución del programa y cronograma tendientes a la unificación de los planes de beneficios se haya garantizado a los usuarios y a la comunidad médica la oportunidad de participar activamente en la toma de decisiones y no simplemente como receptores del informe de determinaciones adoptadas por los entes reguladores.

2. Suficiencia de la UPC y UPC-S:

Otra de las exigencias de la Corte Constitucional en el mandato al que se sustrae esta providencia, es que se garantice la sostenibilidad del sistema de salud, así como la financiación por la UPC del plan de beneficios unificado.

2.1. Argumentos de algunos actores sobre la insuficiencia de la UPC:

2.1.1. Al respecto observa la Sala que desde la implementación de las pruebas piloto de unificación en las ciudades de Barranquilla y Cartagena, se han presentado múltiples quejas sobre la insuficiencia de la UPC-S fijada, dado que su valor es mucho menor que la UPC-C, pretendiéndose que las EPS-S presten los mismos servicios que las EPS del régimen contributivo con menores ingresos económicos. (ver 3.6. del acápite de antecedentes).

2.1.2. Esta queja, inicialmente presentada por la EPS-S SaludTotal, fue reforzada posteriormente en un estudio presentado por la CRES el 6 de julio de 2011, denominado “PROYECCIÓN DE LA UNIFICACIÓN GRADUAL Y SOSTENIBLE DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD -POS-”, elaborado por el Centro de Investigaciones y Consultorías – CIC de la Universidad de Antioquia, en el que al respecto se indicó:

“La suficiencia de la UPC para llegar a los beneficios del régimen contributivo, no sólo depende de la demanda de servicios de los afiliados, sino también del flujo de recursos, los gastos administrativos y las tarifas del sistema

Las EPS se quejan de la insuficiencia de la UPC (con mayor énfasis en Cartagena puesto que no cuentan con la prima especial que se reconoce al Distrito de Barranquilla) aunque reconocen que la situación puede presentar una mejoría, optimizando el flujo de recursos, en especial los concernientes al Distrito (o al FOSYGA en el caso de Cartagena porque los jueces no están obligando a la entidad territorial) derivados por las atenciones no POS (el costo de las atenciones para los no afiliados es casi despreciable). Sostienen que los gastos administrativos (tanto los nuevos como por ejemplo el pago a los “operadores”, como el crecimiento de los antiguos al igualar los beneficios y la solución a las solicitudes por lo no POS) y la lentitud no sólo en la facturación de los servicios por parte de los prestadores debido a que no llenan plenamente los requisitos exigidos como en el caso del diligenciamiento de los RIPS (incluidos los del no POS), sino también en la cancelación de las obligaciones por parte de los aseguradores (en Cartagena estimaron un represamiento del 80% de servicios no facturados) no permitirán a la CRES conocer a ciencia cierta el valor per cápita que debe reconocer por afiliado, situación que, de no ser atendida, conducirá al proyecto de unificación de beneficios en estas dos localidades a fuertes traumatismos financieros.”

2.1.3. Más adelante, en la audiencia pública celebrada el 7 de julio de 2011, la Vocera de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI–, advirtió que según estudios preliminares efectuados sobre la unificación de los planes de beneficios, el valor de la UPC es insuficiente, aclarando que dicha unidad de pago fijada para el régimen subsidiado es menor a la que se aplica para el régimen contributivo.

Igualmente, y ante la indudable limitación de recursos, la Dra. Nelcy Paredes, vocera de ACEMI, propuso ampliar las coberturas del POS, unificar los Planes de Beneficios de acuerdo con los grupos poblacionales prioritarios, o por patologías prioritarias, definiendo UPC especiales, considerando además que se podría ajustar el valor de la UPC diferencial según el riesgo de cada población.

En la misma audiencia, el Dr. Mario Hernández, miembro de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR), criticó la metodología de suficiencia empleada para efectuar el cálculo de la UPC, argumentando que siempre se acude a la información de quienes gastan la póliza, es decir de las EPS, sin posibilidades de verificación, lo que implica que dicha metodología tenga unos límites profundos que no se han resuelto.

2.1.4. Posteriormente, en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas celebrada el 10 de mayo del año en curso, el presidente de ACEMI advirtió una vez más que “... *en opinión de ACEMI, GESTARSALUD y ASOCAJAS, la UPC sigue siendo insuficiente en ambos regímenes, particularmente en el subsidiado y su cálculo es un verdadero misterio, a pesar de que la CRES prometió explicar la metodología para determinar la suficiencia de aquella, esta es la hora, después de cuatro meses, en que no se ha informado al país cómo se adelantaron las notas técnicas y sobre qué bases de información.*”

2.1.5. Esta información se refuerza y ensancha con las respuestas dadas a los interrogantes planteados frente a la orden 22 en el Auto 133 A de 2012, habiendo coincidido los diferentes grupos de expertos en afirmar que el valor fijado a la UPC-S no permite garantizar que las EPS-S presten los servicios de salud unificados, en las mismas condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia que la EPS del régimen contributivo.

Así, en la respuesta dada por FEDESALUD, se logran cobijar los diferentes conceptos dados por las demás entidades, esto es, por GESTARSALUD, ACEMI y ASOCAJAS, CSR y ASCOFAME, al indicar que la UPC-S no responde a los costos reales de la prestación de los servicios a la población afiliada al régimen subsidiado, sino a las posibilidades fiscales establecidas por el Ministerio de Hacienda, desconociendo que a precios de mercado, iguales servicios de salud deben tener un costo similar entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado, y que se espera que a un POS igual debería corresponder una UPC igual en los dos regímenes.

Afirmó además que no puede pretenderse, en condiciones de mercado, que las EPS del régimen subsidiado consigan que los proveedores de servicios ofrezcan los mismos servicios, correspondientes al mismo POS y con la misma calidad, cuando tienen disponible tan solo \$433.667 por afiliado contra \$650.417 que tienen en promedio las EPS del régimen contributivo.

Advirtió que es evidente que incluir los servicios especializados y hospitalarios a la población mayor de 60 años y la ampliación del POS sin ningún aumento real de los recursos en relación con los del régimen contributivo, es prueba de que no se financió verdaderamente la igualación del POS para mayores de 60.

Enunció como consecuencia de estos dos incrementos la crisis financiera absoluta de las EPS e IPS del régimen subsidiado en el país, con sus efectos de inaccesibilidad a los servicios, la falta de calidad de los mismos y, en última

instancia, la negación del derecho, dolor y muerte para gran parte de la población afiliada a dicho régimen.

Consideró inaceptable que se usen los ponderadores del régimen contributivo para el cálculo técnico del incremento tomando tan solo la población menor de 12 años, y plantear la diferencia con la UPC-S para considerar dicho incremento, puesto que si se ponderara la UPC del régimen subsidiado para toda la población, la unidad de pago por capitación de estos grupos etáreos resultaría muy inferior a la promedio, dado que siempre el mayor gasto en salud de cualquier conglomerado poblacional está del lado de los adultos mayores.

Alegó que tampoco es admisible que cuando convenga se utilicen los ponderadores, como en el caso de los niños, pero no en el siguiente cálculo del costo de la unificación del POS para los mayores de 60 años, donde si se hubiese utilizado la misma metodología, la CRES hubiera tenido que hacer un enorme incremento en el Acuerdo 027 de 2011.

En suma, denunció que no es tolerable que la tabla de ponderación por riesgo diferencial por grupo de edad no se aplique integralmente en el régimen subsidiado, al igual que en el régimen contributivo. Tampoco debe permitirse, en términos de equidad, que en el régimen contributivo se paguen los servicios de promoción y prevención aparte de la UPC, mientras que en el régimen subsidiado deben correr por cuenta de ésta, lo que oculta una vez más la diferencia real de sus valores.

Otro argumento esgrimido por la CRES para no igualar las UPC, es la diferencia en la utilización de servicios entre el régimen contributivo y subsidiado, respecto de lo cual FEDESALUD presentó dos argumentos sobre el pago diferencial por utilización disímil de los servicios, a saber:

El primero que tiene que ver con cuál es la diferencia real de utilización de servicios entre uno y otro régimen. Si se paga un 76% de la UPC nominal del régimen contributivo tras la unificación del POS, o un 67% de la UPC promedio real, esto debería corresponder a una utilización de este orden.

El segundo argumento para cuestionar el pago diferencial por utilización de servicios, tiene que ver con la justicia de realizar cálculos sobre usos desiguales, cuando previamente han existido gravísimas diferencias en términos de financiamiento y acceso, además de la existencia de poblaciones dispersas con gran dificultad de acceso a los servicios correspondientes al régimen subsidiado.

Finalmente, los grupos de expertos presentaron diferentes propuestas en relación con los parámetros bajo los cuales debería fijarse la 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.

2.1.6. Así mismo, se cuenta con la reciente solicitud de evaluación del cumplimiento de la orden 22 por parte de la ciudadana Alba Patricia Céspedes Sanabria, por considerar que en el Acuerdo 032 de 2012 de la CRES, a pesar de haberse dispuesto que las EPS de ambos regímenes deberán prestar los mismos servicios de salud, la UPC-S fijada en esta norma es menor en un 20% a la que corresponde al régimen contributivo.

Añadió la memorialista que “... para el régimen contributivo la UPC se calcula con criterios diferenciales que no se aplican para el régimen subsidiado, lo que hace que en particular para los menores de 4 años y las personas mayores de 60 años, exista una diferencia en el valor de la UPC que genera un riesgo muy alto de desfinanciamiento de los servicios del POS subsidiado, todo lo cual puede ocasionar barreras de acceso a la población más pobre y vulnerable.”

Esta información la complementó con el siguiente cuadro, en el cual ilustra la situación de desbalance entre la UPC subsidiada frente a la contributiva, precisando que para todos los usuarios del régimen subsidiado, el valor de la UPC es igual, mientras que para los usuarios del régimen contributivo aplican diferencias según el género y la edad del afiliado.

UPC CONTRIBUTIVO	UPC SUBSIDIADO	DIFERENCIA	DIFERENCIA %
\$ 547.639,20	\$ 433.666,80	\$ (113.972,40)	-20,80%

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR AÑO	DIFERENCIA VS. UPC SUBSIDIADO	DIFERENCIA %
MENORES DE UN AÑO	3,0	\$ 1.642.917,60	\$ (1.209.250,80)	-74%
1-4 AÑOS	0,9633	\$ 527.540,40	\$ (93.873,60)	-18%
5-14 AÑOS	0,3365	\$ 184.280,40	\$ 249.386,40	135%
15-18 AÑOS HOMBRES	0,3207	\$ 175.629,60	\$ 258.037,20	147%
15-18 AÑOS MUJERES	0,5068	\$ 277.542,00	\$ 156.124,80	56%
19-44 AÑOS HOMBRES	0,5707	\$ 312.537,60	\$ 121.129,20	39%
19-44 AÑOS MUJERES	1,0588	\$ 579.841,20	\$ (146.174,40)	-25%
45-49 AÑOS	1,0473	\$ 573.541,20	\$ (139.874,40)	-24%
50-54 AÑOS	1,3358	\$ 731.538,00	\$ (297.871,20)	-41%
55-59 AÑOS	1,6329	\$ 894.240,00	\$ (460.573,20)	-52%
60-64 AÑOS	2,1015	\$ 1.150.862,40	\$ (717.195,60)	-62%
65-69 AÑOS	2,6141	\$ 1.431.583,20	\$ (997.916,40)	-70%
70-74 AÑOS	3,1369	\$ 1.717.891,20	\$ (1.284.224,40)	-75%
75 AÑOS Y MAYORES	3,9419	\$ 2.158.740,00	\$ (1.725.073,20)	-80%

2.2. Argumentos presentados por el Gobierno:

2.2.1. En el Anexo 2 del documento remitido el 31 de julio de 2009 por la CRES, esta entidad señaló que “[d]el análisis general de los documentos que han sido soporte para la aplicación de la metodología de actualización en el corto plazo del POS, se identifican dificultades en la calidad, cantidad, consistencia y cobertura de la información que reportan los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; deficiencias que posteriormente son argumentadas por los mismos actores para cuestionar los estudios realizados por el Ministerio de la Protección Social.” (subrayado de la Sala).

2.2.2. Lo mismo ocurre, en el acápite de LIMITACIONES del instrumento denominado “Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos - Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud”, elaborado por la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del entonces Ministerio de la Protección Social, en el que se afirmó lo siguiente:

“Finalmente, otra limitación importante es la fuente de información para el Estudio de Suficiencia, el cual a su vez sirvió de insumo para la actualización integral presentada en este documento. La fuente de información de dicho estudio son las mismas EPS, y en los 4 años que se ha venido adelantando el estudio se ha identificado una heterogeneidad importante en la calidad e idoneidad de la información reportada por las distintas EPS. Por otra parte, el estudio de los dispositivos ha evidenciado dificultades en la consecución de información de precios de mercado entre los diferentes actores, lo que ha enlentecido el proceso de cálculos en la materia. En este sentido, sería importante consolidar el desarrollo de un sistema de información que permita la captura, acopio y sistematización de la información en la fuente, homogenizando la información y garantizando su calidad.”(subrayado fuera de texto).

2.2.3. Ante el traslado de las quejas presentadas sobre la insuficiencia de la UPC-S para prestar los servicios de salud unificados, la CRES indicó, en escrito cursado el 16 de julio de 2010, que en ningún aparte de la sentencia T-760 de 2008 se ordena igualar el valor de la UPC.

Argumentó que no resulta imperioso este ajuste, como quiera que la cuantía establecida para el régimen subsidiado es suficiente para el cubrimiento de los mismos servicios del régimen contributivo, lo que obedece, entre otros aspectos, a que: “a) el plan de beneficios unificado ya está costado en la

UPC-S 2010 para los niños y niñas menores de 18 años; b) faltaría estimar el valor de los servicios diferenciales para los adultos; c) la frecuencia de uso de los servicios en el régimen subsidiado es inferior a la del régimen contributivo; d) los costos de administración del régimen subsidiado son inferiores a los del régimen contributivo; e) por ley, mínimo el 60% de los servicios deben ser contratados con la red pública y su costo no podría estar por encima de las tarifas del sector privado o las del promedio del mercado, por el contrario son inferiores garantizando igual calidad.”

De igual manera aclaró que *“para efectos de determinar si la UPC-S definida por la CRES para el año 2010 y para las pruebas piloto, es o no suficiente para financiar el POS, es necesario efectuar un estudio de suficiencia con el mayor rigor técnico. No basta señalar que por no ser igual a la del régimen contributivo, no es suficiente.”*

2.2.4. Así mismo, entre los documentos allegados en respuesta al auto del 8 de marzo de 2011⁶, se encuentra la ayuda de memoria del Comité Técnico del 27 de diciembre de 2010, que corresponde a la presentación de propuestas de 4 entidades para el cálculo de la UPC 2011: CID-Universidad Nacional, CRES, Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Hacienda; así como las diapositivas que hicieron parte de la exposición de cada entidad, de las que se destaca, de una parte, la presentación del CID de la Universidad Nacional, que se divide en 6 acápites: i) consideraciones preliminares; (ii) cálculo de la UPC; (iii) estimación del valor de la UPC 2011; (iv) *“evaluación del impacto sobre el presupuesto de la inclusión de doce tecnologías sanitarias”*; (v) análisis para la definición de la UPC-C y, finalmente, (vi) análisis para la definición de la UPC-S.

De las consideraciones preliminares incluidas en dicha presentación debe resaltarse:

i. Los defectos y anomalías detectadas en la información del Sistema: (a) las EPS constituyen la única fuente de datos disponible; (b) cambios aplicados a la forma de presentar la información que impiden hacer proyecciones; (c) no todas las entidades reportan la información o la reportan indebidamente.

ii. El CID denuncia (diapositiva 38⁷) que existe un crecimiento en el gasto de las EPS en los periodos comparados 2008-2009, que asciende al 24%. Las causas del incremento son desarrolladas en las diapositivas 39 y siguientes, en estos términos:

⁶ Mediante el cual esta Sala solicitó a la Comisión de Regulación en Salud la remisión de los soportes que sustentaron el Acuerdo 019 de L 29 de diciembre de 2010 y que detectaron las inconsistencias en la información.

⁷ La misma irregularidad se encuentra soportada en la presentación del CID titulada *“Análisis para la definición de la UPC-C 2011”*, diapositivas 9 y siguientes.

“El análisis realizado sobre este particular muestra que buena parte del aumento obedece al comportamiento del rubro de medicamentos: del 100% del incremento del gasto, el 79,1% lo explica este rubro, que en valores absolutos involucra un crecimiento de \$64.320 per cápita, que equivale al 15.7% del total del gasto per cápita.

Acto seguido se analiza la estructura del gasto en medicamentos por EPS y por tipo de medicamento para observar en qué radica ese elevado crecimiento. (...)”.

Más adelante afirmó lo siguiente:

“Se encuentra que en 2009 un código denominado MEDIAMBU, que agrupaba en los años anteriores facturaciones no detalladas de medicamentos ambulatorios, presenta un gran crecimiento en las EPS señaladas, al tiempo que las mismas muestran decrecimiento en otros ítems de servicios ambulatorios, por lo que se supone que precisamente estas EPS incluyeron capitaciones en MEDIAMBU, posiblemente no solo de medicamentos, razón por la cual se considera separar el ítem”.

De otra parte, la presentación del otrora Ministerio de la Protección Social, titulada *“Estudio de suficiencia del Plan Obligatorio de Salud – Unidad de Pago por Capitación 2009”*, consignó como resultado: *“Teniendo en cuenta que este es el sexto año que se realiza el Estudio de Suficiencia POS-UPC y que hay unas tendencias de uso y severidad de los servicios de salud, una vez realizada la selección en el régimen contributivo se observó un incremento en el valor total de los servicios de acuerdo con lo esperado (...)”*⁸. Sin embargo, en las diapositivas *“datos agregados del gasto (valor)”* y *“estudios”*, se consigna el alto aumento que tuvo el rubro de ciertos medicamentos entre el 2008 y el 2009: en 2008 el valor por concepto de medicamentos ascendió a \$621.098.284.117, mientras que en el 2009 tal valor alcanzó la cifra de \$1.651.211.539.961, es decir, un billón de pesos más.

Sobre esta última “inconsistencia” se debe tener en cuenta el *“Informe de avance del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación – Nota Técnica”*, desarrollado por el Centro de Investigación para el Desarrollo -CID- de la Universidad Nacional. La explicación amplia sobre el *“análisis del incremento anual del 24%”* se puede observar en las páginas 66 y siguientes del mismo, de éste vale la pena destacar lo siguiente:

⁸ Diapositiva: “Análisis del gasto en las EPS que pasaron en el Régimen Contributivo”.

“(...) se compara el precio promedio registrado en la base de datos para los 25 medicamentos más utilizados o de mayor volumen de despachos por afiliado en la EPS 013, la de mayor tamaño entre las señaladas y se comparan con el promedio registrado en las bases de datos de servicios para los mismos medicamentos en todo el conjunto de EPS.

El resultado son unos precios, para los 25 medicamentos, muy superiores al promedio reportado por el conjunto de las EPS, aún incluyendo en este promedio las tres EPS con reporte de gasto más elevado. En consecuencia, la consultoría considera que tan alta divergencia del gasto per cápita en medicamentos ilustra un incremento respecto de la vigencia anterior que no tiene antecedentes en períodos tan cortos. Aún si el método de registro hubiera trasladado medicamentos hospitalarios a este rubro, el gasto per cápita queda fuera de proporción para el Plan de Beneficios”.

Por último, fue anexado el documento en que el entonces Ministerio de la Protección Social le “informa tres situaciones” a la Superintendencia Nacional de Salud⁹, a la Superintendencia de Industria y Comercio¹⁰ y a la Contraloría General de la República¹¹, haciendo énfasis en la calidad y utilidad de la información reportada por las EPS.

2.2.5. Igualmente, en la Audiencia Pública del 7 de julio de 2011, la Comisionada Vocera de la CRES indicó que habían sido evidenciados algunos problemas de información, lo que impide que se cuente con resultados concluyentes respecto a la suficiencia de la unidad de pago por capitación.

Adicionalmente, en las dos Audiencias Públicas celebradas hasta ahora en el seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, ha sido reiterativo el llamado de atención por parte de los diferentes actores y críticos del SGSSS, incluyendo las entidades gubernamentales y de control, respecto de la deficiencia en las fuentes de información del Sistema de Salud.

2.3. Análisis por la Sala de la suficiencia o insuficiencia de la UPC-S:

2.3.1. Partiendo de las respuestas dadas al Auto 133 A del año en curso, es evidente que la opinión unánime de las entidades que integran el Grupo de Apoyo Especializado conformado mediante los Autos 120 y 147 de 2011, es que la UPC-S no es suficiente para que las EPS-S presten los servicios de salud unificados, sin que ello les implique un desequilibrio financiero.

⁹ Folios 366 y siguientes, op cit.

¹⁰ Folios 385 y siguientes, op cit.

¹¹ Folios 404 y siguientes, op cit.

Es de anotar que aún cuando en la sentencia T-760 de 2008 no se obliga a la igualación de las UPC subsidiada y contributiva como factor determinante para el cumplimiento de la orden a que se sustrae esta providencia, tal como lo afirmó la CRES, lo cierto es que en este mandato sí se impone la obligación de garantizar la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente.

Así, debiendo considerar las múltiples quejas recibidas respecto de la insuficiencia de la UPC-S para garantizar la prestación de los servicios de salud unificados, encuentra la Sala que la CRES no ha cumplido con la carga de la prueba que le asiste para acreditar tal sostenibilidad, máxime cuando a partir de la entrada en vigencia del Acuerdo 032 de 2012, esto es, el pasado 1 de julio, se ha evidenciado la imposibilidad de las EPS del régimen subsidiado para continuar prestando el servicio de salud a sus afiliados con el valor de la UPC fijada con tal finalidad.

Lo anterior ha sido expuesto por diferentes actores del Sistema, tal como se evidencia en el numeral 2.1. de este acápite considerativo, aunado a lo informado por los medios de comunicación al señalar que la razón fundamental para el cierre de operaciones de EPS del Régimen Subsidiado en diferentes regiones del país, como Ecoopsos y Colsubsidio para el caso de Bogotá, es la incapacidad económica de las mismas para “... *soportar el incremento en la demanda de servicios que está generando la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS)*”¹², teniendo en cuenta que “... *la Nación está girando una Unidad de Pago por Capitación (UPC) menor por atender a afiliados del régimen subsidiado que por los del contributivo*”¹³.

Específicamente, para el caso de la EPS-S Colsubsidio, la entrada en vigencia a partir del primero de julio de la homologación del POS le podría costar mensualmente 3.450 millones de pesos en pérdidas. Ante esta situación, el Secretario Distrital de Salud Guillermo Alfonso Jaramillo indicó que lo anunciado por dichas EPS-S “... *no es más que el anticipo de que otras empresas del régimen subsidiado van a terminar quebrándose o retirándose porque se nivelaron los servicios más no los pagos*”¹⁴.

Lo anterior puede afirmarse dado que las razones expuestas hasta el momento por el Gobierno Nacional para establecer diferencialmente los valores de la UPC y UPC-S, son controvertibles, especialmente por cuanto la deficiencia en

¹² <http://www.elespectador.com/impreso/temadeldia/articulo-358798-estragos-unificar-el-pos>, tomado el día 10 de julio de 2012

¹³ Idem

¹⁴ <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12019682>, tomado el día 10 de julio de 2012

las fuentes de datos ha sido denunciada en reiteradas ocasiones por organismos del SGSSS, entre ellos por la misma CRES, en documentos allegados al proceso de seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, tal como se esbozó anteriormente.

Por esto mismo, se evidencia sin lugar a dudas que la metodología empleada para la fijación del valor de la UPC no resulta ser la apropiada, como quiera que la posibilidad de modificación e inflación de las cifras utilizadas para tal finalidad es bastante amplia, dada la dificultad de contar con resultados concluyentes respecto a la suficiencia de la unidad de pago por capitación, debido a los problemas de información evidenciados desde las pruebas piloto adelantadas en Barranquilla y Cartagena y denunciadas reiteradamente por los diferentes actores del Sistema.

2.3.2. Atendiendo lo anterior, es indispensable avanzar en el diseño de un sistema de información que permita lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS, máxime cuando contar con información incompleta e incorrecta constituye el principal obstáculo para que las personas accedan a los servicios de salud a los que tienen derecho, además de ser una fuente constante de desmedro de los recursos asignados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y, como es evidente, impide que exista credibilidad en las determinaciones que adopte el Gobierno basado en la información recolectada al interior del sistema.

Así lo sostuvo esta Corporación en la sentencia C-252 de 2010 al indicar que “[l]a *elusión, evasión, malversación de fondos, indebida contratación, alto costo de la intermediación, inexactitud en las bases de datos, ineficiencia administrativa, corrupción, entre otros, abonan el camino hacia el desequilibrio financiero del sistema.*” (subrayado fuera de texto)

También deberá procurarse prontamente una metodología óptima para que las decisiones referidas a la UPC-C y UPC-S respondan a la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente, teniendo en cuenta no solamente las denuncias de insuficiencia de la UPC-S, sino además las advertencias respecto a la sobredimensión de la UPC del régimen contributivo, tal como lo expuso la Contralora General de la República en la reciente Audiencia Pública del 10 de mayo.

2.3.3. Ahora bien, dada la relevancia de la equiparación de prestaciones económicas para la atención de la población cubierta por el plan de beneficios unificado, esta Sala reitera la jurisprudencia constitucional en relación con la aplicación del principio de igualdad que, *prime facie*, se advierte trasgredido

en la normatividad proferida en cumplimiento de la orden sub examine. Particularmente, se consideró en sentencia C-1122 de 2008:

“... en relación con el principio de igualdad, debe reiterarse que, en desarrollo de las previsiones del artículo 13 de la Constitución Política, el legislador debe otorgar el mismo trato jurídico a todas aquellas situaciones que pueden ser comparadas, así como establecer las correspondientes diferenciaciones cuando se trate de situaciones fácticas disímiles.¹⁵ Por consiguiente, un tratamiento legislativo diferente no implica per se una violación del principio de igualdad siempre y cuando sea objetivo y razonable¹⁶. El primer presupuesto, entonces, para que proceda la verificación de un cargo por violación del principio de igualdad por tratamiento diferenciado es que se esté ante supuestos de hecho que sean equiparables.

En aquellos eventos en los que se haya constatado el anterior presupuesto, es preciso establecer la constitucionalidad del criterio de diferenciación empleado por el legislador, para lo cual se le aplica un “test de razonabilidad” en orden a establecer si se justifica o no, a la luz de la Constitución, el trato desigual.

Las etapas de ese test comprenden 1. el análisis del fin buscado por la medida, 2. el análisis del medio empleado y 3. el análisis de la relación entre el medio y el fin.¹⁷”

Al respecto, este Tribunal ha considerado en ocasiones anteriores que no todo trato diferencial constituye una vulneración al ordenamiento superior, por cuanto, es admisible aquella distinción siempre que se funde en “razones constitucionalmente legítimas”¹⁸, de lo contrario es abiertamente discriminatoria. De allí, que el análisis de los argumentos razonables sea primordial para determinar la condición de igualdad en la norma.

En el caso bajo examen, sin entrar a realizar un test de igualdad, la Corte observa con preocupación la ausencia de justificaciones, razonamientos, fundamentos y/o soportes técnicos o de cualquier orden, bajo los cuales fuere constitucionalmente aceptable la fijación de una UPC diferencial entre ambos regímenes, más aun cuando por un menor valor se pretende la prestación del mismo catálogo de servicios y en condiciones idénticas de equidad, oportunidad y calidad.

¹⁵ Ver Sentencia C-100 de 2004

¹⁶ Ver, entre muchas otras, la Sentencia C-530 de 1993

¹⁷ Cfr. Sentencia C-227 de 2004

¹⁸ Véase Sentencia T-109 de 2012.

Es de advertir que hasta ahora, los argumentos presentados por la CRES para la fijación de un valor diferencial entre las UPC subsidiada y contributiva, obedecen básicamente a que la frecuencia de uso de los servicios, así como los costos de administración en el régimen subsidiado, son inferiores a los del contributivo y que por ley, mínimo el 60% de los servicios deben ser contratados con la red pública y su costo no podría estar por encima de las tarifas del sector privado o las del promedio del mercado, por el contrario son inferiores garantizando igual calidad.

De lo anterior, se evidencia que las afirmaciones acerca de la inferioridad en la frecuencia de uso de los servicios del régimen subsidiado respecto del contributivo, no tiene soporte legítimo alguno, considerando que el mismo Gobierno reconoce carecer de un sistema de información que le permita validar y consolidar cifras ciertas y contundentes al interior del Sistema.

Así mismo, aún cuando se afirma que los costos de administración en el régimen subsidiado también son menores que en el contributivo, este argumento no es suficiente para establecer la UPC-S diferencial en tan alto porcentaje.

Y, finalmente, respecto al argumento de que al menos el 60% de los servicios deben ser contratados con la red pública en el régimen subsidiado, esto no implica *per se* que los gastos en que deba incurrir la EPS para la prestación de los servicios de salud unificados sean menores a los del contributivo, ya que aún cuando el costo de la red pública no podría estar por encima de las tarifas del sector privado o las del promedio del mercado, tampoco implica necesariamente que sus precios sean inferiores a los contratados en el régimen contributivo.

Por consiguiente, a las entidades promotoras de salud de cada régimen no se les puede asignar una partida diferencial para asumir las prestaciones contempladas en el plan obligatorio de salud unificado, como quiera que ello genera un trato desigual a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes al tener igualdad de derechos en el plan de beneficios, podrían ver afectado el acceso a dichos servicios por razones meramente económicas.

En tal sentido, esta Sala en aras de proteger el derecho al acceso de servicios de salud de la población colombiana, dispondrá la igualación de la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, hasta tanto no sean allegados los estudios que soporten la distinción advertida en esta providencia y sea valorada su razonabilidad constitucional por la Corte.

3. Remisión oportuna de los informes de avance semestral:

3.1. Recientemente, mediante Auto del 5 de marzo de 2012, se ordenó a la Defensoría del Pueblo comunicar cuántos informes ha recibido de la CRES en cumplimiento de lo dispuesto en la última parte del tercer inciso de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008, y en qué fechas le fueron remitidos los mismos, debiendo además exponer si al respecto ha elevado algún tipo de requerimiento a la Comisión por el eventual incumplimiento de tal obligación.

3.2. La respuesta a este proveído fue recibida el pasado 16 de marzo, en el que la Defensoría afirmó que de los siete informes que debió haber recibido a la fecha, solo fue remitido el primero de ellos el día 1 de febrero de 2009, por parte del Ministro, en su calidad de presidente del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

También indicó que ante la ausencia de informes, se requirió a la CRES en el mes de abril de 2011, recibiendo como respuesta por parte de esta entidad, que la ejecución y desarrollo del cronograma correspondía, en su totalidad, al actual Ministerio de Salud y Protección Social.

No obstante, aceptó que el 18 de octubre de 2011, recibió una comunicación de la CRES en la que informaba sobre la expedición del Acuerdo 027, mediante el cual se unificaron los POS para las personas de 60 y más años de edad.

La Defensoría concluyó este memorial indicando que requirió nuevamente a la Comisión de Regulación el 30 de enero del año en curso, exhorto que repitió el 6 de marzo, sin obtener resultados positivos.

3.3. Atendiendo a lo anterior, resulta claro para esta Sala que la orden de remitir semestralmente un informe de avance en la ejecución del programa y cronograma tendientes a la unificación gradual y sostenible de los planes obligatorios de salud, tampoco fue cumplida por la Comisión de Regulación en Salud.

4. Decisiones a adoptar:

4.1. Teniendo en cuenta que pese a haberse expedido la normatividad que dispone la unificación de los POS, se observa que el programa y cronograma presentados en cumplimiento de la orden 22 y en respuesta al Auto 255 de 2011 no cumplen con la totalidad de las exigencias de tal mandato, aunque se evidencian avances en el desarrollo de las mismas, que los informes

semestrales de avance en el desarrollo del programa y cronograma exigidos no fueron presentados a la Defensoría del Pueblo y que es evidente la inoperatividad de la unificación del POS en el régimen subsidiado por parte de las EPS-S ante la insuficiencia de la UPC-S, será del caso declarar el cumplimiento parcial de la orden vigésimo segunda impartida en la sentencia T-760 de 2008.

4.2. Así mismo, habiéndose advertido el incumplimiento de los requisitos exigidos en la orden vigésimo segunda, se ordenará al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud que, tal como se indicó en el análisis del programa y cronograma allegados (supra 1.), dé cumplimiento a los siguientes requerimientos de la orden vigésimo segunda:

4.2.1. Adelante las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc.

4.2.2. Actualice los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc.

4.2.3. Establezca medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos.

4.2.4. Reglamente las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud, especialmente las contenidas en las leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011.

4.2.5. Adopte medidas (*a priori*) para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen en el SGSSS.

4.2.6. Adopte medidas que faciliten el tránsito entre regímenes, para aquellas personas que así lo requieran por la variación de sus ingresos económicos.

Para acreditar el cumplimiento de estos presupuestos, deberá remitirse un informe periódico a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, con copia a esta Sala Especial de Seguimiento, en el que se evidencie el avance en cada uno de estos aspectos.

4.3. Ahora bien, ante la evidente crisis que aqueja al régimen subsidiado, y por ende, a la población usuaria del mismo, que desde luego converge en la vulneración del derecho fundamental de la salud por la imposibilidad de

acceder oportunamente a servicios de calidad, la Corte ordenará la igualación del valor de la UPC-S al establecido para la UPC del régimen contributivo, debiendo el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Comisión de Regulación en Salud y el Departamento Nacional de Planeación, o quienes hagan sus veces, adoptar las medidas necesarias para dar cumplimiento inmediato a esta disposición.

La anterior decisión regirá hasta tanto dichos entes gubernamentales elaboren la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y de la UPC-S, que debe fundarse en estudios que demuestren contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades, para lo cual debe desarrollar el diseño de un sistema de información que permita lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS.

En mérito a lo expuesto y atendiendo las exigencias contenidas en la orden impartida en el numeral vigésimo segundo de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008, la Sala Especial de Seguimiento

III. RESUELVE

PRIMERO. DECLARAR el cumplimiento parcial de la orden vigésimo segunda impartida en la sentencia T-760 de 2008 por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud que, en el término de seis (6) meses, dé cumplimiento a los siguientes requerimientos de la orden vigésimo segunda:

1. Adelante las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc.
2. Actualice los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc.

3. Establezca medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos.
4. Reglamente las medidas adoptadas para prevenir y evitar la evasión y elusión en el pago de la cotización obligatoria en salud, especialmente las contenidas en las leyes 1393 de 2010, 1438 y 1450 de 2011.
5. Adopte medidas (*a priori*) para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen en el SGSSS.
6. Adopte medidas que faciliten el tránsito entre regímenes, para aquellas personas que así lo requieran por la variación de sus ingresos económicos.

Para acreditar el cumplimiento de estos presupuestos, deberán remitir un informe bimensual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, con copia a esta Sala Especial de Seguimiento, en el que se evidencie el avance en cada uno de estos aspectos.

El primero de dichos informes deberá allegarse antes del 1 de diciembre de 2012.

TERCERO. ORDENAR al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Comisión de Regulación en Salud y al Departamento Nacional de Planeación, que elaboren la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y de la UPC-S, que debe fundarse en estudios que demuestren contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficiente y oportunamente por las EPS-S en las mismas condiciones de calidad que las EPS contributivas, garantizando el equilibrio financiero para tales entidades. Así mismo deberán diseñar un sistema de información que permita lograr un mayor control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el SGSSS.

CUARTO. DISPONER que hasta tanto se dé cumplimiento al numeral anterior, deberá entenderse que a partir de la fecha de expedición de esta providencia, el valor de la UPC-S será igual al establecido para la UPC del régimen contributivo.

QUINTO. ORDENAR a la Secretaría General de esta Corporación que libere las comunicaciones a que haya lugar en virtud de los numerales anteriores, remitiendo copia de esta providencia al Ministerio de Salud y Protección

Social, a la Comisión de Regulación en Salud, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público y al Departamento Nacional de Planeación.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
Magistrado

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria General