



Federación Médica Colombiana Miembro de la Asociación Médica Mundial

Bogotá, 17 de julio de 2014

H. Magistrado
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO
Presidente
Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008

BOGOTA D.C.

Asunto: Respuesta a interrogantes contenidos en la consideración N°7 del Auto 187 de 2014

Luego de revisar la información contenida en el Auto 187 de 2014 y los anexos enviados, la Federación Médica Colombiana pone en conocimiento de la Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional sus respuestas a los interrogantes del mencionado Auto:

- 7.1. ¿Considera que el Ministerio garantizó el flujo de recursos en el sistema de salud con las medidas adoptadas con posterioridad al Auto 263 de 2012?
- 7.2. ¿Qué mejoras o retrocesos advierte luego de la implementación del nuevo sistema de recobros, respecto del aplicado en los años 2012 y 2013?
- 7.3. Pronunciamiento sobre los informes radicados por el Ministerio de Salud y Protección Social

1. Contexto general

Aunque el anterior cuestionario es específico para el seguimiento al cumplimiento de la orden vigésima séptima de la Sentencia T-760 de 2008 y hace referencia al Auto 263 de 2012 en el que se declaró el "*incumplimiento general*" de dicha orden y en consecuencia **ordenó el rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro**, la Federación Médica Colombiana FMC entiende que dicho rediseño no se refiere a ajustes puntuales en la mecánica de recobros, sino a un cambio general de dicho sistema, que asegure eficiencia y celeridad y sea armónico con el espíritu y la letra de las demás órdenes de la Sentencia T-760 de 2008 y Autos 260, 261, 262 y 264 del 16 de noviembre de 2012.

Para aclarar este concepto, recordemos que la FMC adelanta un largo litigio sobre inconsistencias en la información de recobros pagados durante la gestión del Consorcio Fidufosyga. En principio esta entidad adujo que esa información era de carácter confidencial, luego, cuando la justicia tuteló nuestro derecho a conocer dicha información, nos entregó archivos con inconsistencias que se repitieron hasta en cuatro (4) versiones. Finalmente, tanto el Consorcio Fidufosyga como el Ministerio de Protección Social de entonces:

- Reconocieron la existencia de esas inconsistencias en los medios magnéticos,
- Responsabilizaron de dichas inconsistencias a las entidades recobrantes
- Afirmaron no estar legalmente facultados para rectificar los datos inconsistentes y
- Sostuvieron que las inconsistencias **no se presentaban** en la documentación física que respaldó el pago de dichos recobros y que dichos pagos se realizaron con la auditoría debida

La FMC calificó esta situación como "catástrofe informática" y puso los hechos en conocimiento de los entes de control, señalando que lo sucedido ameritaba la **revisión de los respaldos físicos** y la publicación de los datos depurados. Iniciamos así una nueva batalla legal, hasta que un fallo de segunda instancia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema ordenó al Ministerio de Salud la entrega de la **información depurada** de recobros. A la fecha dicho fallo fue parcialmente acatado con una muestra de 500 recobros de Rituximab, pero el Ministerio dice no contar con recursos para adelantar la revisión de 7.000 recobros restantes de otros 25 principios activos seleccionados por la FMC. Estamos por lo tanto frente a una situación donde existiendo evidencia de más inconsistencias, no hay capacidad física para completar la revisión. Estamos ante el riesgo cierto de nunca conocer la magnitud real del desfalco en la época del crecimiento exponencial de recobros.



Federación Médica Colombiana Miembro de la Asociación Médica Mundial

Mencionamos este antecedente porque entre las causales de la mencionada “catástrofe informática” encontramos una “Ayudamemoria” del Ministerio de Protección Social que **eliminó la causal de glosa por inconsistencias entre la documentación física del recobro y sus registros magnéticos**, supuestamente **en cumplimiento de la agilización del flujo de recursos ordenada por la H. Corte Constitucional**.

Esa “Ayudamemoria” pudo entenderse como un recurso válido entre quienes interpretan las órdenes de la Corte solo como “ajustes para agilizar el flujo de recursos” (así sea relajando controles). Pero, para quienes entendemos la orden vigésima séptima, como la eliminación de trámites innecesarios, inocuos y antitécnicos para que el flujo de recursos dentro del sistema funcione en “condiciones de eficiencia y celeridad”, dicha “Ayudamemoria” se trató de una interpretación amañada, que sirvió para facilitar las prácticas perversas de quienes se lucraron con el crecimiento exponencial de recobros, en el último cuatrienio de la desregulación.

Desde esta perspectiva, vemos que –sin duda- algunos actores del SGSSS considerarán insuficiente la disminución de controles y burocratizante la figura de “comparadores administrativos” y la creación del Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías No POS. Para la FMC estos esfuerzos pueden caracterizarse como “**pasos en la dirección correcta**” similares a los que señalamos en la nueva regulación de precios de medicamentos.

2. Pasos en la dirección correcta

En efecto, la FMC considera que la Resolución 5395 de 2013 que unificó los procedimientos, las reglas y condiciones para la presentación, radicación, verificación, control y pago de las solicitudes de recobro, estableció la figura de “comparadores administrativos” y creó el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías No POS, constituye un paso en la dirección correcta, al igual que la implementación del modelo de Radicación Web que se detalla en el informe del Ministerio de Salud y Protección Social del 27 de enero de 2014.

Sin embargo, desde la perspectiva del **rediseño total del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro**, entendido como eliminación de trámites innecesarios, inocuos y antitécnicos para que el flujo de recursos dentro del sistema funcione en “condiciones de eficiencia y celeridad”, en armonía con el espíritu y la letra de las demás órdenes de la Sentencia T-760 de 2008 y Autos 260, 261, 262 y 264 del 16 de noviembre de 2012, vemos que estos esfuerzos resultan parciales y no resuelven problemas estructurales como los que pasamos a señalar:

3. Falta de transparencia en información de recobros, que debe ser pública

Precisamente por los antecedentes mencionados en el punto 1, la FMC considera fundamental que **la información de recobros debe ser de dominio público y fácilmente accesible**. La información que actualmente se publica por SISMED es agregada al extremo de parecer encriptada, claramente insuficiente y en muchos casos obviamente errónea. Por lo tanto, los investigadores independientes como los de la FMC nos vemos forzados a recurrir al litigio para obtener información de destinación de recursos públicos que por definición tienen carácter público, tal como lo establece una amplia jurisprudencia que incluye la Sentencia T-487 de la H. Corte Constitucional que tuteló ese derecho de la FMC.

Por lo tanto, para la FMC resulta indispensable que el **rediseño del sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro**, ordenada por la H. Corte Constitucional incluya medidas concretas y específicas para garantizar el carácter público y la transparencia de la información de recobros.

El día que la información de recobros sea de acceso público, seguramente se erradicarán una buena parte de prácticas perversas y corruptas, que constituyen la mayor amenaza para la sostenibilidad del sistema de salud.



Federación Médica Colombiana Miembro de la Asociación Médica Mundial

4. Falta de pertinencia de la actualización del POS con restricción de indicaciones

Los informes del Ministerio de Salud y Protección Social a la H. Corte Constitucional, hacen referencia a medidas de actualización del plan de beneficios POS como parte del rediseño del sistema de recobros. Al respecto debemos mencionar que la FMC considera que las inclusiones al Plan Obligatorio de Salud POS ordenadas por la [Resolución 5521 de 2013](#), vigente a partir del 1° de enero de 2014, utiliza una metodología de "**inclusiones limitadas por restricciones drásticas de indicaciones**" que nos parece cuestionable y en los hechos generadora de exclusiones discriminatorias y –paradójicamente- dudas que pueden prestarse para prácticas perversas en los recobros al FOSYGA. Ver Informe OBSERVAMED en [BisBCM#07de2014](#).

En el litigio que adelantamos sobre este tema, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, insiste en describir las virtudes técnicas de la metodología empleada pero no contestó aún a nuestras peticiones en derecho como –por ejemplo- las razones por las cuales unos pacientes con cierto diagnóstico, sí, tienen derecho a recibir unas tecnologías automáticamente y otros (solo por tener otros diagnósticos, incluso aprobados como principales para los mismos productos) son excluidos de ese derecho y deben someterse a la evaluación de los CTC o recurrir a una acción de tutela. En lo concreto, la FMC considera que la metodología de "**inclusiones limitadas por restricciones drásticas de indicaciones**" como parte de la actualización integral del POS, es discriminatoria, limitante del derecho a la salud y generadora de dudas y dificultades administrativas en el aislamiento de indicaciones durante el proceso de recobro.

5. Debilidad institucional frente a prácticas de inducción a la demanda

Finalmente, aclaramos que nuestro apoyo al Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías No POS, está condicionado a su funcionamiento adecuado, ya que puede constituirse en un contrapeso importante a las evaluaciones de tecnologías que resulten cooptadas por intereses distintos de la salud pública.

En un reciente informe de OBSERVAMED ([BisBCM#17de2014](#)) que analiza las ventas de medicamentos anti-VIH reportadas a SISMED 2012 y 2013, puede verse que prácticamente 4 productos representan más del 50% de recursos invertidos en este rubro y que un medicamento que no debe usarse solo (sino asociado con otros ARV para casos resistentes) es el nuevo líder de este mercado. Ninguna entidad gubernamental ha demostrado hasta la fecha, si este fenómeno corresponde a un verdadero pico epidemiológico de casos resistentes de VIH o se trata de "uso costosamente inapropiado" de este recurso, por prácticas de inducción a la demanda. En este caso en particular, existen Guías de Práctica Clínica y **el precio está regulado por referenciación internacional**, pero todo eso resulta insuficiente porque existe una evidente debilidad institucional para limitar -no el derecho de los pacientes- sino las prácticas perversas de los agentes que se lucran con los recursos del sistema de salud.

Si el Comité de Definición de Criterios y Lineamientos Técnicos para el Reconocimiento de Tecnologías No POS, no cumple eficientemente las funciones de defensa del derecho fundamental a la salud y defensa de la sostenibilidad del sistema, resultaría redundante con otras instancias supuestamente creadas para el mismo fin, pero que por lo visto en casos como el mencionado, no están cumpliendo adecuadamente esa función.

Atentamente,

Dr. César Prieto Avila
Federación Médica Colombiana
Presidente (e)