



Corte Constitucional de Colombia

Seguimiento al Cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008

El presente escrito pretende dar cuenta de las principales discusiones que se dieron a lo largo de diferentes reuniones con expertos en el sistema de salud colombiano. Estas reuniones se celebraron en el marco del seguimiento que hace la Corte Constitucional de Colombia a la Sentencia T-760 de 2008.

*Este texto fue realizado por la Sala de Seguimiento de la
Sentencia T-760 de 2008.*

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
GRUPO DE EXPERTOS 1	7
GRUPO DE EXPERTOS 2	35
GRUPO DE EXPERTOS 3	56
GRUPO DE EXPERTOS 4	66

INTRODUCCIÓN

La Sala Especial de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, conformada por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del primero de abril de 2009, ha desarrollado desde su creación una serie de actividades que corren paralelas a la expedición de providencias judiciales.

Un ejemplo claro de un ejercicio de seguimiento no limitado a la producción de Autos u otro tipo de fallos fue la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas celebrada el 7 de julio de 2011 para analizar el grado de cumplimiento de las órdenes 17 y 18, referidas a la actualización integral del plan de beneficios. En la misma, el Ministerio de la Protección Social y el de Hacienda, así como entidades regulatorias, de control y vigilancia como la CRES y la Superintendencia de Salud, presentaron resultados en cuanto al cumplimiento de las órdenes relacionadas con la actualización integral del plan de beneficios. En dicha Audiencia, entidades de control como la Procuraduría, la Fiscalía, y la Contraloría, hicieron públicas sus posiciones respecto al grado de cumplimiento de los mandatos de la Sentencia T-760 de 2008, junto a representantes de organismos internacionales, de la sociedad civil y de la academia.

En este texto la Sala de Seguimiento documentará un ejercicio adicional estrechamente relacionado con la Audiencia Pública mencionada anteriormente.

Este consistió en crear una comisión de peritos constitucionales voluntarios. La Sala de Seguimiento convocó a un grupo de expertos con el ánimo de ampliar su conocimiento técnico y conocer las diferentes percepciones sobre la crisis que afronta el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos expertos, en representación de sus respectivas entidades, aportaron insumos que serán tenidos en cuenta por la Sala para determinar el grado de cumplimiento de las principales órdenes de la Sentencia T-760 de 2008. En esta medida y valiéndose de su experticia, la Sala de Seguimiento puso a discusión de los expertos algunas propuestas que habían sido elaboradas previamente. Igualmente, recogió algunas ideas nuevas.

Este documento pretende sintetizar los resultados de las deliberaciones al interior de los cinco (5) grupos de expertos¹ convocados formalmente por la Corte Constitucional para tratar los siguientes temas: actualización integral del POS; flujo de recursos y estabilidad financiera del sistema; barreras de acceso para el goce del derecho a la salud; universalización y unificación de los planes de beneficios; indicadores y parámetros de medición.

Cada uno de los peritos constitucionales fue elegido atendiendo a su experticia y trayectoria en el tema correspondiente. De igual forma, se buscó que hubiera representación de diversas entidades y áreas del conocimiento con el fin de tener acceso a diversas percepciones que se tuvieran en la materia.

A continuación se indica la conformación de cada uno de los grupos:

¹ Conformados formalmente a través de los Autos 120 del 8 de junio de 2011, y 147 del 19 de Julio de 2011.



GRUPO 1

Nombre	Entidad
Jorge Orlando Cuellar Mansilla	ASSOSALUD - CSR
Néstor Álvarez Lara	Asociación de pacientes VIH Nueva EPS Bogotá e ISS - CSR
Atilio Moreno Carrillo	Universidad Javeriana - ASCOFAME
Luis Guillermo Restrepo	Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia
Francisco Rossi	IFARMA
José Julián López Gutiérrez	Facultad de Ciencias, Departamento de Química Farmacéutica, Universidad Nacional de Colombia
Oscar Andía	Federación Médica Colombiana.
Sergio Isaza Villa	Federación Médica Colombiana.
Juanita Durán Vélez	DeJusticia, Justicia Global (Facultad de Derecho Universidad de Los Andes)
René Fernando Urueña	Facultad de Derecho, Universidad de Los Andes
Alejandro Baena Giraldo	ASCOFAME
Sandra Camacho	ACEMI
Nelcy Paredes	ACEMI
Alejandro Moya	Relator
Nicolás Alonso Escobar	Relator
Andrés López Morales.	Relator

GRUPO 2

Nombre	Entidad
Nelson Gustavo Contreras Caballero	Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina - CSR
Félix León Martínez Martín	FEDESALUD
Jaime Ramírez Moreno	Universidad Javeriana - CSR
Mario Hernández	Universidad Nacional de Colombia - CSR
Gabriel Lago Barney	Universidad Javeriana - ASCOFAME
William Alberto Robles Fonnegra	Universidad Javeriana - ASCOFAME
Martha Yaneth Sandoval Salazar	Corporación Viva la Ciudadanía - CSR
Oscar Alberto Bernal Acevedo	Escuela de Gobierno, Universidad de Los Andes
Johnattan García Ruiz	Relator
Diego Olarte	Relator

GRUPO 3

Nombre	Entidad
Carlos Eduardo Castro Hoyos	Universidad de Antioquia - CSR
Gloria Eugenia Camargo Villalba	Universidad de Boyacá CES - ASCOFAME
Diana Rocío Higuera M.	Así Vamos en Salud
Carlos Alberto Lerma Carreño	Corporación Viva la Ciudadanía - CSR
Lina María Céspedes	Facultad de Derecho, Universidad de Los Andes.
Jorge Luis Silva Méndez	Facultad de Derecho, Universidad ITAM
Gabriel Carrasquilla	Así Vamos en Salud
Luis Alfredo Loaiza Q.	ICESI
Diana Patricia Quintero	ICESI
María Mónica Machado	Relatora
Rosa María Puentes	Relatora

GRUPO 4

Nombre	Entidad
Carlos Alfonso Quintero Vidal	Universidad Libre de Barranquilla - ASCOFAME
Juan Manuel González	Centro de Estudios Interdisciplinarios en Desarrollo (CIDER), Universidad de Los Andes
Catalina Gutiérrez	Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de Los Andes.
Francisco Azuero	Facultad de Administración, Universidad de los Andes
Nelcy Paredes Cubillos	ACEMI
Angélica Gonzáles	ACEMI
Ana Cecilia Santos	ACEMI
Elisa Torrenegra	Gestarsalud
Tatiana Andia	CIDER- Universidad de los Andes
Miguel Uprimny	ASOCAJAS
Daniel Alejandro López	Relator
Camilo Forero Barrera	Relator

Cada grupo se reunió, aproximadamente, cuatro veces. Las reuniones duraban en promedio tres horas, eran programadas cada quince días y se celebraban en las instalaciones de la Corte Constitucional. Antes de cada sesión, la Sala de Seguimiento informaba a los expertos sobre el orden del día. Para tal fin, previamente les hacía llegar documentos con información relacionada a las discusiones que se enfrentarían en la sesión. Una vez estaba presente la mayoría, la Sala abría la sesión con una breve exposición. A través de ésta, el magistrado auxiliar que moderaba o los



miembros de la Sala de Seguimiento resumían los acuerdos logrados en encuentros pasados. Igualmente, señalaban y explicaban los objetivos de la respectiva reunión – estos objetivos, más que ser una meta ineludible, servían de guía a los expertos. Durante el trascurso del debate, el moderador o los miembros de la sala intervenían con el ánimo de fijar ciertas conclusiones y con el ánimo de aclarar puntos confusos. Finalmente, la Sala cerraba la sesión agradeciendo la presencia de los expertos y recordando algunos puntos para la reunión siguiente.

Paralelas a estas discusiones, se adelantó un programa de relatorías temáticas. Un conjunto de estudiantes de Derecho de la Universidad de los Andes y de la Universidad Javeriana – en calidad de auxiliares ad honorem del despacho del Magistrado Jorge Iván Palacio Palacio – asistieron a las reuniones. Valiéndose de sus apuntes y de grabaciones, crearon una serie de documentos con el ánimo de sintetizar de manera organizada los principales planteamientos de la discusión. Su función era la de plasmar las diversas opiniones de los expertos. En ningún momento pretendieron incluir temas que no hubiesen sido discutidos, juzgar la labor de la comisión, valorar los aportes o analizar el trabajo de la Sala de Seguimiento. Dichos documentos, después de ser revisados por la Sala de Seguimiento, fueron enviados a los expertos. Estos, a su vez, podían proponer los ajustes que consideraran pertinentes. En esta medida, esta apuesta metodológica de la Corte buscaba, en primer lugar, dejar plasmadas las discusiones que se tuvieron al interior de la comisión y, en un segundo lugar, alimentar la discusión misma al poner de presente periódicamente a los expertos cuáles habían sido los avances, los obstáculos y los temas de interés de sesiones pasadas. Los documentos mencionados, como se dijo anteriormente, aparecen más adelante.

Todo lo incluido en este documento hace parte de un esfuerzo de la Sala por hacer transparente a los actores del sector salud el proceso de seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y los debates especializados que se dieron al interior de los grupos de expertos. Sin embargo vale la pena aclarar que las opiniones expertas de los participantes en dichas reuniones especializadas no reflejan la posición de la Sala de Seguimiento ni de la Corte Constitucional, ni comprometen de ningún modo la dirección que puedan tomar los pronunciamientos formales de esta Corporación respecto al grado de cumplimiento de las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008. Si bien son un insumo importante en la creación de los autos de seguimiento, la Corte Constitucional se reserva el derecho a determinar de manera autónoma el sentido de sus decisiones. La Sala de Seguimiento agradece la participación de los expertos. Sus opiniones y propuestas le fueron de gran ayuda.



GRUPO DE

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO
DE LAS ÓRDENES 17 Y 18 DE LA
SENTENCIA T-760 DE 2008

RESÚMENES DE RELATORÍAS GRUPO DE EXPERTOS 1

(ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL POS)

PRIMER INFORME DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS 1

SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES 17 Y 18 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

I. INTRODUCCIÓN²

El presente escrito pretende dar cuenta de las principales discusiones que se dieron a lo largo de la primera reunión de expertos que se celebró en el marco del seguimiento que hace la Corte Constitucional de Colombia a las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18) de la Sentencia T-760 de 2008. Esta reunión se llevó a cabo el día martes veintiocho (28) de julio de 2011 a las dos de la tarde en las instalaciones de la Corte. Asistieron representantes de **DeJusticia**, de **ACEMI**, del Departamento de Química Farmacéutica de la Facultad de Ciencias de la **Universidad Nacional de Colombia**, de la **Federación Médica Colombiana**, y de **IFARMA**.

El objetivo de la reunión fue evaluar si hubo o no hubo cumplimiento de las órdenes citadas. La Sala de Seguimiento ve con preocupación el número limitado de modificaciones a las listas de medicamentos de los planes obligatorios de salud, POS y POSS, en los últimos tres (3) años. Para efectos de contextualizar este informe y antes de comenzar con el relato de las discusiones, resumimos y explicamos las órdenes según aparecen en la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008:

***Orden decimoséptima (17):** La Corte Constitucional, mediante sentencia T-760 de 2008, le ordenó a la Comisión Nacional de Regulación en Salud (CRES) que para el primero de febrero de 2009 hiciera y le presentara a ella y a las entidades promotoras de salud (EPS) una actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS y POSS) con el propósito de adaptar dichos planes de beneficios a las necesidades actuales del país y despejar la incertidumbre que se tiene sobre lo que está incluido, lo que no está incluido, lo que será incluido y lo que será excluido; siempre ofreciendo las razones técnicas, médicas y presupuestales en cada caso. Respecto a la actualización de los planes de salud, la Corte busca que se haga una revisión integral puesto que esto nunca se ha hecho. Respecto a la actual incertidumbre sobre los planes obligatorios de salud, la Corte considera, según lo expuesto en la sentencia T-760 de 2008, que existe una confusión sobre el contenido de los mismos. Ve con preocupación cómo dicha confusión ha generado cargas y barreras injustificadas que le han impedido a los usuarios y a los funcionarios acceder al sistema de salud, saber cuál es el alcance y definición de sus derechos y*

² Informe elaborado por los siguientes auxiliares ad honorem: Nicolás Alonso, Johnattan García, Andrés López y Alejandro Moya.

adoptar las medidas adecuadas y necesarias para asegurar la financiación de éstos.

La Corte le ordena a la CRES que haga todo lo anterior con base en: 1. La estructura demográfica del país. 2. El perfil epidemiológico. 3. La tecnología disponible. 4. Las condiciones financieras del sistema. 5. El principio constitucional *pro homine*. 6. El principio constitucional de integralidad.

La CRES no sólo tiene la obligación de discutir o diseñar dicha política. Debe, por orden de la Corte, mediante su sentencia T-760 de 2008, garantizar su creación, asegurar con esta el goce efectivo del derecho y permitir la participación democrática de todos los actores involucrados, especialmente los usuarios y los médicos, tanto en las etapas de decisión y elaboración, como en las de implementación y evaluación.

Orden decimoctava (18): *La Corte Constitucional, mediante sentencia T-760 de 2008, le ordenó a la CRES, como medida complementaria, actualizar los planes obligatorios de salud (POS y POSS) por lo menos una vez al año y presentarlos a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo especificando qué se incluyó, qué no se incluyó de lo que fue solicitado por la comunidad médica y por los usuarios y qué fue suprimido de los planes de beneficios; ofreciendo siempre las razones pertinentes en cada caso.*

La Corte le ordena a la CRES que haga todo lo anterior con base en: 1. La estructura demográfica del país. 2. El perfil epidemiológico. 3. La tecnología disponible. 4. Las condiciones financieras del sistema.

Para determinar el cumplimiento de dichas órdenes, la reunión buscó: 1. Estudiar las actualizaciones y clarificaciones hechas con posterioridad a la Sentencia T-760 de 2008. 2. Determinar si dichas acciones constituían o no un cumplimiento total o parcial de las órdenes emitidas (se estudiaron particularmente el acuerdo 003 y 008 de 2009). 3. Indagar qué otras órdenes se pueden emitir en un futuro en el caso de que hubiera habido un incumplimiento parcial o total.

En el desarrollo del segundo punto, la Sala de Seguimiento pretendió hacer tres (3) distinciones:

1. La existencia o no de una *transformación formal*, entendiendo por ello la mera expedición de resoluciones, acuerdos o mandatos que satisfagan de manera superficial lo ordenado por la sentencia sin tener, por ahora, efectos prácticos. 2. La existencia o no de una *transformación material*, entendiendo por esto la realización real y efectiva de las órdenes emitidas por la sentencia y de las decisiones de la CRES. 3. La existencia de *razonabilidad* en el paso de la *transformación formal* a la *transformación material*, entendiendo por esto el tránsito de una actuación formal a sus efectos prácticos mediante la elaboración de un plan que busque la concreción efectiva de las decisiones de la Corte dentro de un plazo razonable.

Teniendo en cuenta lo anterior, la reunión se dirigió, principalmente, a responder a tres (3) preguntas:

1. ¿Refleja el Acuerdo 008 de 2009 las sugerencias metodológicas incluidas en los estudios utilizados por la Comisión de Regulación en Salud para actualizar el POS? En caso negativo: ¿Qué razones de orden técnico podrían justificar tal discordancia?

2. Al momento de expedirse los Acuerdos 003 y 008 de 2009, ¿existían otros documentos y/o estudios que la Comisión de Regulación en Salud debió analizar, valorar o tener en cuenta, por resultar importantes y necesarios, para la actualización integral del POS?



3. ¿Qué orden u órdenes debería dar la corte para que se cumplan las órdenes 17 y 18 de la Sentencia T 760 de 2008 en el caso en que haya incumplimiento parcial o total en la esfera formal o material?

Varios de los expertos tocaron los temas a los que se refieren las tres (3) preguntas. Sin embargo, no siempre se dirigieron a responderlas. Por el contrario, tocaron temas relacionados e, incluso, cuestionaron la pertinencia y el fundamento de las órdenes mismas. Para poder presentar todos los debates de manera organizada, este informe se estructurará de la siguiente manera: 1. Discusión sobre si se despejaron o no las incertidumbres respecto a los contenidos de los planes obligatorios de salud, POS y POSS. 2. Discusión sobre si se actualizaron integralmente o no los medicamentos y servicios médicos previstos en los planes obligatorios de salud, POS y POSS. 3. Discusión sobre la pertinencia o impertinencia de las órdenes emitidas por la Corte Constitucional. 4. Discusión sobre el correcto o incorrecto fundamento de dichas órdenes. Hecho esto, cerraremos este informe con un balance de los concesos construidos y de las posiciones encontradas.

II. DISCUSIÓN SOBRE SI SE DESPEJARON O NO LAS INCERTIDUMBRES RESPECTO A LOS CONTENIDOS DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD, POS Y POSS:

Cuando la Corte Constitucional emitió la orden decimoséptima (17) y decimooctava (18) abordó, entre otros, los siguientes dos puntos. Primero, la actualización del contenido del POS y del POSS. Segundo, la clarificación del contenido del POS y del POSS. La incertidumbre sobre el contenido de los planes obligatorios de salud va mucho más allá de un listado poco claro. Según lo expresó la representante de Dejusticia, en relación con las consideraciones que hizo la propia Corte en su sentencia T-760 de 2008, cuando hay poca claridad sobre lo que está, lo que estará, lo que no está y sobre lo que no estará en los planes obligatorios de salud, se generan cargas y barreras injustificadas que le impiden a los usuarios acceder al sistema de salud, saber cuál es el alcance y definición de sus derechos y adoptar las medidas adecuadas y necesarias para asegurar su financiación. Respecto al segundo punto, la representante de Dejusticia fue enfática en señalar que la gran mayoría de la población colombiana carece de los conocimientos médicos necesarios para poder saber qué está y que no está en el POS. Existe, según varios miembros de la comisión de expertos, incertidumbre dentro de la propia comunidad científica. Según lo ha anotado esta corporación mediante su sentencia T-760 de 2008, son muchas las tutelas que se interponen solicitando un medicamento NO POS o NO POSS cuando dicho medicamento está incluido en los planes obligatorios de salud.

Según la opinión de todos los asistentes, exceptuando aquella del representante de IFARMA, la CRES sólo ha logrado, como se verá, actualizaciones puntuales más no integrales del POS. Exceptuando el glosario al que hizo referencia el representante de la Federación Médica Colombiana, no hay avances notables en la clarificación y actualización del POS y del POSS. Gracias a esto, es posible hablar de un cumplimiento incipiente en la esfera material y formal de las órdenes de actualización integral. No hay, pues, esfuerzos sobre la materia que se traduzcan en actos formales y efectos prácticos.

III. DISCUSIÓN SOBRE SI SE ACTUALIZARON O NO LOS MEDICAMENTAOS PREVISTOS EN LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD, POS Y POSS:

En esta discusión se tocaron dos temas. Organizados en un orden lógico, serían los siguientes: 1. La deficiente construcción de los planes obligatorios de salud. 2. La desactualización de dichos planes.

Antes de comenzar a hablar de qué tan eficaces fueron los acuerdos 003 y 008 del 2009 en la esfera formal y material, varios de los expertos, especialmente aquel que representaba a

la Universidad Nacional de Colombia, hicieron hincapié en cómo el actual plan de beneficios está mal estructurado pues fue creado ignorando los criterios previstos en el artículo 162 de la ley 100 de 1993 así como los parámetros de la Organización Mundial de Salud (OMS). Bajo este argumento del representante de la UNAL, los planes actuales no se construyeron de acuerdo a estudios de morbilidad y mortalidad, estudios de carga de enfermedad, clasificaciones entre medicamentos vitales, esenciales y no esenciales, niveles de consumo, estructura demográfica de la población colombiana, perfil epidemiológico de la misma población, tecnología disponible en el país y condiciones financieras del sistema de salud. Gracias a esto, es común encontrar en el POS y en el POSS los siguientes problemas:

1. Aparición de medicamentos “blockbuster”: En las lista de los planes obligatorios de salud aparecen medicamentos que no reflejan avances médicos sino que, por el contrario, son el resultado de campañas publicitarias de la industria farmacéutica. Se incluyen y se mantienen en las canastas de servicios medicamentos que científicamente no reportan ningún avance pero que, por otro lado, sí generan ingresos a la industria farmacéutica.
2. Presentación restrictiva de los medicamentos: En las listas de los planes obligatorios de salud, los medicamentos aparecen ligados a una determinada presentación. Gracias a esto, los médicos no pueden escoger cómo aplicar aquellos que vienen en distintas presentaciones. Esto, evidentemente, puede resultar perjudicial para algunos pacientes que requieren un medicamento en una presentación específica como, por ejemplo, una ampollita y no una tableta.
3. Exclusión de medicamentos huérfanos: los medicamentos que están destinados a curar enfermedades extrañas o poco frecuentes (huérfanas), al no ser rentables para muchas empresas farmacéuticas, no aparecen en las listas de los planes obligatorios de salud. Varios de los expertos, especialmente el representante de IFARMA, aseguraron que, desde la perspectiva constitucional, estos medicamentos deberían estar presentes pues, de lo contrario, se desprotegería el derecho a la salud de un grupo de personas que, si bien no es mayoritario, es igualmente importante.
4. Aparición de medicamentos sin registro sanitario: existen hoy día varios medicamentos que no cuentan con registro sanitario. Este hecho, aparte de ser muy grave pues pone en riesgo la salud de la población colombiana, revela las falencias en la construcción de los actuales planes obligatorios de salud.
5. Inclusión de medicamentos en desuso: hay varios medicamentos en las listas del POS y del POSS que no se usan. Este hecho no sólo resalta la falta de actualización y depuración de los planes obligatorios de salud sino que, además, es una de las razones sobre por qué hoy día estos planes son tan confusos.

La conclusión que arroja esta primera discusión tiene que ver, en resumen, con la adopción de criterios adecuados para incluir o excluir nuevos medicamentos. Lo importante, según la comisión de expertos, no es tener un POS y un POSS generoso en medicamentos, sino un POS y un POSS que contemplen los medicamentos que efectivamente necesita el país. Lo ideal es que dentro de estos planes obligatorios de salud estén los servicios médicos (procedimientos, dispositivos y medicamentos) para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. En el POS y en el POSS deben estar el conjunto de medicamentos que demandan los enfermos y las enfermedades, no aquellos que sugieren y promocionan los agentes de mercado. Hacen falta muchos estudios técnicos que permitan actualizar el POS y se requiere tener más en cuenta a la comunidad médica. Por ende, más que una actualización anual y puntual del POS, se requiere, tal como lo estipula la sentencia de la Corte Constitucional, una urgente actualización integral del Plan de Beneficios.



Ahora bien, respecto al segundo problema, a saber, la actualización del POS y del POSS, la comisión de expertos explicó que la poca actividad reportada en el campo de los medicamentos se debe, por una parte, a la menor cantidad de avances científicos que se desarrollan en esta área y, por el otro lado, a la falta de comunicación de lo que se ha hecho. En cuanto a lo primero, la comisión fue enfática en señalar que lo que cambia con el paso del tiempo, en la mayoría de los casos, son las presentaciones comerciales, más que las propiedades químicas de los medicamentos. Bajo esta óptica, resulta inútil actualizar los planes obligatorios de salud cada vez que se saca al mercado un nuevo producto pues lo que se estaría haciendo sería condicionar el POS y el POSS a la oferta de la industria farmacéutica y no a las necesidades reales de los colombianos. Por otra parte, en relación con la falta de información, la comisión de expertos anotó con preocupación cómo muchos de los estudios que se realizan y cómo muchas de las solicitudes que se reciben y se tramitan no son comunicadas al resto de la comunidad médica y, mucho menos, a la Corte Constitucional. Uno de los expertos presentes, por ejemplo, describió el proceso de revisión de solicitudes de exclusión de medicamentos presentados ante la CRES. Muchas de estas solicitudes, según este recuento, eran realizadas por fabricantes y comercializadores de medicamentos que buscaban sacar del POS y POSS un medicamento cuya utilidad médica seguía en debate. En el caso de dos medicamentos de la depresión, uno de los expertos presentes constató una particular insistencia de los fabricantes y comerciantes para suprimir dichos medicamentos de los planes obligatorios de salud. Los actores argumentaban sus solicitudes diciendo que dichos medicamentos eran obsoletos, cuando la verdad era que eran necesarios. Gracias a esto, muchas de esas solicitudes fueron rechazadas. Esto muestra, según estos recuentos, cómo dichos actores buscaban subir las utilidades de sus negocios asegurando que en un futuro sus productos estuvieran por fuera del POS y del POSS para ser recobrados a través del FOSYGA. Siguiendo este planteamiento, uno de los presentes sostuvo que la CRES falló al no publicar lo que le solicitan, lo que estudia, lo que aprueba y lo que rechaza. Lo anterior, según esta posición, deslegitima la labor de dicha entidad, da pie a nuevos estudios y a nuevas solicitudes innecesarias e impide la revisión externa de las decisiones que ha tomado.

Ahora bien, sobre los acuerdos 003 y 008 del 2009 expedidos por la CRES, se dijo que, si bien no son muchos los avances, no son despreciables. Según explicó el representante de la Federación Médica Colombiana, hubo ajustes importantes, pero todavía pueden hacerse muchos más y más estructurales. Después del fallo T-760 de 2008 se hicieron algunos ajustes puntuales a las listas de medicamentos del POS y del POSS. Sin embargo, y tal como anotó ACEMI, los estudios de los que han partido los actores involucrados en la proposición y materialización de dichos avances (CRES), no satisfacen completamente los criterios de la Sentencia T-760 de 2008 o de la propia ley 100. ACEMI cree que esto es una respuesta de la CRES a la presión tan grande que se ejerció sobre ella. Esta entidad, según ACEMI, ha hecho ajustes superficiales y más o menos sustentados pues no tuvo ni el tiempo ni los recursos para hacer algo mejor. La Corte estableció unos criterios muy altos que, a pesar de ser acertados, son imposibles de cumplir en el corto plazo. Esto le da a pensar a la mayoría de los presentes que hubo, al menos, un cumplimiento parcial de la orden decimotava (18) en la esfera formal y un cumplimiento incipiente en la esfera material.

Sin embargo, en cuanto a la ejecución de una actualización integral del POS y del POSS (orden decimoséptima), hubo acuerdo en la reunión sobre el total incumplimiento tanto en la esfera formal como en la esfera material. La Corte Constitucional ha sido enfática en señalar que los ajustes puntuales son muy diferentes a una revisión integral. A esta corporación sólo le allegaron en Junio de 2011 los estudios y la metodología que muestren cómo se realizará una actualización integral de los planes obligatorios de salud.

Por otro lado, y tal como anota la representante de Dejusticia, lo más preocupante es que la CRES no ha justificado por qué ha cumplido parcialmente con la orden decimoctava (18) ni por qué ha incumplido totalmente con la orden decimoséptima (17). En la sentencia a la que aquí se le hace seguimiento, la Corte Constitucional señaló cómo la CRES debía dar las razones técnicas y financieras necesarias para sustentar cada una de sus decisiones.

IV. DISCUSIÓN SOBRE LA PERTINENCIA O IMPERTINENCIA DE LAS ÓRDENES EMITIDAS POR LA CORTE CONSTITUCIONAL

Al paso que se discutía el cumplimiento e incumplimiento de las órdenes emitidas por la Corte, la comisión de expertos debatió la aptitud y la utilidad de las mismas. Se discutió, primero, qué tan bien formuladas están las órdenes. Segundo, si las órdenes tienen razón de ser. En esta sección abordaremos el primer punto. Este toca tres temas principales: 1. Los plazos para cumplir las órdenes. 2. Las entidades a las que se dirigían. 3. Los factores externos.

Con relación a los plazos establecidos por la Corte para el cumplimiento de las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18), a saber, un año para hacer la revisión integral y para rendir el primer informe anual sobre actualización, ACEMI sostuvo que dichos plazos eran extremadamente apretados. Una de sus representantes sostuvo que los criterios que impuso la Corte para la revisión integral y anual del POS y los criterios que dicha corporación retomó de la ley 100 de 1993, son muy exigentes y difíciles de cumplir en tan poco tiempo. Si bien arguyó que estaba de acuerdo con esos estándares, recalcó que resultan desproporcionados en relación con los tiempos fijados por la Corte. En su opinión, la reestructuración, la redefinición, la recomposición, la depuración y la reevaluación del listado de medicamentos que integra el POS y el POSS requieren de un proceso histórico largo y complejo. A pesar de que los demás expertos no estuvieron de acuerdo con la necesidad de un proceso de esas características, sí coincidieron con ACEMI en que fue un error de la Corte pensar que en un año le era posible a la CRES cumplir con lo ordenado. Esto pues la CRES carece de los medios necesarios y no conoce todos los estudios epidemiológicos ya realizados. Ni siquiera con todos los recursos y la infraestructura necesaria, afirmó ACEMI, es posible cumplir con las órdenes de la Corte en un año. Esta situación se agrava aún más si se tienen en cuenta las recomendaciones y críticas de la Universidad Nacional sobre cómo debería estructurarse un plan obligatorio de salud. La comisión concluye que si la Corte quiere que la CRES realmente clarifique y actualice el POS y el POSS con miras a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, debe emitir órdenes que sean posibles de cumplir pues, de lo contrario, sólo generará presión en las entidades responsables y obtendrá resultados formales.

Ahora bien, en relación con el segundo tema (las entidades a las que las órdenes van dirigidas), es importante resaltar cómo la comisión de expertos manifestó su preocupación por el actual estado de la CRES. Varios de ellos aseguraron que dicha entidad ni siquiera tiene quórum para deliberar. Resulta pues preocupante cómo se le comisiona una labor tan importante a un ente que está en proceso de construcción. A pesar de ser comprensible el incumplimiento de la CRES, sigue siendo reprochable el hecho de que esta institución no le haya manifestado a la Corte los obstáculos logísticos, financieros o técnicos que le impidieron acatar integralmente la sentencia T-760 de 2008.

El tercer tema versa sobre la injerencia de factores externos. Según relató el representante de IFARMA, el escalamiento del NO-POS (y quizá la deficiente actualización del POS y del POSS) fue consecuencia de la presión ejercida por las farmacéuticas y no, como se cree generalmente, por un POS y un POSS desactualizados y desorganizados. Según IFARMA, las farmacéuticas buscan excluir de los planes obligatorios de salud aquellos medicamentos que



reportan un alto costo y un alto nivel de consumo pues así logran incrementar sus ingresos mediante la figura del recobro. Dicha práctica le puso de presente a la Corte la importancia de las dinámicas del mercado y le resaltó la importancia de tener en cuenta dicha situación a la hora de emitir nuevas órdenes.

V. DISCUSIÓN SOBRE EL CORRECTO O INCORRECTO FUNDAMENTO DE DICHAS ÓRDENES.

Como mencionamos páginas atrás, no todas las discusiones que se sostuvieron en esta reunión versaron sobre las tres (3) preguntas principales que fueron elaboradas por la Sala de Seguimiento y con las cuales se convocó y se abrió dicha reunión. Una de las discusiones se alejó del problema de la incertidumbre y de la desactualización del POS y del POSS. Esta se concentró, por el contrario, en cuestionar la pertinencia de las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18) promulgadas por la Corte Constitucional en su sentencia T-760 de 2008 pues, bajo la opinión de algunos expertos, estas órdenes no responden al problema principal del sistema de salud. En su lugar, responden a un problema accesorio e incluso irrelevante.

IFARMA, la Federación Médica Colombiana y el Departamento de Farmacia de la Universidad Nacional, arguyeron cómo lo que verdaderamente tiene en crisis al sistema de salud es el escalamiento desmesurado de los recobros y no la desactualización e incertidumbre sobre los planes obligatorios de salud. El pago de medicamentos, procedimientos y dispositivos NO POS a través de la acción de tutela es, a su juicio, la razón principal del desbalance financiero del sistema de salud. Pensar que la desactualización y la incertidumbre sobre los planes es la causa del problema es creer que todo lo que se recobra debería estar en dichos planes. Hay países, anotaron varios representantes de dichas instituciones, que tienen planes mucho más reducidos y, sin embargo, ofrecen un mejor sistema de salud pues saben manejar los recobros y los servicios que no están incluidos en dichos planes. Gracias a esto, IFARMA afirmó que el diagnóstico de la Corte Constitucional era errado y que, por ende, las órdenes mencionadas eran un remedio a una enfermedad que nunca existió. Para esta entidad el problema de los recobros obedece a serias fallas en la CRES, a la poca trayectoria de la misma, a una falta de compromiso del Ministerio de la Protección Social y del Ministerio de Hacienda, a la presión de las farmacéuticas, a la ausencia de una política del “no legítimo” (un conjunto de medicamentos, procedimientos y utensilios excluidos del POS y del POSS que no serán pagados a ningún colombiano mediante recobro) y a un incremento de las acciones de tutela como resultado de la expedición de la propia sentencia T-760 de 2008. Dicho fallo, según IFARMA, generó la idea de “cobertura total” en medicamentos, procedimientos y dispositivos.

Por otro lado, DeJusticia, la Universidad de los Andes y ACEMI argumentaron que el análisis de la Corte era acertado y que, por ende, sus órdenes eran pertinentes haciendo las salvedades que ya han sido recogidas en este informe. Si bien no llegaron a argumentar que no había un problema con la manera en que se están manejando los recobros, pues para toda la comisión de expertos es urgente la adopción del “no legítimo”, sí defendieron el análisis de la Corte pues, bajo su opinión, la actualización y la clarificación son, a su vez, problemas importantes. Para la Universidad de los Andes y para DeJusticia es necesario un análisis detallado, estructurado y técnico de lo que está, lo que debería estar, lo que no está y lo que no debería estar dentro del POS y del POSS. Lo anterior puede implicar o no una depuración o un robustecimiento de la lista de medicamentos. Sin embargo, lo esencial siempre va a ser el cotejo de estudios médicos, científicos y técnicos para la correcta elaboración de dichos listados y la actualización estructural del POS.

VI. CONCLUSIONES Y PREGUNTAS

Como conclusiones se puede anotar que el grupo de expertos convergió en el punto de que la CRES ha cumplido incipientemente con la orden decimoséptima en el ámbito formal, y que ha incumplido totalmente con dicha orden en el ámbito material. A su vez se concluyó que la CRES ha cumplido parcialmente la orden decimoctava el ámbito formal y ha cumplido incipientemente con esta última en el campo material. Tránsversalmente a todo lo anterior, según los expertos la CRES ha incumplido de manera preocupante y reiterada con su obligación de explicar las razones técnicas, médicas, logísticas y financieras para su incumplimiento o cumplimiento incipiente o parcial de las mencionadas órdenes. Hay, sin embargo, varias explicaciones sobre la mesa que ayudan a entender una posible incapacidad de la CRES para llevar a cabo todo lo anterior y una posible serie de errores en la justificación y precisión de las órdenes emitidas por la Corte Constitucional.



SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS

SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES 17 Y 18 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008.

I. INTRODUCCIÓN³

El presente escrito pretende dar cuenta de las principales discusiones que se dieron a lo largo de la segunda reunión de expertos que se celebró en el marco del seguimiento que hace la Sala de Seguimiento al cumplimiento de las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18) proferidas por la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008. Esta reunión se llevó a cabo el día martes diecinueve (19) de julio de 2011 a las dos de la tarde en las instalaciones de la Corte Constitucional. A la reunión asistieron representantes de **DEJUSTICIA**, de la **UNIVERSIDAD JAVERIANA**, de **ASCOFAME**, de la **ASOCIACIÓN DE PACIENTES VIH**, **NUEVA EPS** y **ISS-CSR**, de **ASSOSALUD - CSR**, de la **FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA**, y de **IFARMA**.

El objetivo de la reunión fue seguir evaluando el cumplimiento de las órdenes citadas en relación exclusivamente con el tema de los medicamentos. Para tal efecto, la Sala de Seguimiento buscó crear unos criterios para poder ejercer una actual y una futura evaluación de la labor de la Comisión de Regulación en Salud (de ahora en adelante “CRES”) respecto de las órdenes en cuestión. A través de dicha evaluación se buscaría fijar el grado de cumplimiento de la CRES en tres niveles (alto, medio y bajo) y en tres sentidos (cumplimiento formal, cumplimiento material y razonabilidad en el tránsito del cumplimiento formal al material). La evaluación actual, tema del primer informe, versa sobre los acuerdos 003 y 008 del 2008 expedidos por la CRES. La evaluación futura, por su parte y tal como se explicará más adelante, versará sobre el compromiso que adquirió el Gobierno Nacional y la CRES en la audiencia pública realizada por la Corte Constitucional el día siete (7) de julio de 2011, a saber, el de construir una metodología y el de realizar una actualización integral de los planes de beneficio para antes del mes de diciembre del año en curso.

En este sentido, en la segunda reunión de expertos se buscó abordar cuatro (4) temas: **1.** Lo que la Comisión de Expertos considera como un cumplimiento ideal de las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18) de la sentencia T-760 de 2008. **2.** El grado de cumplimiento razonable que la Corte Constitucional puede exigirle a la CRES para diciembre del 2011 respecto a las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18) de la sentencia T-760 de 2008 de acuerdo con los compromisos adquiridos por el Gobierno Nacional y dicha Comisión (la CRES) en la audiencia pública del siete (7) de julio de 2011. **3.** Los problemas

³ Informe elaborado por los siguientes auxiliares ad honorem: Nicolás Alonso, Andrés López y Alejandro Moya.

que enfrentará la CRES al momento de intentar cumplir las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18) de la sentencia T-760 de 2008. 4. El grado de cumplimiento que ha presentado la CRES hasta el día de hoy en relación a las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18) de la sentencia T-760 de 2008. Adicionalmente a estos cuatro (4) temas, la comisión de expertos volvió a abordar un debate que se había dado ya en la primera reunión: el cuestionamiento del fundamento de las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18). Por ser este un tema periférico (pero no por eso irrelevante), nos referiremos a él en último lugar. Por ahora, pasaremos a resumir las discusiones que tuvieron los expertos sobre los cuatro (4) primeros puntos.

II. LO QUE SE PODRÍA CONSIDERAR COMO UN CUMPLIMIENTO IDEAL DE LAS ÓRDENES DECIMOSÉPTIMA (17) Y DECIMOCTAVA (18) DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008.

La Sala de Seguimiento de la Corte Constitucional guió la segunda reunión de la Comisión de Expertos hacia la construcción de una serie de criterios o parámetros óptimos para calificar los actuales planes obligatorios de salud y para, seguidamente, proyectar la actualización integral de los mismos.

En búsqueda de los criterios mencionados, la Corte Constitucional llegó a la mesa proponiendo la comparación de los listados de medicamentos previstos en el POS y POSS con el listado de medicamentos esenciales previsto en la lista de la Organización Mundial de la Salud (de ahora en adelante “OMS”). Después de que la Comisión acogió dicha propuesta, proveyó criterios adicionales, pues, a su juicio, la comparación propuesta por la Corte era necesaria, mas no suficiente. A continuación explicaremos todos los criterios propuestos, mencionaremos sobre cuáles hubo consenso y sobre cuáles no y profundizaremos sobre aquel propuesto por la Sala de Seguimiento de la Corte Constitucional.

A. LISTADO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LA OMS

La Sala de Seguimiento sometió a discusión de la Comisión de Expertos la utilización de la lista modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS como parangón y punto de partida para actualizar el POS y el POSS. La sala consideró que un nivel de cumplimiento ideal de las órdenes décimo séptima y décimo octava se daría con la racionalización de cada servicio que se incluya, excluya o no incluya en el POS por parte de la CRES. Lo anterior se debería efectuar a partir de una serie de criterios establecidos en la ley 100, a saber: el criterio epidemiológico, el criterio demográfico y finalmente el criterio financiero.

La Sala es consciente de que este ejercicio no puede realizarse frente a todo el universo de medicamentos existente y es por esto que la sala sugiere realizar un ejercicio relacional entre el listado de medicamentos esenciales de la OMS y el plan de beneficios POS. La Sala de Seguimiento de la Corte propuso como parangón el listado de la OMS pues consideró que una forma rápida y adecuada de hacer una actualización y revisión integral de los planes obligatorios de salud era, justamente, hacer un ejercicio con herramientas que ya tiene la comunidad médica. Esto no sólo ahorraría tiempo, sino también recursos económicos. Sin embargo, la sala aclaró que este ejercicio comparativo era una de los varios ejercicios metodológicos que se deberían realizar en una actualización integral del plan de beneficios.

La lista de la OMS fue seleccionada por varias razones. Primero, fue con una de las listas de la OMS con las que se construyó el paquete del POS y POSS en 1956, según refirió el representante de IFARMA. Segundo, dicha lista se actualiza periódicamente. Por ende, se considera que está al día y que, seguidamente, incluye los nuevos adelantos que quizá los



planes obligatorios de salud como el de Colombia desconocen. Tercero, la lista reúne los medicamentos más básicos. Gracias a esto, lo que está contenido en dicha lista merece, en principio, estar en cualquier plan de beneficios, aunque la Sala reconoce que pueden existir variaciones de lo que se considera “esencial” entre países y regiones. Cuarto, la OMS cuenta con gran prestigio dentro de la comunidad médica. Quinto y último, un listado como el de la OMS permite a la Corte contrastar el POS y el POSS con un conjunto finito de medicamentos que, al ser finito, resulta manejable respecto al universo en principio infinito de productos que existen y que se renuevan diariamente en el mercado nacional e internacional.

Una vez fue expuesta la propuesta de la Corte, la Comisión de Expertos aprobó el uso de dicha lista con excepción del representante de IFARMA quien, por su parte y sin restarle crédito a la calidad técnica y científica de la lista, arguyó que esta era, por un lado, demasiado básica y que, por el otro, estaba sujeta a las presiones e intereses de la industria farmacéutica.

Si bien el resto de los expertos aprobaron la utilización de dicha lista como un parangón, aclararon que, como criterio, era algo necesario, más no suficiente. En este sentido, el representante de la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA, secundado por el representante de ASCOFAME, afirmó que *“el parangón de medicamentos esenciales de la OMS, si no es suficiente, es importante, necesario y útil”*. La comparación entre listas de medicamentos es sólo uno de los pasos que se deben dar dentro de un ejercicio complejo que demanda el cruce y la valoración de la información que se extrae de dichas listas. No es suficiente tener dos listados y enfrentarlos. Se requiere, por ejemplo, contar con pautas o criterios para explicar por qué es adecuado que un medicamento esté en una lista y no esté en otra. De no contar con estas pautas o criterios adicionales, la simple comparación carecería de toda utilidad (de ahí su necesidad, más no su suficiencia). Estos criterios serán presentados en las páginas siguientes. Por otro lado, los expertos (especialmente el representante de la ASOCIACIÓN DE PACIENTES VIH) le aclararon a la Sala que si bien están de acuerdo con utilizar el listado de la OMS, no están de acuerdo con pensar que dicho listado es útil pues resulta finito en contraposición a un mercado infinito de medicamentos. Para todo ellos es claro que el mercado nacional, e incluso internacional, es finito y, por ende, manejable como parangón. De ahí nace una de las primeras propuestas de la Comisión: la utilización de listas adicionales.

B. LISTAS ADICIONALES

De la discusión sobre la finitud o infinitud del mercado de medicamentos surgió la propuesta de incluir otros parangones adicionales al de la OMS. Estos nuevos parangones, al igual que el anterior, servirían como referentes para el ejercicio relacional que sugiere la Sala de Seguimiento de la Corte Constitucional. Bajo esta idea, la CRES no sólo tendría que comparar el POS y el POSS con la lista de la OMS. Tendría, además, que comparar dichos planes con la lista de productos que tienen registro INVIMA, o que están a la espera de hacer parte de dicho registro, aquellos que están en la lista de la “Food and Drugs Administration” (de ahora en adelante “FDA”) y aquellos que están disponibles en el mercado europeo. Esto fue sugerido por el representante de la ASOCIACIÓN DE PACIENTES VIH y respaldado por el representante de IFARMA, quien, reiteró el carácter finito de los mercados nacionales e internacionales.

Terminada la discusión sobre los parangones, la Sala de Seguimiento pasa a estudiar la adopción de otros criterios dejando en claro cómo la creación y recopilación de las listas de medicamentos es el primer paso dentro del ejercicio que debe realizar la CRES pues, a su

juicio, estas listas contienen gran parte de la información que debe ser analizada y cruzada con la ayuda de los demás criterios que ahora pasamos a explicar.

C. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Al igual que en la primera reunión, la Comisión de Expertos fue enfática en señalar que el criterio o la herramienta principal para evaluar, reconstruir y actualizar el POS y el POSS debía ser el perfil epidemiológico de la población colombiana. A juicio de todos los expertos (exceptuando al representante de IFARMA, para quien el POS y POSS no están desactualizados puesto que el perfil epidemiológico nacional no ha variado en las últimas décadas) este es, quizá, el criterio o la herramienta más importante. El representante de ASCOFAME, por ejemplo, argumentó que los mejores indicadores para determinar una buena actualización del POS debían construirse con base en el perfil epidemiológico de la población y con base en la efectividad de los medicamentos disponibles. Para esta entidad, un listado de medicamentos que sea construido sin considerar a cabalidad el perfil epidemiológico, siempre va a tender a ser un listado de medicamentos incapaz de solventar los problemas de salud de un grupo poblacional específico. A esta opinión se sumó el representante de ASSOSALUD, para quien la ausencia de un perfil reciente impide dar cuenta de las verdaderas necesidades del país en materia de salud. Incluso, afirmó el experto, el perfil que tenemos impide dar cuenta de las necesidades de la propia Bogotá. Para él, el perfil epidemiológico debe ser construido con un enfoque regional pues los planes obligatorios de salud *“nunca van a estar actualizados ni ajustados a lo que exige el sistema”,* a menos que *“se sujeten a factores epidemiológicos propios de la población teniendo en cuenta que las condiciones que se presentan en el Caribe, en el Pacífico, en la Amazonia, en los Llanos y en el Centro son diferentes”.*

Sin embargo, y he aquí un punto fundamental, el perfil epidemiológico, al igual que los parangones, es un criterio necesario, más no suficiente. Un plan obligatorio de salud ideal no puede construirse solamente partiendo de un buen perfil epidemiológico. Además de conocer cuáles son enfermedades de las que sufre la población colombiana y cuáles son sus índices de mortalidad y morbilidad según sexo y edad, es necesario, según el representante de la ASOCIACIÓN DE PACIENTES VIH, conocer las normas farmacológicas, las presentaciones y las concentraciones de los medicamentos adecuadas para tratar una u otra enfermedad. Este paso, a juicio de la Comisión de Expertos, resulta fundamental, pues, a la hora de construir una lista de medicamentos, no sólo es necesario conocer las enfermedades a tratar, sino que también resulta vital saber cuáles son los medicamentos más adecuados para hacerlo. Dicho paso, como ya anotamos, requiere estar precedido, a su vez, de un manejo riguroso de las listas de medicamentos disponibles en Colombia y otros países.

D. NORMA FARMACOLÓGICA

La norma farmacológica es la pauta en tratamientos y medicamentos respecto a una enfermedad concreta. A través de ésta se logra establecer qué tratamiento y qué medicamento (entendiendo por medicamento un compuesto químico sin denominación comercial o fabricante exclusivo) logra curar o, al menos, tratar una enfermedad. A la hora de manejar un perfil epidemiológico y un conjunto de listas de medicamentos, el representante de la ASOCIACIÓN DE PACIENTES VIH, propuso tener presente la norma farmacológica pues sólo a través de ella se puede cruzar adecuadamente la información entre lo que hay y lo que el país necesita. No tener todos los productos comerciales en el POS y POSS puede llegar a ser grave, pero jamás tan grave como, por ejemplo, no tener más



del 70% de las normas farmacológicas necesarias para combatir las enfermedades de las que adolece un grupo poblacional.

E. CONCENTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Como anotamos unos párrafos arriba, otro de los criterios importantes para la Comisión de Expertos, y especialmente para el representante de la ASOCIACIÓN DE PACIENTES VIH, tiene que ver con la concentración de los medicamentos. A juicio de la mesa, es fundamental saber y recetar la concentración adecuada de un medicamento respecto de una enfermedad concreta pues no toda concentración es capaz de cumplir su propósito. Algunas veces se requiere de concentraciones bajas y otras veces se requiere de concentraciones altas. Si no se analiza este criterio, es probable que cuando se construya el listado de medicamentos se excluyan algunas concentraciones que son vitales para tratar unas enfermedades.

F. PRESENTACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Al igual que ocurre con las concentraciones de los medicamentos, hay casos en los que sólo una de múltiples presentaciones físicas de un medicamento resulta útil para tratar una enfermedad. A la hora de mirar los listados de productos disponibles para seleccionar cuáles de ellos harán parte de los planes obligatorios de salud, es indispensable conocer qué presentación es útil para tratar las enfermedades de un grupo poblacional.

G. EFECTIVIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

Otro de los criterios propuestos por el representante de la ASOCIACIÓN DE PACIENTES VIH y por el representante de ASSOSALUD tiene que ver con la efectividad de los medicamentos. Estas entidades le recordaron a la Sala de Seguimiento cómo en muchas ocasiones le dan a un paciente un medicamento y no otro que, a pesar de ser más efectivo según varios estudios médicos, está por fuera de los planes obligatorios de salud pues resulta más costosa. Esto no sólo perjudica al paciente, sino también al sistema. Cuando una enfermedad no es curada pueden ocurrir dos cosas: (i) el paciente seguirá reclamando medicamentos por un largo periodo de tiempo o (ii) el paciente se sigue enfermando hasta el punto de convertirse en un paciente de alto costo; caso en el cual, seguramente, requerirá más y más costosos medicamentos. En cualquier de estos dos escenarios, el sistema de salud sale perdiendo en términos económicos. La construcción de un plan obligatorio de salud necesita, pues, reunir los medicamentos más efectivos para garantizar una mejor prestación del servicio del salud y para dar un mejor manejo a los recursos.

H. ÍNDICE DE RECOBROS

Incluir los medicamentos que presentan un mayor índice de recobros ante el FOSYGA en los planes obligatorios de salud fue un tema muy polémico. A lo largo de la discusión se dio un enfrentamiento entre IFARMA y la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA. La primera de estas entidades sostuvo que asumir dicho criterio sería equivalente a premiar a la industria farmacéutica pues esta se ha esforzado por sacar a sus mejores y más costosos productos del POS y del POSS ya que le resulta más rentable que estos sean comprados directamente por el paciente o por el FOSYGA. La segunda entidad, por el contrario, sostuvo que la adopción de dicho criterio no beneficiaría a la industria farmacéutica gracias a que cuando un medicamento deja de ser NO POS para pasar a ser POS o POSS, baja de precio pues debe atravesar por un proceso de negociación con el Gobierno Nacional. Después de que cada parte explicó reiteradamente su posición, la Comisión de Expertos llegó a un acuerdo sobre el particular: el índice de recobros no debe ser propiamente un criterio. Por el contrario,

debe ser una fuente de sospecha. Cuando un medicamento NO POS está siendo altamente recobrado, debe estudiarse, más no aprobarse de manera inmediata, su vinculación al POS y al POSS.

I. CARGA DE ARGUMENTACIÓN

Como ya se ha esbozado en algunos apartes, la propuesta elaborada por la Sala de Seguimiento no se remite exclusivamente a una comparación entre listados de medicamentos, perfil epidemiológico, normas farmacológicas, índice de recobros, concentración y presentación de medicamentos y efectividad de los mismos, sino que además tiene que ver con un ejercicio más exigente. La comparación debe estar acompañada de una carga de argumentación. Dicha carga tiene que ver con poder justificar por qué un medicamento está dentro o fuera del POS y POSS a la luz de todos los demás criterios ya señalados. Esta exigencia busca ofrecer claridad, seguridad y transparencia sobre listado de medicamentos de los planes obligatorios de salud, pues, tal como lo expresó en reiteradas ocasiones el representante de IFARMA, hay grandes posibilidades de que el POS y el POSS estén actualizados o no estén tan desactualizados como se piensa. En ese sentido, la carga de argumentación, tal como lo afirmó la representante de DeJUSTICIA, tiene gran importancia en tanto *“puede suceder que efectivamente el POS y el POSS estén actualizados, sin embargo no es claro para todos. Es necesario hacer hincapié en la carga argumentativa que debe materializarse como una forma de estabilizar el sistema”*. Así las cosas, el cumplimiento de este criterio (que permea todo el sistema) permite asegurar que el POS y el POSS se reconstruyan y actualicen integralmente.

Finalmente, la Sala de Seguimiento de la Corte cerró el tema mencionando cómo la carga o exigencia argumentativa que debía cumplir la CRES a la hora de pretender justificar las eventuales diferencias entre los listados de los planes obligatorios de salud y los listados previstos en los demás instrumentos nacionales e internacionales a la luz de todos los demás criterios ya mencionados, se incrementaba si se trataba de medicamentos NO POS y NO POSS. Es decir, cuando la CRES se refiera a aquellos medicamentos que no están incluidos en los planes obligatorios de salud, debería argumentar de manera más amplia y rigurosa por qué dichos medicamentos deben permanecer no incluidos.

Una vez terminada la presentación de los criterios que, a juicio de la Comisión de Expertos, pueden llegar a componer la metodología necesaria para reconstruir y actualizar integralmente un plan obligatorio de salud ideal, pasamos a estudiar el compromiso asumido por la CRES en la Audiencia Pública del 7 de julio del año en curso para estudiar y entender cómo la Corte Constitucional planea modular sus órdenes con el objetivo de establecer exigencias razonables para diciembre de este año.

III. EL GRADO DE CUMPLIMIENTO RAZONABLE RESPECTO A LAS ÓRDENES DECIMOSÉPTIMA (17) Y DECIMOCTAVA (18) DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008 DE ACUERDO CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR DICHA COMISIÓN (CRES) EN LA AUDIENCIA PÚBLICA DEL SIETE (7) DE JULIO DE 2011.

De acuerdo con los compromisos adquiridos por el Gobierno Nacional y la CRES en la Audiencia Pública celebrada el 7 de julio de 2011, ésta debe tener una metodología para actualizar integralmente los planes obligatorios de salud.

En primera instancia, la Comisión de Expertos encontró las siguientes herramientas que podría utilizar la CRES para la realización de la actualización integral del Plan de Beneficios:



1. Sistema de Vigilancia del Sistema de Salud (de ahora en adelante “Sivigila”). 2. Registro Individual de la Prestación del Servicio de Salud (de ahora en adelante “RIPS”).

A. SIVIGILA

Los representantes de DeJusticia, de la Federación Médica Colombiana, de IFARMA y de ASCOFAME, coinciden en la importancia que tiene el Sivigila como medio de información de las enfermedades de notificación obligatoria, a saber, aquellas infectocontagiosas o trasmisibles. Su utilización puede dar luces sobre algunas de las enfermedades que aquejan a los colombianos. Sin embargo, dicho sistema no ayuda a suplir todos los vacíos que deja un perfil epidemiológico desactualizado pues sólo se trata de un porcentaje de las enfermedades presentes en un grupo poblacional. El representante de ASCOFAME advirtió que de usarse este sistema de información habría que mejorar la manera en que se llevan a cabo los registros ya que de no hacerlo, la información obtenida no sería lo suficientemente precisa y veraz toda vez que actualmente existen varios subregistros y problemas de sistematización.

B. RIPS

El representante de ASSOSALUD afirmó que otro criterio importante de información podría ser aquel suministrado por los RIPS puesto que dicho registro individual de enfermedad debe, en teoría, ser diligenciado por todos los médicos (sean estos prestadores de servicios públicos en salud, privados o independientes). En ese sentido, le sugirió a la Corte y la Comisión de Expertos valerse de los registros existentes para obtener un conocimiento pleno sobre cuáles enfermedades están presentes en el país. Sin embargo, algunos miembros de la Comisión resaltaron que, a pesar de ser esta una buena idea, debía matizarse pues no todos los médicos que deberían diligenciar los RIPS lo están haciendo. Es decir, en caso de que la CRES utilice esta herramienta con el ánimo de suplir el vacío que deja un perfil epidemiológico desactualizado, debe hacer hincapié en que la misma debe ser manejada con cuidado y debe ser mejorada.

IV. LOS PROBLEMAS QUE ENFRENTARÁ LA CRES AL MOMENTO DE INTENTAR CUMPLIR LAS ÓRDENES DECIMOSÉPTIMA (17) Y DECIMOCTAVA (18) DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008.

Durante la discusión sobre qué entiende la Sala de Seguimiento de la Corte Constitucional como un cumplimiento ideal de las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18) y durante la discusión sobre cuál es el grado de cumplimiento razonable que dicha Corporación puede exigirle a la CRES para diciembre de este año, aparecieron tres (3) temas problemáticos aparte de aquellos relativos al perfil epidemiológico y los parangones; problemas que ya fueron explicados páginas arriba. Estos son: 1. La existencia de una crisis informática en el registro de recobros al FOSYGA. 2. La ausencia de una política de regulación de precios en el área de medicamentos. 3. La existencia de zonas grises en los listados del POS y del POSS.

A continuación relataremos de manera sucinta lo que se dijo sobre cada uno de los anteriores puntos:

A. CRISIS INFORMÁTICA EN MATERIA DE RECOBROS

Durante la deliberación de los expertos, la existencia de una crisis informática en el sector salud fue un tema de suma importancia. Todas las entidades presentes manifestaron su preocupación al respecto. Dicha crisis fue definida como una deficiencia en el proceso de intercambio de información entre el Ministerio de la Protección Social y las demás entidades estatales, particularmente, la CRES y el FOSYGA. Por un lado, no se conocen todos los registros sobre el número de recobros, su valor, los tipos de medicamentos recobrados, etc. y, por otro lado, hay, según el representante de IFARMA, una disonancia entre lo que aparece en los registros físicos o impresos y lo que aparece en los registros magnéticos.

El representante de la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIA le demostró a la Sala la magnitud del problema. Sostuvo, junto con IFARMA, que al interior del Consorcio FIDUFOSYGA la información magnética no coincidía con la información física. Además de esto, mencionó que durante el último año, aproximadamente tres mil (3000) registros de recobros POS, fueron registrados como si fueran NO POS y que más de dos mil doscientos (2200) fueron aprobados sin ser completamente evaluados. Es tan dramática y nociva la crisis, que el representante de la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA le sugirió a la Corte ordenar la publicación y depuración de esa información. Si esto se logra, la Corte podría utilizar después toda la información como criterio para medir el éxito o fracaso de la eventual actualización y reconstrucción del POS y POSS. Como punto seguido, la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA también enfatizó la necesidad de constatar empíricamente la información existente pues existen, además, dudas sobre su veracidad. Sin embargo, la Comisión de Expertos recordó la dificultad de dicha labor pues la información a depurar y constatar es muy extensa.

B. REGULACIÓN DE PRECIOS

La representante de DeJusticia preguntó a los médicos y a los epidemiólogos presentes si era factible considerar la regulación de precios como una solución al problema de los recobros. Como respuesta a su pregunta, casi todas las entidades respondieron que era un tema bastante difícil de manejar pero que evidentemente la CRES y el Gobierno Nacional deberían considerarlo para aliviar el escalamiento de precios en dicho sector. A juicio de la Comisión de Expertos, los altos índices de recobros de medicamentos podían no ser consecuencia directa de un POS y un POSS desactualizado. Sí podían, en cambio, ser consecuencia de una política flexible en materia de precios pues dicha omisión o complacencia del Estado, en los términos del representante de IFARMA, le permitía a las farmacéuticas jugar con el sistema y tomar provecho perverso de él sacando sus productos del POS y POSS para pasarlos al NO POS y poder beneficiarse de los recobros.

C. ZONAS GRISES

Una de las grandes preocupaciones de todos los expertos presentes fue el tema de las “zonas grises” en los listados del POS y del POSS. En términos prácticos, las “zonas grises” pueden ser definidas como aquellos grupos de medicamentos, servicios y dispositivos que resultan necesarios para facilitar la prestación de otros medicamentos pero que no aparecen explícitamente en las listas de los planes obligatorios de salud. Este es el caso puntual de jeringas, consultas médicas, asistencias psicológicas, gasas, entre otros. Todas las entidades estuvieron de acuerdo en que dichas zonas son un gran problema para el sistema al contribuir a su crisis financiera pues terminan por llevar al recobro cosas que no lo merecen.

Desafortunadamente, este fue un tema que no se alcanzó a debatir durante la segunda reunión, sin embargo, quedó registrado como el primer punto de discusión en la siguiente sesión.



V. EL CUESTIONAMIENTO DEL FUNDAMENTO DE LAS ÓRDENES DECIMOSÉPTIMA (17) Y DECIMOCTAVA (18) DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008.

El representante de IFARMA fue muy contundente a la hora de presentar su reparo hacia el fundamento de las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18). A pesar de aceptar que desde una perspectiva jurídica es importante actualizar y depurar el POS y POSS para delinear el alcance del derecho a la salud, el representante de dicha entidad, tal como lo manifestó en la primera reunión, explicó cómo la Corte Constitucional hizo un mal diagnóstico de las causas del problema del sistema de salud y, por ende, le va a quedar imposible solucionarlo. Para IFARMA, el problema del disparo en los recobros de medicamentos NO-POS no se explica por la desactualización de los planes obligatorios de salud. Bajo su criterio, el POS y POSS están actualizados pues, a pesar de haber sido creados hace más de 50 años, siguen teniendo vigencia pues el perfil epidemiológico de la población colombiana no ha sufrido mayores alteraciones desde ese entonces.

Sin embargo, la representante de DEJUSTICIA, le explicó al representante de IFARMA que las órdenes por él cuestionadas hacían parte de un conglomerado de órdenes y que por ende era obvio que, exclusivamente a través de ellas dos, no se podía pretender solucionar de manera definitiva la crisis del sistema de salud. Igualmente, le aclararon a IFARMA que para la Corte la desactualización sí es un verdadero problema y que no es competencia de la Sala de Seguimiento, ni de la Comisión de Expertos, cuestionar los mandatos de la sentencia T-760 de 2008.

TERCER INFORME DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS

SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES 17Y 18 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008.

I. INTRODUCCIÓN⁴

El presente escrito pretende dar cuenta de las principales discusiones que se dieron a lo largo de la tercera reunión de expertos que se celebró en el marco del seguimiento que hace la Sala de Seguimiento al cumplimiento de las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18) proferidas por la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008. Esta reunión se llevó a cabo el día martes dos (2) de agosto de 2011 a las dos (2) de la tarde en las instalaciones de la Corte. A esta reunión asistieron representantes de **DEJUSTICIA** y de la **UNIVERSIDAD DE LOS ANDES** (de ahora en adelante “**UNIANDES**”), de la **FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA**, de la **ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS DE MEDICINA INTEGRAL** (de ahora en adelante “**ACEMI**”), y del Departamento de Química Farmacéutica de la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional de Colombia (de ahora en adelante “**UNACIONAL**”).

La reunión tuvo dos objetivos. Primero, se quiso seguir avanzando en la graduación del cumplimiento o incumplimiento de la Comisión de Regulación en Salud (de ahora en adelante “**CRES**”).

Segundo, se quiso seguir avanzando en el acompañamiento que la Sala de Seguimiento de la Corte Constitucional pretende hacerle a la **CRES** de aquí a diciembre de este año. Esto con la idea de vigilar la actualización integral de los planes obligatorios de salud **POS** y **POSS**.

Para poder cumplir con lo anterior, la Comisión de Expertos se concentró en analizar y en depurar un conjunto de preguntas que le presentó la Sala de Seguimiento con la idea de esbozar los indicadores de cumplimiento a través de los cuales la Corte, mediante autos, planea evaluar el grado de cumplimiento de la **CRES** en el corto y mediano plazo.

El conjunto de preguntas que la Sala de Seguimiento le presentó a la Comisión de Expertos apunta a la construcción de tres (3) tipos de indicadores: 1. Indicadores de estructura. 2. Indicadores de procedimiento. 3. Indicadores de resultado. Según lo expuso la misma Sala de Seguimiento, los indicadores son “(...)medidas estadísticas utilizadas para sintetizar datos complejos en números o rangos que pueden resultar significativos para tomadores de políticas públicas, las Cortes, y el público en general (...)Un indicador presenta de manera clara las características más importantes que son relevantes para que los tomadores de políticas públicas o las Cortes puedan decidir sobre un asunto concreto”. Ahora recordaremos qué entiende la Sala de Seguimiento por cada tipo de indicador.

Por indicadores de estructura se hace referencia “(...) a instrumentos formales en los que el gobierno nacional o la entidad regulatoria definen objetivos, un marco normativo, una

⁴ Relatoría elaborada por los siguientes auxiliares ad honorem: Andrés López, Nicolás Alonso, Alejandro Moya y María Fernanda Posada.



estrategia, un plan de acción concreto, un cronograma, y unos indicadores de desempeño con el fin de superar los obstáculos que enfrente la materialización de los logros". Estos indicadores tratan, a grandes rasgos, de la creación de una metodología cuyo acatamiento es indispensable para poder emprender acciones exitosas que lleven al cumplimiento material de las órdenes mencionadas. Si hay incumpliendo respecto a estos primeros indicadores, habrá un incumpliendo general e inevitable de todos los demás.

Por indicadores de procedimiento no se hace una referencia a *"un documento o instrumento formal, sino a las acciones concretas realizadas a partir de dicho instrumento por la entidad gubernamental o regulatoria"*. Por estos indicadores se hace referencia a los primeros pasos que la entidad encargada toma una vez tiene claro qué hacer. Sin entrar a considerar los efectos sobre la realidad de dichas acciones, lo que evalúan estos indicadores es, por un lado, la mera toma de acciones y, por el otro, la conexión entre dichas acciones y la metodología que les antecede. Nuevamente, sin el cumplimiento de este grupo de indicadores es imposible hablar de un cumplimiento del grupo siguiente: los indicadores de resultado.

Por indicadores de resultado se entienden aquellos que *"describen los logros, individuales y colectivos, que reflejan el grado de realización de un derecho humano en un determinado contexto"*. Es decir, son aquellos indicadores a partir de los cuales finalmente se van a evaluar los efectos prácticos y tangibles de la metodología y de las acciones emprendidas por la institución encargada de cumplir las órdenes de la Corte Constitucional.

Una vez el conjunto de preguntas le fue entregado a la Comisión de Expertos, esta pasó a leerlo y posteriormente a analizarlo y comentarlo. A continuación resumimos las discusiones más importantes.

Antes de ahondar en las discusiones que se tuvieron respecto a cada grupo de indicadores, expondremos algunas de las discusiones generales que involucran a todos los grupos.

II. DISCUSIONES GENERALES

La primera y más importante de las discusiones sobre los indicadores que podría crear la Sala de Seguimiento de la Corte Constitucional tiene que ver con el origen y el fundamento de los mismos. Los indicadores que van a ser adoptados se nutren de las obligaciones y consideraciones previstas en la ley 100 de 1993, en la ley 1438 de 2011, en la sentencia T-760 de 2008 y en las reuniones que se sostuvieron con el Ministerio de la Protección Social, con el Ministerio de Hacienda, con la CRES y con la Comisión de Expertos. Ante la pregunta de la representante de DEJUSTICIA y de UNIANDES por una eventual adición de nuevas obligaciones, la Sala de Seguimiento argumentó cómo, si bien algunas de las preguntas previstas en el documento entregado parecen no tener origen directo en la Sentencia T-760 de 2008, apuntan a la creación de criterios que se pueden extraer de dicha providencia, de la legislación y de las diversas reuniones que ha sostenido la Corte con las instituciones cercanas al sector salud. Gracias a esto, no son obligaciones nuevas sino, por el contrario, "recalibraciones" de obligaciones preexistentes y previstas en la Sentencia T-760 de 2008.

La segunda discusión que se tuvo en la Comisión de Expertos versó sobre la distinción entre "metodología" e "instrumento". Para la Comisión resultó confuso que la Sala de Seguimiento recomendara la adopción de una metodología y, además, de un instrumento. La sala aclaró que la metodología es el plan de acción y el instrumento, que se denomina de tal manera para poder recopilar un eventual acuerdo de la CRES o una eventual ley, es la ejecución formal de dicho plan de acción. Sin embargo, si bien son dos cosas diferentes,

pueden coincidir. Es posible y aceptable, tal como lo expresó la representante de DEJUSTICIA y de UNIANDES, que la entidad encargada de cumplir las órdenes de la Corte integre en un solo documento la metodología y el instrumento.

Una tercera discusión que se tuvo en la Comisión giró alrededor de porqué se habla de las entidades gubernamentales y regulatorias en lugar de la CRES. A esta pregunta, realizada por ACEMI, la Sala de Seguimiento respondió que es posible que la CRES no sea la única responsable de cumplir las órdenes decimoséptima y decimoctava de la Sentencia T-760 de 2008 pues dicha entidad no trabaja aisladamente y depende de instituciones tales como el Ministerio de la Protección Social. Debe, entonces, dejarse la puerta abierta para que la pregunta pueda ser realizada pensando en, por ejemplo, la gestión del Ministerio de la Protección Social.

Una cuarta discusión, también por iniciativa de ACEMI, giró alrededor de los criterios seleccionados por la Sala de Seguimiento a la hora de buscar evaluar el cumplimiento de las órdenes a través de sus tres (3) tipos de preguntas e indicadores. Si bien es claro que los criterios (como, por ejemplo, el perfil epidemiológico o la lista de medicamentos esenciales de la OMS), al igual que los eventuales indicadores, nacen de la legislación vigente, de la jurisprudencia de la Corte Constitucional y de las diversas reuniones que ha sostenido la Sala de Seguimiento con instituciones cercanas al sector salud, no resulta claro por qué en algunas de las preguntas se incluye un listado más extenso que en otras. La Sala de Seguimiento se percató de este error y reconoce que, siempre y cuando sea pertinente, todos los criterios deben ser exigidos de manera explícita. Aclarado este punto, ACEMI hace una segunda pregunta: ¿por qué no se deja la puerta abierta a la aplicación de otros criterios que, por el momento, no están en la lista de criterios de la Sala de Seguimiento pero que, en un futuro, pueden estar? La sala respondió que dicha solicitud era razonable siempre y cuando los criterios actuales fueran obligatorios y no reemplazables por otros.

III. INDICADORES DE ESTRUCTURA

En un primer momento, se discutió la necesidad de clarificar lo que se entiende por “instrumento unificado”. Esta inquietud la presentó ACEMI. En respuesta a esto, la Sala de Seguimiento señaló que, a través de dicho término, se refiere a la adopción de un único instrumento que encierre toda la metodología y que, por ende, no tenga la necesidad de remitirse a otros. El fundamento de esto se encuentra en la necesidad de evitar la dispersión y abundancia de información que complica la comprensión adecuada del sistema de salud.

Una segunda recomendación, giró alrededor de la necesidad de ampliar las preguntas de metodología, especialmente en la dos (2) y la tres (3), para que no sólo cubran medicamentos. Actualizar el POS teniendo en cuenta únicamente los medicamentos sería un error de grandes magnitudes y por eso mismo, es esencial tener en cuenta los procedimientos y los dispositivos. A juicio de ACEMI, ellos también hacen parte de la actualización y revisión integral. Si bien los acuerdos 003 y 008 de 2008 desarrollaron estos campos con mayor rigurosidad que el campo de medicamentos, todavía pueden hacerse modificaciones y ajustes importantes.

Posterior a la discusión sobre la inclusión de procedimientos y dispositivos médicos, la representante de DEJUSTICIA y de UNIANDES planteó la necesidad de reformular la pregunta que versa sobre el capítulo de participación en la metodología que ha de ser diseñada. A su juicio, es un error exigirle a la comunidad médica pasar por un proceso de agremiación para poder tomar parte en las discusiones sobre cómo actualizar y revisar



integralmente los planes obligatorios de salud. La pregunta, entonces, no debería hacer alusión a las organizaciones médicas sino a la comunidad médica en general.

Un cuarto debate tuvo lugar alrededor de qué término utilizar al hablar de mecanismos de participación: ¿“afiliados” o “usuarios”? Para ACEMI esta distinción es bastante problemática puesto que “afiliados” no es necesariamente un sinónimo de “usuarios.” Una persona puede ser afiliada más no usuaria. Puede estar inscrita al sistema de salud y disponer de él cuando lo necesite pero, también, existe la posibilidad de que nunca lo haga. Los usuarios, por su parte, son afiliados que usan el sistema. Lo que la Sala de Seguimiento pretendió hacer fue permitir una mayor inclusión ya que puede que se dé el caso que haya un usuario no afiliado. Sin embargo, ACEMI le hizo caer en cuenta a la Comisión de Expertos que con el uso del término “usuarios” también se excluye a un grupo importante de personas. Gracias a esto, la comisión toma la decisión de incluir los dos términos.

Para DEJUSTICIA Y UNIANDES, es de suma importancia aclarar en la formulación de la pregunta cuatro (4), que los objetivos de la metodología a corto, mediano y largo plazo, sean medibles, calificables y cuantificables. Para dichas instituciones, muchas veces los objetivos planteados no son verificables empíricamente y esto puede dificultar el cumplimiento gradual de las órdenes impartidas.

Como última recomendación, ACEMI arguyó que no sólo se debe preguntar cuánto cuesta la actualización y la revisión integral de los planes obligatorios de salud, sino que, además, se debe, por un lado, tener en cuenta lo que cuesta crear la metodología y, por el otro, garantizar la apropiación de los recursos necesarios para costear la actualización, revisión integral y creación de dicha metodología.

IV. INDICADORES DE PROCEDIMIENTO

En un segundo momento la mesa de trabajo se dedicó a analizar los indicadores de procedimiento propuestos por la Sala de Seguimiento de la Corte Constitucional. Si bien en total son trece (13), durante la presente sesión se hizo lectura y referencia únicamente a los primeros siete (7).

El indicador tres (3), que versa sobre la comparación con la *Lista Modelo de medicamentos esenciales de la OMS*, fue objeto de crítica por parte de ACEMI pues dicha asociación no entiende por qué se hace énfasis en farmacéuticos.. Las representantes de ACEMI resaltaron la importancia de tener en cuenta otras listas que versen sobre procedimientos e intervenciones médicas. Al no tenerlas a la mano, se comprometieron a buscarlas y presentarlas ante la Corte con la idea de crear nuevos parangones adicionales al de la OMS. (Este estudio fue allegado por ACEMI y reposa en el expediente de la Sala de Seguimiento)

Frente al tema de los recobros, que resulta central en estos indicadores, la Sala de Seguimiento presentó la causa que llevó a tener en cuenta dicho parangón y, seguidamente, evidenció el interrogante al que se enfrenta la Corte: ¿Cuáles son los “proxis” utilizados por la sala para generar una carga argumentativa más sólida sobre las razones que justifican las no inclusiones, inclusiones o exclusiones de servicios médicos? Frente a esto, la Sala acoge lo trabajado y propuesto por la CRES al crear una metodología que tomó el estudio de las 100 moléculas más recobradas, y de ahí tomó 30, después pasó a 12, y por último incluyó en el acuerdo 008 un número de 8 medicamentos.

Frente a dicha exposición se presentaron varias respuestas. Por un lado, el representante de UNACIONAL manifestó su inconformismo en razón de que los recobros no son criterios contenidos en la ley, y por el contrario resultan ser un premio a los recobros. Para una de las representantes de ACEMI, resulta ser un criterio no explícito y que puede terminar

premiando a tecnologías no necesarias y no esenciales. Además, se configura un desequilibrio puesto que no se comparan los 30 medicamentos propuestos con otros procedimientos que podrían ser introducidos y resultar más provechosos. Plantea como ejemplo de ello y como ya lo mencionamos, el uso de parangones de procedimientos e intervenciones médicas no farmacéuticas con fines preventivos. Para la representante de DEJUSTICIA y de UNIANDES, es importante profundizar en la carga argumentativa, pero no por ello desconocer que este indicador puede generar incentivos peligrosos.

Adicionalmente sobre el tema de los recobros, los representantes de la FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA sugirieron que no se tomen en cuenta los 30 medicamentos y servicios médicos más recobrados sino los 100 más recobrados. Esto con la idea de incluir medicamentos que no necesariamente son los más costosos, pero que si son recobrados con bastante frecuencia y que pueden tener gran impacto epidemiológico. Según estos representantes, al contemplar sólo los 30 más recobrados se estaría teniendo en cuenta sólo los biotecnológicos. La representante de ACEMI comparte dicha preocupación; no obstante, advierte sobre la posibilidad de que la CRES no logre realizar dicho ejercicio pues tiene recursos y personal limitado. A su juicio, de nada sirve realizarle exigencias a la CRES que no pueda cumplir. La FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIA respondió que, si bien puede ser más trabajo, no es tanto como parece pues ya que con un solo estudio se pueden cubrir varios medicamentos.

V. INDICADORES DE RESULTADO

Para ACEMI existe la posibilidad de que las preguntas y los indicadores de resultado no den completa razón del cumplimiento material de las órdenes pues existen diversos e importantes factores externos que pueden, eventualmente, anular, aumentar o disminuir los posibles resultados prácticos de las acciones de la CRES. Hay, por ejemplo, muchos eventos ajenos a la CRES que pueden reducir las tasas de mortalidad y morbilidad como, por ejemplo, la construcción de una mejor infraestructura sanitaria. Esto, por ende, haría pensar que las acciones de la CRES fueron exitosas cuando, en la realidad, no lo fueron. La actualización y la revisión integral del POS y del POSS no son las únicas acciones que inciden en el mejoramiento de la salud de los colombianos, pero las preguntas y los indicadores de resultado desconocen esta realidad. Su utilidad según esta experta resulta entonces cuestionable.



CUARTO INFORME DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS

SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES 17 Y 18 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008.

I. INTRODUCCIÓN⁵

El presente escrito pretende dar cuenta de las principales discusiones que se dieron a lo largo de la cuarta reunión de expertos que se celebró en el marco del seguimiento que hace la “Sala de Seguimiento” al cumplimiento de las órdenes decimoséptima (17) y decimoctava (18) proferidas por la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008. Esta reunión se llevó a cabo el día martes dieciséis (16) de agosto de 2011 a las dos (2) de la tarde en las instalaciones de la Corte. A esta reunión asistieron representantes de **DEJUSTICIA** y de la **UNIVERSIDAD DE LOS ANDES** (de ahora en adelante “**UNIANDES**”), de la **ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS DE MEDICINA INTEGRAL** (de ahora en adelante “**ACEMI**”), del **INSTITUTO PARA LA INVESTIGACIÓN DEL MEDICAMENTO EN LOS SISTEMAS DE SALUD** (de ahora en adelante “**IFARMA**”), de la **UNIVERSIDAD JAVERIANA** y de la **ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA**, y de la **ASOCIACIÓN DE PACIENTES VIH, NUEVA EPS y ISS-CSR** (de ahora en adelante “**PACIENTES VIH**”).

La reunión tuvo un objetivo principal: determinar cómo cambió el panorama frente al plan de actualización integral de los planes obligatorios de salud (de ahora en adelante “**POS**”) con los anuncios del Gobierno Nacional sobre la emisión de un nuevo plan de beneficios basado en patologías en el primer semestre de 2012. A partir de las declaraciones del Presidente de la República y del Ministro de la Protección Social la Sala de Seguimiento propuso como tema la posible reformulación del conjunto de parámetros de cumplimiento referidos a la orden de actualización integral del POS. La Sala ha venido trabajando sobre dichos parámetros con el ánimo de construir un auto a través del cual se determine el grado de cumplimiento o incumplimiento de la Comisión de Regulación en Salud (de ahora en adelante **CRES**) respecto de la orden decimoséptima (17) de la Sentencia T-760 de 2008 y al mismo tiempo se fijen los estándares de lo que sería un nivel de cumplimiento alto para una eventual actualización integral del POS a finales de 2011.

Para poder cumplir con lo anterior, la Comisión de Expertos volvió a estudiar el conjunto de parámetros diseñados por la Sala de Seguimiento.

Para efectos prácticos, este informe empezará con unas precisiones conceptuales. Posterior a ello, se relatará la discusión sobre qué hacer a la luz de las recientes declaraciones del Gobierno Nacional. Como tercer y último punto, se anotarán las observaciones puntuales que hicieron los expertos a los parámetros de cumplimientos sobre los que ya venían trabajando en reuniones pasadas.

⁵ Relatoría elaborada por los siguientes auxiliares ad honorem: Andrés López, Nicolás Alonso, Alejandro Moya y María Fernanda Posada.

II. ACLARACIONES CONCEPTUALES:

Para evitar las múltiples interpretaciones que se le pueden dar a los parámetros de estructura, procedimiento y resultado, es necesario hacer una síntesis de las aclaraciones conceptuales que la Sala ha hecho al respecto.

Los indicadores son entendidos como *“(…)medidas estadísticas utilizadas para sintetizar datos complejos en números o rangos que pueden resultar significativos para tomadores de políticas públicas, las Cortes, y el público en general (…)*Un indicador presenta de manera clara las características más importantes que son relevantes para que los tomadores de políticas públicas o las Cortes puedan decidir sobre un asunto concreto”. Los parámetros de cumplimiento son pasos previos a la formulación de indicadores. En vez de ser medidas estadísticas, son preguntas que apuntan a generar datos relevantes. En este sentido, y al igual que los indicadores, se dividen en parámetros de estructura, procedimiento y resultado. Los parámetros de estructura hacen referencia *“(…) a instrumentos formales en los que el gobierno nacional o la entidad regulatoria definen objetivos, un marco normativo, una estrategia, un plan de acción concreto, un cronograma, y unos indicadores de desempeño con el fin de superar los obstáculos que enfrente la materialización de los logros”*. Los parámetros de procedimiento no hacen referencia a *“un documento o instrumento formal, sino a las acciones concretas realizadas a partir de dicho instrumento por la entidad gubernamental o regulatoria”*. Finalmente, los parámetros de resultado son aquellos que *“describen los logros, individuales y colectivos, que reflejan el grado de realización de un derecho humano en un determinado contexto”*. En otras palabras, son los parámetros a través de los cuales se evaluarán los efectos prácticos y tangibles de la metodología y de las acciones emprendidas por la institución encargada de cumplir las órdenes de la Corte.

III. DISCUSIÓN SOBRE EL NUEVO PANORAMA QUE SE GENERA A PARTIR DE LAS DECLARACIONES DEL GOBIERNO NACIONAL.

Se advierte en la reunión cómo a partir de las declaraciones hechas por el Ministro de la Protección Social y por el Presidente de la República se puede inferir que el Gobierno Nacional planea hacer dos cosas: 1. Actualizar integralmente el POS a finales de 2011. 2. Emitir un nuevo plan de beneficios basado en patologías a comienzos de 2012. Esto despertó en la Comisión de Expertos varias dudas.

La primera de estas, versa sobre la vigencia de la actualización integral que se va a efectuar en diciembre de este año, según el Compromiso adquirido por el Gobierno Nacional y la CRES en la Audiencia Pública del 7 de julio de 2011. Si el Gobierno Nacional planea expedir un nuevo plan de beneficios el año que viene, ¿es posible que dicho plan remplace al vigente sin importar si acaba de ser actualizado integralmente (bajo el supuesto de que dicha actualización integral en efecto ocurra)?

Otra de las dudas que surgió fue la siguiente: ¿Planea el Gobierno Nacional actualizar integralmente el POS para después reestructurarlo? Esta posibilidad, como bien lo anotó la representante de UNIANDES y de DEJUSTICIA, configuraría un mayor cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 pues la orden decimosexta (16) contempla la organización de los planes de beneficio.



Sea cual sea el escenario, y tal como afirmamos al comienzo de este informe, la Sala de Seguimiento busca reducir las brechas interpretativas y normativas con el ánimo de salvaguardar la debida prestación del derecho a la salud. Más importante aún, la Comisión de Expertos es enfática en resaltar la importancia de la no regresividad en la prestación del derecho. Para el representante de PACIENTES VIH la redefinición que planea el Gobierno limita en un mayor grado la satisfacción del derecho a la salud pues excluye de manera expresa las patologías que actualmente son cubiertas por el POS (lo que actualmente se excluye son medicamentos, procedimientos y utensilios). A juicio del representante, se debe plantear la preocupación sobre la regresividad del derecho a la salud en el rediseño del plan de beneficios. Por otra parte, el representante de IFARMA advirtió que el proyecto que propuso el Gobierno era un claro retroceso en términos de seguridad social y de distribución del riesgo. Advierte, junto con el representante de PACIENTES VIH y con una de las representantes de ACEMI, que resulta irrazonable pensar un POS como un listado cerrado de patologías desde un punto de vista técnico puesto que es improcedente e inconstitucional no tratar las patologías que estén fuera de dicha lista.

Sin embargo, para otra de las representantes de ACEMI, el POS por patologías es el mismo POS que se tiene actualmente. Lo único que a su juicio varía es la forma de presentarlo. La representante señaló que una nueva presentación del plan de beneficios podría ser más comprensible y manejable para los usuarios y para la comunidad médica.

Ante estas dudas, la Comisión de Expertos consideró que era pertinente aplicar los parámetros que habían sido diseñados en las reuniones anteriores para así guiar la debida reorganización o rediseño del plan de beneficios. Seguidamente, surgieron tres (3) propuestas para cumplir con el anterior objetivo: 1. Aclarar que dichos parámetros le son aplicables tanto a la actualización integral que se piense hacer durante el 2011 como a la reorganización o rediseño del plan de beneficios. 2. Modificar la redacción de aquellos parámetros que son aplicables a la actualización y a la reestructuración para que se entienda que son de obligatorio seguimiento en ambos casos. 3. Crear parámetros exclusivos para la reestructuración o reorganización.

Después de deliberar, la Comisión de Expertos escogió la primera opción: los parámetros de cumplimiento que se presentan en dicho instrumento aplican tanto a la actualización integral como a la reorganización o reestructuración que el Gobierno planea hacer a comienzos de 2012. Dicha equiparación, según el representante de PACIENTES VIH, recalca, además, la obligación del Estado Colombiano de respetar el principio de no regresividad y de no permitir, por ende, la creación de una política pública o instrumento que disminuya el nivel de prestación de un derecho.

No obstante el acuerdo logrado, se dieron otras discusiones sobre la redacción de los parámetros de cumplimiento. La primera de estas versó sobre el término “plan de beneficios”. Las órdenes emitidas por la Corte Constitucional mediante su sentencia T-760 de 2008 utilizan frecuente, más no exclusivamente, el término Plan Obligatorio de Salud (POS) en vez del término plan de beneficios. Sin embargo, el Gobierno Nacional, al declarar su proyecto para el año entrante, habló de plan de beneficios y no de POS. Temiendo la aparición de un argumento mediante el cual alguna entidad reguladora afirme que todas las órdenes sobre el POS le son inaplicables pues ella, después del 2012, trabaja únicamente con el plan de beneficios, los expertos consideran prudente utilizar siempre el término “plan de beneficios” pues es más genérico y cobija el término “Plan Obligatorio de Salud”.

La segunda discusión, también semántica, trató de la utilización del término “plan de beneficios basado en patologías” o simplemente “plan de beneficios”. Si bien la primera opción parece ser más clara al hacer una referencia directa al proyecto del Gobierno

Nacional, la segunda recibió el apoyo de un número mayor de expertos. Por ejemplo, la representante de UNIANDES y de DEJUSTICIA sostuvo que, al no ser extraña la forma expedita y sorpresiva en la que el Gobierno hace y publica acuerdos y proyectos, es mejor utilizar un término amplio que sea aplicable en varios escenarios y que no se restrinja sólo a uno.

Con el ánimo de abrir un tercer debate, se discutió el tema de la priorización entre patologías en el caso en que, efectivamente, se realice la reorganización o reestructuración del plan de beneficios a comienzos de 2012. A esto, el representante de PACIENTES VIH respondió que, a pesar de ser posible, era inconstitucional puesto que se estaría dando mayor importancia a una enfermedad que a otra o mayor peso a un enfermo que a otro. Esto, a su juicio, violentaría el derecho a la igualdad. Una de las representantes de ACEMI sostuvo que en todos los países se hace priorización teniendo en cuenta las patologías (para que el Plan de beneficios responda al perfil epidemiológico); sin embargo este criterio de priorización debe ser tan solo uno de los que define la conformación del plan, pues existen otros criterios para tener en cuenta aspectos como la equidad, la cobertura a grupos minoritarios y también el que las intervenciones salven vidas u otros valores de la sociedad en su conjunto. Para esta experta sí era posible y sí era conveniente la priorización de intervenciones asociadas a patologías, pues había una necesidad apremiante de distribuir eficientemente los pocos recursos económicos con los que cuenta el sistema de salud. Sin embargo, el criterio económico y de eficiencia es tan sólo uno de los que debe aplicarse para la selección de lo que se va a cubrir con recursos públicos. Adicionó que, de hacer uso eficiente de los recursos, podrían cubrirse más intervenciones para las diferentes enfermedades y esto, finalmente, resultaría mejor para los usuarios del sistema.

Finalmente, el último punto debatido es aquel que versa sobre enfermedades huérfanas. El Ministro de la Protección Social, dentro de las citadas declaraciones públicas, sostuvo que en el nuevo plan de beneficios que planean crear serán incluidas todas las patologías menos las enfermedades huérfanas (enfermedades poco frecuentes de las que adolecen menos de cinco habitantes por cada diez mil). Esto, en concepto del representante de IFARMA, resulta ser un grave retroceso en la prestación del derecho a la salud pues cualquier sistema de salud se crea para atender y subsidiar a los enfermos que adolecen de las enfermedades más graves, raras y costosas. A esta opinión se sumó el representante de PACIENTES VIH.

IV. RECOMENDACIONES PUNTUALES QUE SE LE HACEN A LOS PARÁMETROS DE CUMPLIMIENTO

A parte de las recomendaciones generales y semánticas mencionadas, la Comisión de Expertos hizo dos recomendaciones puntuales sobre la redacción de los parámetros de resultado que le propuso la Sala de Seguimiento. La primera de estas recomendaciones fue a la pregunta sobre cómo despejar las zonas grises en los planes obligatorios de salud. Una de las representantes de ACEMI propuso adicionar la expresión “nivel tecnológico cubierto” para que el parámetro quedara redactado así:

¿Se implementó en el instrumento una metodología para eliminar las ambigüedades, lagunas y contradicciones sistémicas (zonas grises) y en especial se aclara de manera explícita e inequívoca el nivel tecnológico cubierto del listado de medicamentos, dispositivos, procedimientos, y demás servicios de salud incluidos en la actualización integral de Plan de Beneficios, fundamentada en un criterio de clasificación científicamente aceptado y garantizando la sostenibilidad financiera del Sistema?

La segunda recomendación fue hecha por el representante de ASCOFAME. El representante afirmó que era vital incluir de forma específica la promoción y prevención en salud en los



indicadores de resultado pertinentes. A su juicio, este tema, a pesar de su importancia, ha quedado por fuera. No resulta, además, alentadora la situación cuando el Gobierno Nacional promueve la creación de un plan de beneficios basado en patologías puesto que dichas patologías tratan únicamente de enfermedades que ya se han apoderado de los pacientes. Esta propuesta tuvo el apoyo de las representantes de ACEMI, quienes a su vez informaron que habían enviado un posible parámetro para medir esto en los indicadores de la corte.



GRUPO DE

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LA
ORDEN 22 DE LA SENTENCIA T-760 DE
2008

RESÚMENES DE RELATORÍAS GRUPO DE EXPERTOS 2⁶

(UNIVERSALIZACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS)

El presente escrito pretende dar cuenta de las principales discusiones que se dieron a lo largo de cuatro reuniones con expertos en el sistema de salud colombiano. Estas reuniones se celebraron en el marco del seguimiento que hace la Corte Constitucional de Colombia a la orden vigésimo segunda (22^a) de la Sentencia T-760 de 2008.

ORDEN VIGÉSIMO SEGUNDA

Para efectos de contextualizar este informe y antes de comenzar con el relato de la deliberación, a continuación se transcribe la orden vigésimo segunda:

***Vigésimo segundo.**- 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.

⁶ Este texto fue realizado por los Auxiliares Judiciales Ad Honorem de la Corte Constitucional de Colombia: Johnattan García Ruiz, Diego Mauricio Olarte Rincón y Hernán Alexander Ramírez Rodríguez

ANTECEDENTES DEL INCUMPLIMIENTO DE LA ORDEN VIGÉSIMO SEGUNDA

La Sala de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, presentó una descripción del incumplimiento formal de la orden, de conformidad a lo que obra en el expediente. Inició señalando que la Orden 22ª, a diferencia de otras órdenes generales, no establece cuándo se debe unificar el POS para mayores de 18 años. Sin embargo, advirtió que la Corte, pese a no poder fijar una fecha para ello, sí le solicitó a las entidades a las cuales va dirigida la orden que le presentaran un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios contributivo y subsidiado. Frente a dicha orden, ha sucedido lo siguiente:

- El Ministerio de la Protección Social presentó un documento el día 30 de enero de 2009 en donde le remitió a la Corte Constitucional el cronograma de unificación de los POS y la metodología para actualizarlo (Cuadro 1). Allí se advierte que, antes de unificar, se debe: 1) consultar con actores y usuarios; 2) alcanzar un Plan Esencial; 3) hacer eficiente la cadena de financiación del sistema; y 4) contrarrestar la elusión y evasión del régimen contributivo. Así mismo, se advirtió que ese Plan Esencial se alcanzaría posiblemente en el segundo semestre de 2012, fecha que estaría sujeta a los recursos disponibles.
- Referente a este documento, la Corte Constitucional expidió el Auto del 13 de julio de 2009 mediante el cual “no accede a solicitud de certificación del Ministerio de la Protección Social, en cuanto al cumplimiento de las órdenes impartidas”. Respecto a la orden 22ª, el citado Auto ordena en el numeral 4.7.:

PRIMERO. Por Secretaría General, SOLICITAR a la Comisión de Regulación en Salud o, en caso de que ésta no se encuentre integrada, al Consejo de Seguridad Social en Salud que, en el término de cinco (05) días, allegue 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, conforme a las especificaciones consignadas en la orden 22 de la sentencia T-760 de 2008 y teniendo en cuenta el informe del 30 de enero y la proximidad del informe semestral de avance consignado en dicha orden.

SEGUNDO. A través de la Secretaría General de esta Corporación, SOLICITAR a la Comisión de Regulación en Salud o, en caso de que ésta no se encuentre integrada, al Consejo de Seguridad Social en Salud que, en el término de cinco (05) días, precise cuáles fueron o son 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 número 22.

- El Ministerio de la Protección Social pretendió dar respuesta al nombrado Auto el día 31 de julio de 2009, al transcribir el cuadro de “Fases para la actualización y unificación del POS esencial” (Cuadro 1.), presentándolo en el documento del día 30 de enero de 2009, en forma de listado. Adicional a la transcripción, en dicho escrito se observa que el Ministerio afirma que se tiene garantizada la participación ciudadana en el proceso de unificación, para lo cual se han llevado a cabo jornadas de intercambio internacional y cuyos resultados se encuentran en la página web”. Sin embargo, cuando la Corte revisa dicha página, encuentra que los documentos allí publicados obedecen a publicaciones en idiomas distintos al español, lo que impedía que los



usuarios del Sistema de Salud que solo hablasen español tuvieran acceso real a dicha documentación.

- El día 31 de julio de 2009, la Comisión de Regulación en Salud -CRES- presentó el primer informe semestral de avance en el cumplimiento del programa y del cronograma, donde reiteró el cronograma presentado por el Ministerio. En su informe señaló que, debido a la reciente creación de la entidad, aún no se podían pronunciar sobre las metas y los avances estipulados en el cronograma.
- Con fecha al 22 de febrero de 2010, la CRES presentó el segundo informe de avance de cumplimiento, en el cual transcribió el informe presentado por el Ministerio. Así mismo, explicó en qué estado se encuentra cada una de las fases descritas en el cronograma.
- El pronunciamiento que hizo la Corte al respecto de este Segundo informe fue que, de las fases descritas en el programa y cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios, la CRES desarrolla exclusivamente las fases necesarias para actualizar el POS, mientras que la única etapa referente a unificación es la penúltima etapa denominada “Prueba Piloto del Plan Esencial”, la cual se está desarrollando en este momento en Barranquilla y Cartagena⁷.
- En el mismo informe de la CRES, cuando se habla de la igualación en cuanto a la cobertura geográfica y del desarrollo de la instancia de revisión y resolución de conflictos, se afirma no tener conocimiento al respecto, dado que “es el Ministerio de la Protección Social el que está adelantado esa tarea”. Entonces, se encuentra que aunque son el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Hacienda las cabezas de la CRES, éstas están trabajando por separado.
- Finalmente, la CRES, en la intervención que presentara por escrito en la audiencia pública en la Corte Constitucional el día 7 de julio de 2011, afirma que el programa y cronograma que se ha venido desarrollando fue el mismo presentado por el Ministerio, pero que si la Corte requiere que se le hagan cambios, ellos los realizan.

FASES PARA LA ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACION DEL POS ESENCIAL	2008		2009		2010		2011		2012	
	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 1	Sem. 2	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.

CRONOGRAMA PROPUESTO POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD - CRES

⁷Debe anotarse que en el segundo informe de la CRES se observa que, de acuerdo a lo establecido en el cronograma, la unificación sería alcanzada en el segundo semestre del 2012, mientras que la definición del Plan Esencial se llevará a cabo hasta el 2014. Es decir, se habrá alcanzado la unificación de los POS en el 2012, sin haberse definido su contenido.

PRIMER INFORME DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS 2

SEGUIMIENTO A LA ORDEN 22 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

Esta reunión se llevó a cabo el día martes doce (12) de julio de 2011 a las dos (2) de la tarde en las instalaciones de la Corte Constitucional. Participaron de esta reunión los representantes de la Academia Nacional de Medicina; de la Universidad Javeriana; de la Universidad Nacional de Colombia; de ASCOFAME y de Viva la Ciudadanía.

LOS OBJETIVOS DE LA REUNIÓN FUERON LOS SIGUIENTES:

- Deliberar sobre la utilización de indicadores para determinar el grado de incumplimiento⁸ de la orden vigésimo segunda (22) y,
- Discutir sobre la generación de indicadores para establecer los parámetros que podrían calificar el grado de incumplimiento de la orden vigésimo segunda.
- Para alcanzar dicho fin, la Sala de Seguimiento propuso como orden del día:
- Presentación de las características generales del proceso de seguimiento de la sentencia T-760 de 2008;
- Presentación del proceso de diseño de indicadores para evaluar el grado de cumplimiento de las órdenes de la sentencia T-760 de 2008;
- Discusión sobre la utilización de indicadores para determinar el grado de incumplimiento de la orden vigésimo segunda (22); y,
- Deliberación sobre el grado de cumplimiento alto de la orden que en principio se le debería exigir a la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

La reunión entonces se desarrolló presentando los antecedentes del incumplimiento formal que se ha dado a la orden vigésimo segunda (22); se realizó una presentación del proceso de diseño de indicadores; y finalmente, se deliberó en torno a las siguientes preguntas:

¿Se pueden utilizar indicadores para medir el grado de incumplimiento de la orden vigésimo segunda?

¿Qué sería un cumplimiento alto de la orden 22 dentro de un tiempo razonable?

¿Para cuándo puede esperar la Corte que se dé un cumplimiento de la orden 22?

I. DISCUSIÓN SOBRE EL INCUMPLIMIENTO DE LA ORDEN VIGÉSIMO SEGUNDA

La Sala de Seguimiento abrió la discusión sobre cómo determinar el grado de incumplimiento de la orden planteando las siguientes preguntas a los expertos:

- ¿Qué explica el incumplimiento de la orden 22^a?
- ¿Cómo pensar el incumplimiento de la orden 22^a en términos de indicadores?
- ¿Cuál es el grado de incumplimiento de la orden?

Al respecto de las anteriores, la Academia Nacional de Medicina considera que el incumplimiento se debe a la falta de claridad en los datos sobre la población y el perfil

⁸ Ver en la próxima página el porqué de la utilización del término incumplimiento, respecto a la orden vigésimo segunda.



epidemiológico de los usuarios que el Ministerio de la Protección Social está utilizando, ya que, si bien es cierto que se hizo la Encuesta Nacional de Salud, el acceso a los datos obtenidos ha sido restringido, pues no ha sido público. Por ello, lo que explicaría el incumplimiento total de la orden 22 es la falta de claridad de la población y la definición del perfil epidemiológico. Para la Academia Nacional de Medicina, el hecho que los datos no sean claros es responsabilidad del Ministerio de la Protección Social y advierte que dichos datos son indispensables para realizar la unificación del POS.

Por su parte, el representante de la Universidad Javeriana afirma que la respuesta del incumplimiento puede estar en factores diferentes al mismo desempeño de la CRES. Además señala que el Gobierno no fue muy claro en la Ley 1438 de 2011, ya que no es posible determinar si su meta como política en la Ley era la universalización y la unificación. En dicha Ley se cree que los problemas centrales del sistema son el No POS, y para hacerle frente a esto, se realizó un intercambio de fuentes de financiamiento en la Ley 1438 para darle viabilidad al régimen contributivo.

Afirma igualmente que la Sentencia, cuando habla de los organismos de dirección y de coordinación, no contempló la estructura del sistema específicamente, dejando de lado los ámbitos de comportamiento que les corresponde a los municipios y a los departamentos. Por ende, se tiene que el problema central es que el Gobierno no tiene capacidad de concertación en los departamentos. Por lo tanto, la Ley 1438 terminó generando una capacidad de asignación de los recursos incrementales distinta a la unificación y, por ende, mientras no se toque el ámbito de la Ley 715 de 2001, seguirán existiendo unas barreras que le permiten a los departamentos asignar los recursos -vía contratación directa con los hospitales y no vía unificación de los beneficios.

Por su parte, el representante de la Universidad Nacional de Colombia recordó que el objetivo de la Corte con las órdenes de la sentencia T-760 de 2008 fue garantizarle el derecho a la salud a toda la población colombiana. Por ello, considera que el cumplimiento de la orden 22ª (unificación) no será lograda mientras persista un incumplimiento de la orden 17ª (actualización integral), dado que de nada serviría un POS unificado, si persisten problemas en su contenido. El representante de la Universidad Nacional de Colombia propuso entonces, que para observar el incumplimiento de la orden 22ª se necesitan dos cosas: (i) tener claro qué se va a utilizar para hacer la medición del incumplimiento; y (ii) tener en cuenta qué quería la sentencia con esta orden (22ª), es decir, cuál fue el parámetro que la sentencia estableció de lo que sería un cumplimiento alto de la orden.

Sostuvo que para valorar el incumplimiento del gobierno en estos momentos, es importante considerar los elementos de juicio que presentó el gobierno en la audiencia pública, donde señaló que no era posible unificar sin recursos. Para él, una vez esté definido el presupuesto para la unificación se podrá determinar el contenido del plan de beneficios.⁹

⁹ En la Audiencia Pública, a propósito de los recursos, el Ministerio de Hacienda mostró el plan con que se espera la obtención de los mismos. Por una parte, en relación con el régimen contributivo, el Ministerio constató que existe un déficit de 1,5 billones de pesos originado por el gasto excesivo de los contribuyentes del NO POS. Para solucionar dicho problema, planea llevar a cabo una estrategia consistente en dos cosas: (i) reducir el gasto del NO POS (haciendo entre otros, la actualización del POS, haciendo una lista explícita de EXCLUSIONES -que no conformarían ni siquiera la lista NO POS-, estimando unos valores máximos de recobros de medicamentos ante el FOSYGA), y a su vez (ii) emplear una parte de los 1,5 puntos porcentuales de las cotizaciones que se destinan al fondo de solidaridad, para así lograr hacer auto-sostenible el régimen contributivo. Por otro lado, en relación con el régimen subsidiado, haciendo hincapié en que su objetivo es cumplir con la orden de unificación de los POS dictada por la Corte, el Ministerio esbozó el plan con el que primero va a hacer sostenible el régimen subsidiado. Al respecto señaló las 3 líneas de trabajo para lograrlo: (i) destinar más recursos del presupuesto nacional, de los entes territoriales y de las Cajas Nacionales de Compensación; (ii) la creación del Sistema Único Nacional de Identificación y Rastreo, el cual busca detener la evasión y elusión de impuestos territoriales; y (iii) reorientar el 10% de los recursos nacionales que se destinan anualmente al régimen subsidiado directamente a las IPS, con el fin de evitar demoras en el flujo ordinario de los recursos, esto es, el curso que se da, en secuencia, de los recursos nacionales a los entes territoriales, luego a las EPS y finalmente a las IPS.

Adicionalmente, comenta que la CRES no ha podido evaluar la prueba piloto para saber la suficiencia de la UPC porque no tienen información indispensable para verificar si hay problemas o no. Frente a ello, la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia de Salud siguen informando de la existencia de problemas.

Finalmente, el representante de la Universidad Nacional de Colombia calificó de incumplimiento total la actualización integral del plan de beneficios, ya que esa actualización se ha venido dando (después del fallo de la Corte) según los avances tecnológicos en salud, y no, como lo ordenó el Alto Tribunal, en términos epidemiológicos de la población.

II. SOBRE EL CONTENIDO DEL PLAN QUE CUMPLA CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA SENTENCIA T- 760 DE 2008

Frente a este punto, la Sala de Seguimiento partió de la tesis –compartida por los expertos– que efectivamente existe un incumplimiento de la obligación de medio¹⁰ presente en la orden 22, referente a la unificación de los POS de adultos. Partiendo de este escenario, planteó sobre la mesa de expertos la siguiente pregunta: ¿Cuáles deberían ser las características de un plan que satisfaga los estándares de la orden 22 que fijó la Corte en la sentencia T-760?

Para responder la pregunta, el representante de la Universidad Javeriana señaló que la progresividad con la que esta obligación de medio debe ser ejecutada debe tener en cuenta cómo avanzar en la unificación, sin que esto implique que se profundice la desigualdad para algunos sectores de la población. De esta forma, la progresividad debe ser entendida como aquellas medidas que asumen criterios de razonabilidad aceptables para incluir a unas personas inicialmente en el plan de unificación y excluir a otras temporalmente.

En ese mismo sentido, el representante de ASCOFAME agregó que el plan para la unificación debería contemplar dos aspectos. Por una parte está el “cómo voy a progresar”, que implica un punto de vista económico referente a la distribución de recursos; y por la otra el “cómo voy a mitigar a los que no voy a incluir en la unificación inicialmente”, en el que se hacen necesarios panoramas éticos que permitan evaluar socialmente dicha vulnerabilidad de los excluidos en un primer término.

A su vez, el representante de la Universidad Nacional de Colombia indicó que el plan de unificación debe exigir: i. La valoración de las experiencias piloto de Cartagena y Barranquilla, con criterios que permitan observar si se han reducido las desigualdades por capacidad de pago de los pacientes de los regímenes contributivo y subsidiado. Frente a dicho fin, indicó que se deben tener indicadores de accesibilidad, oportunidad y calidad (que implica a su vez valoración de resultado) que deberían ser iguales para los dos regímenes; ii. Los mismos indicadores de accesibilidad, oportunidad y calidad para valorar el cumplimiento material del plan de beneficios unificado de menores de 18 años que ya debería estar en ejecución; y iii. Desde la perspectiva de progresividad, debe establecerse una relación clara entre la progresividad poblacional y los recursos disponibles sin que esto afecte a otras poblaciones. El representante de la Universidad Javeriana anota frente a lo anterior, que también deben tenerse en cuenta los ámbitos de responsabilidad tienen los departamentos.

Adicional a lo anterior, indicó que es importante tener claros los valores de las UPC del régimen contributivo y subsidiado. Es decir, se debe recalibrar la UPC, y ello debería hacerse

¹⁰ Al ser una obligación de medio, la unificación ha de generarse progresivamente.



explícito en el plan de unificación. Para eso, deben tenerse en cuenta los resultados que arrojen los planes pilotos adelantados en Barranquilla y Cartagena, pues esta experiencia debería indicar cómo se necesita re calibrar la UPC.

Igualmente, planteó como criterios de una unificación bien hecha: 1. la integralidad, en el entendido de que, en el caso que se requiera transferencia de un nivel tecnológico a otro, el sistema debe poder hacer que los recursos estén disponibles, lo que haría parte de los criterios de calidad; y 2. La equidad territorial, es decir, que no se puede tener regiones descuidadas.

III. ¿CUÁL DEBE SER LA FECHA LÍMITE PARA EXIGIR DICHO PLAN DE UNIFICACIÓN?

La conclusión a la que llegaron los expertos fue que un plan de unificación más específico que contenga tanto la valoración de los planes piloto de Barranquilla y Cartagena, al igual que la valoración de los planes ya unificados de menores de 18 años, y el ámbito de responsabilidad de los entes territoriales debería serle entregada a la Corte, como fecha límite, en diciembre de 2011.

Adicionalmente, se indicó que es importante que se generen órdenes gemelas mediante las cuales se dé una orden concreta a la CRES, por ejemplo, referida a que haga público qué procedimiento está adelantando para que en diciembre muestre un resultado respecto a la unificación, y, paralelamente, se ordene al Ministerio a que realice un seguimiento de las metas y el cumplimiento a la CRES, para que informe a la Corte Constitucional.

IV. CONCLUSIONES

Encontramos que el Gobierno ha presentado algunos documentos encaminados a dar un cumplimiento de la orden vigésimo segunda. Sin embargo, no se ha cumplido materialmente con la orden. Lo anterior, explican los expertos, corresponde a razones como: el diseño normativo, la falta de claridad en los datos de población y epidemiológicos, la falta de voluntad política para que el gobierno nacional se comprometa mediante un plan, la poca claridad normativa sobre los recursos y sus usos, así como la ausencia de capacidad de articulación entre el Gobierno Nacional con los departamentos y municipios. Ya que el plan que presentó el Ministerio de Protección Social (plan que fue reiterado en los informes de la CRES) presenta en sus primeras etapas elementos directamente relacionados con la actualización del plan de beneficios, podremos concluir que, dados los problemas anteriormente mencionados afines con la calidad de la actualización, la orden vigésimo segunda presenta igualmente un incumplimiento material.

Por otra parte, indicaron que el plan que deberá presentar el Gobierno para cumplir con la orden de medio, puede ser exigido para diciembre de 2011. Dicho plan deberá contener, en el sentido que se expone en la relatoría, los siguientes elementos: i). La valoración de las experiencias piloto de Cartagena y Barranquilla; ii). Para el caso de la unificación de los planes de menores de 18 años, unos indicadores que permitan valorar el cumplimiento material; iii). Una relación clara entre la progresividad poblacional y los recursos disponibles; iv). Especificar el cálculo de la UPC del régimen contributivo y subsidiado; v. Definición de criterios de integralidad; y finalmente, vi. Criterios de equidad territorial. Por último, se resalta la iniciativa de impartir órdenes gemelas a las distintas entidades encargadas del cumplimiento de la orden dentro del ámbito de sus competencias, con el objeto de poder hacer un seguimiento al cumplimiento del Plan.

SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS 2.

SEGUIMIENTO A LA ORDEN 22 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

Esta reunión se llevó a cabo el día martes veintiséis (26) de julio de 2011 a las dos (2) de la tarde, en las instalaciones de la Corte Constitucional. Participaron de la reunión los representantes de la Academia Nacional de Medicina; de la Universidad Nacional de Colombia; de Viva la Ciudadanía y del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional.

El objetivo principal de esta reunión fue consultar con los expertos el modo en el cual la Corte Constitucional puede evaluar el incumplimiento de la orden vigésima segunda, a partir del trabajo realizado por la Sala de Seguimiento respecto a la construcción de los indicadores de cumplimiento de la orden decimoséptima. La Sala de Seguimiento planteó que su objetivo es conocer si es posible realizar algo similar al proceso adelantado con la orden 17ª, respecto del formato y los tipos de indicadores que pretende utilizar la Corte.

Para cumplir con el objetivo dispuesto anteriormente, la reunión se desarrolló de la siguiente manera:

- Presentación de la discusión en la reunión anterior.
- Exposición del diseño de indicadores de cumplimiento de la orden 17ª.
- Discusión entre los expertos.

I. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO

Los indicadores de cumplimiento a los que se refiere este documento, son herramientas cualitativas y cuantitativas que llevarán a la Corte Constitucional a determinar el grado de cumplimiento de cada una de las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008. Mediante estos indicadores la Corte puede realizar un seguimiento riguroso y disciplinado del cumplimiento de las órdenes que tienen a cargo las diferentes entidades.

Para lograr una óptima evaluación y un análisis riguroso, la Corte se ha apoyado en un grupo de expertos en temas relacionados con las diferentes órdenes de la T-760 de 2008, para que, mediante sus intervenciones y aportes, se estructuren Autos que a partir de indicadores permitan evaluar tanto el desempeño de los responsables del cumplimiento de las órdenes, como desarrollar los parámetros de exigibilidad que puede establecer la Corte Constitucional para declarar un cumplimiento alto de las diferentes órdenes. Junto a esto, la Corte retoma el acervo probatorio del expediente desde el año 2008, en donde resalta cuál ha sido la interacción entre la Corte, la CRES y el Ministerio de la Protección Social (los informes entregados por la CRES y el Ministerio de la Protección Social, y los pronunciamientos de la Corte sobre estos, incluyendo de igual manera lo indicado por las entidades responsables del cumplimiento de las órdenes en la Audiencia Pública del 7 de julio del presente año).



CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES

La Corte pretende responder a estos problemas jurídicos con base en el conjunto de indicadores desarrollados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y las Naciones Unidas. Están clasificados de la siguiente manera:

Los indicadores de estructura hacen referencia a los instrumentos formales en los que el Gobierno Nacional o la entidad regulativa definen objetivos, un marco normativo, una estrategia, un plan de acción concreto, un cronograma y unos indicadores de desempeño, con objeto de superar los obstáculos que enfrente la materialización de los objetivos. Al ser indicativa la voluntad del Gobierno de ocuparse del tema en cuestión, el instrumento puede ofrecer además los parámetros para que el gobierno rinda cuentas de sus acciones u omisiones con respecto al cumplimiento de los objetivos.

Los indicadores de procedimiento por su parte, reflejan una relación o cadena de causalidad entre los instrumentos de política pública adoptados por el Estado, esto es, los indicadores de estructura, y la ejecución de los objetivos intermedios que, acumulados, se convierten en indicadores de resultado, los cuales a su vez están asociados con la materialización del derecho a la salud. En este sentido, los indicadores de proceso deben hacer explícita la relación o cadena de causalidad entre los indicadores de estructura y los de resultado.

Por último, los indicadores de resultado describen los logros individuales y colectivos que reflejan el grado de realización de un derecho humano en un determinado contexto. Un indicador de resultados puede ser un indicador lento, menos sensible a las variaciones transitorias que un indicador de proceso.

Sin embargo, no basta con que cada conjunto de indicadores arroje un resultado positivo de manera independiente, sino que es necesario que exista una cadena de causalidad clara entre los tres tipos de indicadores.

II. GRADOS DE CUMPLIMIENTO

Una vez construidos los indicadores, la Corte Constitucional podrá generar grados de cumplimiento a partir del estudio riguroso y técnico realizado en los pasos anteriores.

La Sala de Seguimiento ha propuesto los siguientes niveles de cumplimiento:

Alto: Grado de cumplimiento que supone que los indicadores de estructura y de procedimiento arrojan resultados positivos en los que es razonable que la implementación de las políticas conduce a la materialización de los resultados. Muestra una relación clara entre indicadores de procedimiento, proceso y resultados.

Medio: Se obtiene este grado si los indicadores de estructura y de procedimiento arrojan resultados aceptables. Ante un grado de cumplimiento medio es razonable dudar que la implementación del instrumento formal conduzca a la materialización de los objetivos fijados. La cadena de causalidad es medianamente clara entre indicadores de proceso y resultado.

Bajo: Este grado se establece cuando los indicadores de estructura y de procedimiento arrojan resultados deficientes. Frente a éste se genera una fuerte duda de que la implementación del instrumento formal conduzca a la materialización de los objetivos fijados.

Incumplimiento: Hay un rompimiento de la cadena lógica entre los tres tipos de indicadores, por lo que se declara el incumplimiento general de la orden.

III. INCLUSIÓN DE LA POBLACIÓN VULNERABLE EN LA ACTUALIZACIÓN DEL POS

Algunos expertos ven con preocupación el hecho de que la actualización anual del Plan Obligatorio de Salud (POS) sea realizada atendiendo al criterio de las enfermedades prevalentes. Aunque consideran válida esa opción para la actualización, no conciben el hecho que el plan sólo contenga las enfermedades que responden al perfil epidemiológico “general”, ya que sería una grave discriminación y convertiría el sistema de salud en un sistema de exclusión de las minorías. Lo anterior sería una contradicción con el derecho a la salud de las personas que adolecen enfermedades no prevalentes.

El representante de del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional anota frente al derecho a la salud que en Colombia normas inferiores prevalecen sobre las constitucionales. Al respecto explica que el Decreto 1938 de 2004 y el Acuerdo 008 de 2009 fueron encaminados a excluir medicamentos que estaban ya incluidos en el POS, lo que evidencia como normas de menor jerarquía violan el derecho a la salud.

Frente a los llamados de algunos expertos de integrar las enfermedades no-prevalentes al Plan Obligatorio de Salud, la Sala de Seguimiento advierte que este tipo de mandatos les corresponden a los diseñadores y ejecutores de las políticas públicas. Por tal razón, sostiene que esta potestad no la puede sustituir el Alto Tribunal Constitucional. Sin embargo, en la medida en que la Corte Constitucional diseña mecanismos de evaluación de la política pública (tal como los que se están realizando para el seguimiento del cumplimiento de la Sentencia T-760/08 a través de una matriz de indicadores de cumplimiento /incumplimiento), puede indicar al ejecutor de la misma qué condiciones debe contener ésta, con el fin de obtener un cumplimiento alto de la orden.

IV. DISCUSIÓN RESPECTO A LOS INDICADORES

La pregunta que propuso la Sala de Seguimiento fue la siguiente: ¿Es posible diseñar una batería de preguntas a las entidades encargadas de ejecutar la orden 22ª, las cuales sirvan más adelante como indicadores para evaluar el grado de cumplimiento o incumplimiento de esta orden?

El representante de la Universidad Nacional de Colombia afirma que la orden 22ª tiene varios componentes a la hora de evaluar los indicadores. Considera que es a partir del reconocimiento de las desigualdades en el acceso requerido que deben ser construidos los indicadores de cumplimiento. Sostiene que hay que analizar la cadena causal de los indicadores, y que con ésta, existe un criterio de necesidad al momento de realizar un cronograma de actualización gradual y sostenible, que se refiera a las prioridades sobre lo que no puede quedar por fuera del Plan. Complicaciones que parecen simples como las que ocurren en salud oral tienen impactos en la calidad de vida de los individuos; por lo tanto, es necesario exigir un plan con elementos rigurosos y con estudios suficientes encaminados al goce efectivo del derecho a la salud.

Respecto a la sostenibilidad financiera, el plan de unificación debe estar acorde a la estrategia que presentó el Ministerio de Hacienda en la Audiencia Pública y debe responder a preguntas del tipo: ¿Qué recursos se destinan a la unificación? ¿Qué procesos se están



llevando a cabo en términos de regímenes (contributivo y subsidiado)? ¿Qué UPC se utilizará y cómo será su justificación? Luego, existen unos elementos también igual de importantes respecto a cómo se puede medir.

El representante de la Academia Nacional de Medicina afirma que respecto a la orden vigésimo segunda se busca alcanzar la universalidad a partir de la unificación gradual y así generar un esquema de equidad. Sin embargo hay un tema de fondo que debe ser entendido como fundamental al momento de desarrollar el proceso de la unificación: la sostenibilidad. Desde la Ley 100 de 1993 estaba planteada la universalización, pero el problema financiero y la organización de los recursos se han convertido en una barrera. La acción de tutela permite evidenciar que muchas de las solicitudes para acceder a servicios y atención en salud eran servicios incluidos POS. Lo anterior evidencia que existe un problema institucional y del sistema que permite, incluso, la corrupción. Finalmente asevera que si se habla de unificar el POS gradualmente, el instrumento existe, pero se ha aplazado debido a la falta de recursos. Es así que una metodología para el análisis de resultados es importante.

V. CONCLUSIONES

Producto de la segunda reunión de los expertos con la Sala de seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, se llegó a la conclusión que la mejor forma de hacer una evaluación, con un criterio de razonabilidad, del grado de cumplimiento de la orden vigésimo segunda, por parte de las entidades a quienes les fue asignada la orden, es a través de baterías de preguntas construidas para los tres indicadores (estructura, procedimiento y resultado) por separado, pero que, vistas en su conjunto, deben mantener una cadena de causalidad que las conecte armónicamente.

De esta forma, se fijó para la próxima sesión revisar el borrador de preguntas del indicador estructura que va a diseñar la Corte, con el fin de que los expertos puedan abonar su experticia al trabajo de la Alta Corporación y se dé por bien lograda la bandeja de preguntas del indicador estructura.

TERCER INFORME DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS 2.

SEGUIMIENTO A LA ORDEN 22 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

El presente escrito pretende dar cuenta de las principales discusiones que se dieron a lo largo de la tercera reunión de expertos que se celebró en el marco del seguimiento que hace la Corte Constitucional de Colombia a la orden vigésimo segunda (22ª) de la Sentencia T-760 de 2008. Esta reunión se llevó a cabo el día martes nueve (09) de agosto de 2011 a las dos (2) de la tarde, en las instalaciones de la Corte Constitucional. Participaron de la reunión los representantes de la Academia Nacional de Medicina; de la Universidad Nacional de Colombia; de Viva la Ciudadanía; del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional; de la Universidad de los Andes; de Centros de Control y Prevención de Enfermedades y de la Federación Médica Colombiana.

La tercera reunión con los expertos tuvo como objetivo principal dar a conocer el borrador de indicadores de ESTRUCTURA, PROCEDIMIENTO Y RESULTADO que diseñó la sala para la evaluación del cumplimiento de la orden 22, para luego debatir las sugerencias que pudieran surgir frente a cada una de las preguntas formuladas.

Las preguntas que finalmente sean aprobadas por los expertos harán parte del Auto de seguimiento que expedirá la Corte Constitucional en las próximas semanas relativo al grado de cumplimiento de la orden 22 (Unificación).

I. INDICADORES DE ESTRUCTURA

En esta sesión el grupo solo alcanzó a analizar las propuestas de los de indicadores estructura.

A continuación se muestran los consensos sobre las preguntas a los que llegaron tanto los expertos, como la Sala de Seguimiento:

- ¿Existe un instrumento (Acuerdo de la Comisión de Regulación en Salud u otra regulación) presentado dentro de los plazos fijados por la entidad, con el cual se hayan unificado los planes de beneficios para los mayores de edad, basado en una metodología unificada (programa) establecida previamente y allegada en el término indicado por esta Corporación?
- Para la formulación de la metodología unificada (programa), ¿se tuvieron en cuenta las prioridades de la población según estudios epidemiológicos y socio demográficos?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) prevé la forma de identificar y eliminar las barreras para el acceso a los servicios de salud requeridos por parte de la población, atendiendo a criterios de accesibilidad geográficos, económicos, culturales, sociales, entre otros?



- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) propende por garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad según necesidades de salud?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) prevé la definición de mecanismos para facilitar el gasto en los servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas sin que se obstaculice el acceso a los servicios de salud requeridos?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) establece medidas para fortalecer la cotización al sistema y evitar la evasión y elusión?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) prevé la adopción de medidas transitorias para garantizar que, mientras se obtiene la unificación de los planes de beneficios, exista una transición ágil entre los regímenes por cambios en situaciones socioeconómicas de los usuarios?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) prevé la adopción de medidas necesarias para garantizar la prestación de los servicios del plan de beneficios unificado a los usuarios cuando éstos cambien su condición de contribuyentes a subsidiados?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) contiene objetivos **medibles** de corto, mediano y largo plazo?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) contiene las acciones para lograr dichos objetivos medibles, basadas en fuentes claras y confiables?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) contiene un cronograma para el cumplimiento de tales objetivos medibles, en el cual se identifiquen no sólo los plazos sino acciones concretas y responsables?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) contiene criterios de desempeño, con su respectivo soporte técnico verificable, para evaluar el cumplimiento de los objetivos medibles?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) define claramente las funciones y responsabilidades de las diferentes entidades gubernamentales y regulatorias para cumplir con el programa y cronograma tendientes a obtener la unificación de los planes de beneficios?
- ¿En la metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) existe una estimación del presupuesto requerido para su aplicación?
- ¿En la metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) existe una estimación del presupuesto necesario para financiar los servicios incluidos en el POS unificado?
- ¿Se cuenta con una metodología de participación directa y efectiva en el proceso de unificación del POS de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad

Social en Salud, la comunidad médica, las organizaciones de profesionales de la salud, los usuarios y las sociedades científicas?

- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) cuenta con actividades tendientes a asegurar la sostenibilidad financiera de la unificación de los planes de beneficios?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) contempla las medidas necesarias para obtener recursos adicionales suficientes para que la unificación del POS sea económicamente sostenible?
- ¿La metodología en que se basó el instrumento (programa) asegura la igualdad de recursos para la prestación del POS unificado a todas las personas, sin distinción de su condición de contribuyente o subsidiado?

II. CONCLUSIONES

La comisión 2 de la Sala de Seguimiento de la Corte Constitucional a la Sentencia T-760 de 2008 comenzó a hacer la evaluación de las preguntas concernientes al indicador de estructura. La bandeja de preguntas a la que, por consenso, lleguen tanto los expertos como la Corte Constitucional, harán parte del Auto de seguimiento que hace la Corte de la orden 22. Sin embargo, terminada la sesión tres, todavía hace falta concretar algunos puntos de las preguntas del indicador estructura, y además, afrontar el estudio de las preguntas relativas a los indicadores procedimiento y resultado, para dar así por completado el análisis de la Sala de Seguimiento a la orden vigésimo segunda.



CUARTO INFORME DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS 2

SEGUIMIENTO A LA ORDEN 22 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

El presente escrito pretende dar cuenta de las principales discusiones que se dieron a lo largo de la cuarta reunión de expertos que se celebró en el marco del seguimiento que hace la Corte Constitucional de Colombia a la orden vigésimo segunda (22ª) de la Sentencia T-760 de 2008. Esta reunión se llevó a cabo el día martes veintitrés (23) de agosto de 2011 a las dos (2) de la tarde, en las instalaciones de la Corte Constitucional. Participaron de la reunión los representantes de la Universidad Javeriana y de ASCOFAME; de la Academia Nacional de Medicina; de la Federación Médica Colombiana; del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Universidad Nacional y de la Universidad de los Andes.

LOS OBJETIVOS DE LA REUNIÓN FUERON LOS SIGUIENTES:

- Realizar la lectura de la Relatoría Número 3, para que a partir de la discusión se perfeccione el documento, y
- Discutir sobre la generación de indicadores de procedimiento y resultado para establecer los parámetros que podrían calificar el grado de incumplimiento de la orden vigésimo segunda.

I. DISCUSIÓN SOBRE INDICADORES DE ESTRUCTURA

En esta sesión el grupo solicitó hacer un cambio en la pregunta 5 de los indicadores de estructura.

La pregunta aprobada en la sesión 3 fue la siguiente:

*¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) prevé la definición de mecanismos para facilitar **el gasto en los servicios de salud**, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas sin que se obstaculice el acceso a los servicios de salud requeridos?*

El cambio aprobado en la sesión 4 de la pregunta es el presentado a continuación:

INDICADORES DE ESTRUCTURA

*¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) prevé la definición de mecanismos para facilitar **la disponibilidad de recursos necesarios para la prestación de servicios de salud**, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas sin que se obstaculice el acceso a los servicios de salud requeridos?*

II. DISCUSIÓN SOBRE INDICADORES DE PROCEDIMIENTO

Los **indicadores de procedimiento** reflejan una relación o cadena de causalidad entre los instrumentos de política pública adoptados por el Estado, esto es, los indicadores de estructura, y la ejecución de los objetivos intermedios que, acumulados, se convierten en indicadores de resultado, los cuales a su vez están asociados con la materialización del derecho a la salud. En este sentido los indicadores de proceso deben hacer explícita la relación o cadena de causalidad entre los indicadores de estructura y los de resultado.

Los indicadores de procedimiento son difíciles porque determinar las características básicas que deben tener un plan, un instrumento. Estos indicadores tienen que estar directamente relacionado con las acciones que los agentes debe desarrollar con el objeto de llevar a la práctica. Es un puente entre los planes y los resultados

Por lo tanto, La Corte Constitucional pregunta a los expertos:

¿QUÉ TIPOS DE ACCIONES A PARTIR DE ESTRUCTURA SE DEBEN HACER PARA GARANTIZAR RESULTADOS O ACCIONES QUE SEAN MEDIBLES?

El representante de la Academia Nacional de Medicina abre la discusión planteando que el resultado final del contenido de la orden vigésimo segunda es que se tenga un pos unificado. Para llegar a plantear indicadores de procedimiento, es importante revisar factores elementales para lograr la unificación: ¿Cuál es la población que está planteada ahí? Esto con el fin de conocer cuál es la estructura demográfica. Hay unas necesidades de establecer los criterios demográficos. Además de esto, se hace énfasis en el otro elemento para plantear los indicadores: la población objetivo hay que clasificarla por criterio un epidemiológico. Finalmente, se debe pensar en el criterio de la tecnología con la que se cuenta para poder configurar las preguntas que integran los indicadores de procedimiento. Conocido la población y el perfil hay que conocer la tecnología.

La Corte Constitucional pregunta entonces, ¿cuáles consideran ustedes que son las acciones que razonablemente se le pueden exigir al gobierno nacional, que tome para avanzar hacia la unificación de los dos regímenes? ¿Lo que se ha hecho hasta el momento es suficiente o no? ¿Qué acciones son exigibles para garantizar?

El representante de la Universidad de los Andes explica que se planteó la unificación, pero que al tiempo se ha venido hablando de la actualización. Además de esto hay que sumarle que se conoce que en ambos regímenes hay problemas. Por el lado de la unificación, se sabe que se puede hacer por lo alto y que se puede hacer por lo bajo, realmente esto es lo que da para ofertar a todos, sin embargo puede haber un punto intermedio en el que se plantee un paquete nuevo unificado. Para él, un paquete completo, claro y único implicaría diferentes elementos: (1) se requiere saber de qué se enferma la población (censos demográficos y epidemiológicos), (2) se requiere saber qué guías se van a usar como referente. Junto a esto es indispensable hablar de la (3) priorización de tecnología, es decir, establecer qué está disponible y qué se va incluir en la seguridad social.

¿SE HA CONSOLIDADO UN PERFIL QUE PERMITA CONSOLIDAR UN PLAN?

El representante de la Universidad de los Andes, expone que hoy en día no existen guías de procedimientos clínicos reconocidas nacionalmente. En el año 2000 se plantearon guías, sin embargo este ejercicio se quedó a medio camino porque la aplicación de éstas era completamente discrecional. En los hospitales hay guías, pero la discusión es que siempre habrán pacientes con patología excepcionales que no van a aplicar a la regla establecida en la guía. Una solución viable a este problema, en torno a lo que se debería hacer para unificar



el Plan de Beneficios, es que las guías que se desarrollen deben ser utilizadas como referencia, pero que junto a éstas exista un mecanismo de procedimiento para las excepciones de los cuadros clínicos de las guías generales.

Por su parte el representante del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional hace una crítica a uno de los obstáculos que se pueden presentar a la hora de intentar configurar la unificación de los Planes de Beneficios: la estructura normativa del sistema de salud. El hecho de que la regulación del Plan de Beneficios esté supeditada por resoluciones del ejecutivo y éstas por decretos, dificulta el proceso para que el Plan se actualice junto a los cambios tecnológicos.

Finalmente, el representante de la universidad de los Andes hace énfasis en la necesidad de revisar cuáles son los principales elementos por los cuales se puede pasar de la información recolectada a las acciones concretas en materia de la consolidación de la unificación de los POS a un único Plan de Beneficios.

La discusión en torno a las preguntas que debían ser contempladas en el indicador de procedimiento llevó a los expertos y a la Sala de Seguimiento a descartar el borrador previamente preparado por esta última, por cuanto las preguntas presentadas guardaban más relación con los indicadores de estructura y resultado, que sobre el que se habían planteado inicialmente (procedimiento). Así, gran parte de la sesión giró en torno a pensar las posibles preguntas que debían estar en el indicador de procedimiento, sin tener un borrador inicial sobre el cual trabajar. Del resultado de dicha tarea se obtuvieron cinco preguntas que serán el punto de partida de la próxima reunión con los expertos, sobre las cuales se harán modificaciones, al igual que se adicionarán algunas otras con el fin de fortalecer el indicador de procedimiento.

III. PROYECTO DE INDICADORES DE PROCEDIMIENTO

- ¿Se han hecho públicos los resultados de las pruebas pilotos desarrollados en Barranquilla y Cartagena (en materia de accesibilidad, sostenibilidad, oportunidad y calidad)?
- ¿Se han evaluado los resultados de la unificación para menores de edad en términos de accesibilidad, sostenibilidad, oportunidad y calidad?
- ¿Dentro de los resultados del punto I se evaluó la suficiencia de la UPC?
- ¿Dentro de los resultados del punto II se evaluó la suficiencia de la UPC?
- ¿El plan de unificación para toda la población, tuvo en cuenta las experiencias de los pilotos en Barranquilla y Cartagena y los menores de edad?

IV. CONCLUSIONES

Producto de la sesión 4 de expertos se obtuvieron los borradores iniciales de las preguntas pertenecientes al indicador de procedimiento. Los expertos se acordaron discutir en la próxima sesión sobre posibles mejoras a estas preguntas, al igual que formular otras propuestas de preguntas para fortalecer la bandeja de éstas en el indicador de procedimiento.

INDICADORES FINALES

I. INDICADORES DE ESTRUCTURA

- ¿Existe un instrumento (Acuerdo de la Comisión de Regulación en Salud u otra regulación) presentado dentro de los plazos fijados por la entidad, con el cual se hayan unificado los planes de beneficios para los mayores de edad, basado en una metodología unificada (programa) establecida previamente y allegada en el término indicado por esta Corporación?
- Para la formulación de la metodología unificada (programa), ¿se tuvieron en cuenta las prioridades de la población según estudios epidemiológicos y socio demográficos?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) prevé la forma de identificar y eliminar las barreras para el acceso a los servicios de salud requeridos por parte de la población, atendiendo a criterios de accesibilidad geográficos, económicos, culturales, sociales, entre otros?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) propende por garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad según necesidades de salud?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) prevé la definición de mecanismos para facilitar la disponibilidad de recursos necesarios para la prestación de servicios de salud, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas sin que se obstaculice el acceso a los servicios de salud requeridos?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) establece medidas para fortalecer la cotización al sistema y evitar la evasión y elusión?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) prevé la adopción de medidas transitorias para garantizar que, mientras se obtiene la unificación de los planes de beneficios, exista una transición ágil entre los regímenes por cambios en situaciones socioeconómicas de los usuarios?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) prevé la adopción de medidas necesarias para garantizar la prestación de los servicios del plan de beneficios unificado a los usuarios cuando éstos cambien su condición de contribuyentes a subsidiados?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) contiene objetivos medibles de corto, mediano y largo plazo?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) contiene las acciones para lograr dichos objetivos medibles, basadas en fuentes claras y confiables?



- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) contiene criterios de desempeño, con su respectivo soporte técnico verificable, para evaluar el cumplimiento de los objetivos medibles?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) contiene un cronograma para el cumplimiento de tales objetivos medibles, en el cual se identifiquen no sólo los plazos sino acciones concretas y responsables?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) define claramente las funciones y responsabilidades de las diferentes entidades gubernamentales y regulatorias para cumplir con el programa y cronograma tendientes a obtener la unificación de los planes de beneficios?
- ¿En la metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) existe una estimación del presupuesto requerido para su aplicación?
- ¿En la metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) existe una estimación del presupuesto necesario para financiar los servicios incluidos en el POS unificado?
- ¿Se cuenta con una metodología de participación directa y efectiva en el proceso de unificación del POS de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la comunidad médica, las organizaciones de profesionales de la salud, los usuarios y las sociedades científicas?
- ¿La metodología unificada en que se basó el instrumento (programa) cuenta con actividades tendientes a asegurar la sostenibilidad financiera de la unificación de los planes de beneficios, en el sentido de contemplar medidas necesarias para obtener recursos adicionales suficientes para alcanzar dicha unificación?
- ¿La metodología en que se basó el instrumento (programa) asegura la disponibilidad de equipamiento (infraestructura, tecnología, personal) para la prestación del POS unificado a todas las personas, sin distinción de su condición de contribuyente o subsidiado?

II. INDICADORES DE PROCEDIMIENTO

- ¿Se han hecho públicos los resultados de las pruebas pilotos desarrollados en Barranquilla y Cartagena (en materia de accesibilidad, sostenibilidad, oportunidad y calidad)?
- ¿Se han evaluado los resultados de la unificación para menores de edad en términos de accesibilidad, sostenibilidad, oportunidad y calidad?
- ¿Dentro de los resultados del punto I se evaluó la suficiencia de la UPC?
- ¿Dentro de los resultados del punto II se evaluó la suficiencia de la UPC?
- ¿El plan de unificación para toda la población, tuvo en cuenta las experiencias de los pilotos en Barranquilla y Cartagena y los menores de edad?

III. INDICADORES DE RESULTADO

CORTO PLAZO

- ¿Se superaron las deficiencias identificadas en las evaluaciones a las pruebas piloto de unificación?
- ¿La unificación de los Planes de Beneficios resultó regresiva o afecta sensiblemente algún sector de la población?
- ¿Se generó un descenso en el número de acciones de tutela por servicios de salud No POS del régimen subsidiado?
- ¿Resolvió la problemática de la diferencia entre la UPC y la UPC-S teniendo en cuenta los demás ingresos de cada régimen?

LARGO PLAZO

- ¿Se orientó la unificación de los POS a fortalecer el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, cubrir las necesidades y mejorar las condiciones de salud de la población colombiana, así como a reducir las inequidades existentes entre los diferentes regímenes del sistema, protegiendo a los usuarios de los riesgos financieros que pueda causar la enfermedad?
- ¿Condujo al mejoramiento de los indicadores de salud pública en el país, en áreas tales como la carga de enfermedad, las tasas de morbilidad, el número de años perdidos por discapacidades o la muerte temprana?
- ¿Acceden efectiva y oportunamente las personas a los servicios de salud que requieren con necesidad?





GRUPO DE

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE
LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760

RESÚMENES DE RELATORÍAS GRUPO DE EXPERTOS 3¹¹

(INFORMES DE SERVICIOS NEGADOS POR CTC)

PRIMER INFORME DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS 3

SEGUIMIENTO A LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

I. INTRODUCCIÓN.

El presente escrito sintetiza la discusión que se dio a lo largo de la primera reunión de expertos, que se celebró en el marco del seguimiento que realiza la Corte Constitucional de Colombia, a la orden décimo novena (19) de la Sentencia T-760 de 2008. Esta sesión se llevó a cabo el día 21 de julio de 2011 a las dos de la tarde en las instalaciones de la Corte Constitucional. Asistieron a la misma representantes de Servicios de Salud Obligatoria, el CEIS (Centro de Estudios e Investigación en Salud), la Fundación Santa Fe de Bogotá y Así vamos en salud, la Universidad de Antioquia en Bogotá, CSR (Comisión de seguimiento de la T-760 de 2008 y de reforma estructural del sistema de salud y seguridad social), la Corporación Viva la Ciudadanía, CSR, la Facultad de Derecho de la Universidad Icesi de Cali, y la Universidad de los Andes.

El objetivo de esta reunión fue analizar y evaluar si el Ministerio de la Protección Social, ha cumplido con la orden decimonovena proferida por la Corte Constitucional en la Sentencia T-769 de 2008. Se estimó que la información que dicho Ministerio debe solicitarle a las EPS sobre la negación de servicios de salud, no es clara ni legible. Así mismo, esta información no está siendo enviada a la Superintendencia Nacional de Salud, la Comisión de Regulación en Salud y la Defensoría del Pueblo, como lo establece la sentencia.

Para efectos de contextualizar este escrito y previo al relato de las discusiones que se dieron en la reunión, se transcribe a continuación la orden:

“Décimo noveno. Ordenar al Ministerio de la Protección Social que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en

¹¹ Este texto fue realizado por los Auxiliares Judiciales Ad Honorem de la Corte Constitucional de Colombia: María Mónica Machado y Rosa María Puentes Velosa.



cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico.

El primer informe deberá ser enviado el 1 de febrero de 2009. Copia del mismo deberá ser remitida a la Corte Constitucional antes de la misma fecha”.

II. PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Para dar inicio a la reunión, la Sala presentó el panorama actual de la orden decimonovena. Como se mencionó anteriormente, uno de los objetivos principales de la reunión era el de evaluar el grado de cumplimiento de la misma, con el fin de solucionar los bloqueos que se han presentado en cuanto a la aparente falta de acatamiento por parte de los actores concernientes. Por lo tanto, se explicó que el propósito de las reuniones con los expertos era: (i) generar indicadores que tuvieran insumos cualitativos pero que en principio se configurarían cuantitativamente para evidenciar qué grado de cumplimiento se presentó. En caso de incumplimiento y de que el grado de éste fuera declarado, la idea era proceder a formular alternativas viables que ayudaran a lograr un cumplimiento alto o, por lo menos parcial, de la orden; y (ii) analizar si los documentos enviados hasta la fecha por parte de las EPS, eran coherentes y completos, o por el contrario constituían “ruido” informativo no susceptible de ser sistematizado.

Para la Corte es claro que el Ministerio de la Protección Social es el llamado a garantizar que las EPS envíen información a los entes de control, con el fin de que estos verifiquen si han sido negado servicios POS por parte de estas entidades. El resultado de este mandato ha sido una información bastante oscura, frente a la cual es posible presentar dos hipótesis: la primera es que esta información no existe puesto que las EPS no tienen este registro y la segunda es que la información sí existe pero las EPS no están dispuestas a “auto incriminarse” Cualquiera de las dos opciones anteriores tiene la misma consecuencia ya que no existe una respuesta definitiva; sólo información “ruidosa” que no permite ser sistematizada.

Inicialmente, el Ministerio, órgano a quién está dirigida esta orden, se limitaba a enviar comunicados a las EPS, mediante los cuales se recordaba a las entidades prestadoras de salud que debían enviar los reportes. Las EPS, por su parte, enviaban la información en formatos poco legibles o ilegibles. A raíz de estos informes, la Sala profirió el Auto del 13 de julio de 2009, donde se estableció que la función del Ministerio iba más allá de transcribir la orden, pues su deber consistía en garantizar que la información fuera idónea y que sirviera para los fines que se estipulan en la sentencia. Como consecuencia, el Ministerio de la Protección Social expidió las resoluciones 3173 y 3821 de 2009, derogadas por la resolución 163 de 2011, en las que se estableció la forma y contenido para los formatos sobre servicios **negados**.

Las alternativas planteadas por la Sala frente a los diversos problemas fueron: (i) A corto plazo, la de crear un informe sobre servicios negados utilizando el cruce de información entre la base de datos del FOSYGA, la base de datos de la Defensoría del Pueblo sobre tutelas y los datos proporcionados actualmente por las EPS. (ii) A largo plazo, emitir un auto donde se solicite al Ministerio de la Protección Social la creación de una base de datos donde se puedan registrar de manera coherente e inteligible las negaciones.

III. PREGUNTAS

Las preguntas que fueron presentadas a los expertos en los documentos enviados con anterioridad a la reunión fueron las siguientes:

- Los datos sobre registros de servicios negados requeridos por la Resolución 163 de 2011 expedida por el Ministerio de la Protección Social, ¿son idóneos para determinar el grado de acceso a los servicios incluidos en el POS?
- ¿Cuáles son los parámetros mínimos informativos que debe exigir la Corte Constitucional al Ministerio de la Protección Social para la remisión de los registros sobre servicios negados por parte de las EPS?

De estas preguntas se derivaron diferentes temas a tratar en la reunión:

- I. Determinar claramente si había o no incumplimiento de la orden decimonovena de la sentencia.
- II. Establecer si la información enviada por las EPS al Ministerio era o no idónea.
- III. Plantear alternativas para que la orden sea cumplida de manera eficiente.

IV. DISCUSIÓN

I.

Frente al tema del incumplimiento, la totalidad de los expertos estuvieron de acuerdo en que existe incumplimiento de la orden 19. Esto ya que no hay un flujo de información confiable, coherente, inteligible y legible que permita establecer qué servicios de salud son negados.

II.

En cuanto a la aptitud y calidad de la información remitida por el EPS, la opinión fue unánime: los datos que actualmente se les pide a las EPS no resultan idóneos y las razones presentadas como soporte a la negativa de servicios son inaceptables.

Primero, la forma en la que la orden decimonovena estipula que se debe registrar la información es contradictoria, ya que se le está pidiendo a las EPS que se “auto incriminen”. Es probable que sí exista un registro de los servicios negados por las EPS; sin embargo, esta información se maneja al interior de la entidad y es evidente, que las entidades prestadoras de salud no quieren que sea pública. Lo anterior tiene como consecuencia que la información enviada no sea confiable ni verídica; ésta además presenta grandes inconsistencias. Incluso, parecería intencional que las EPS no cumplan con los requisitos que pide el Ministerio o que lo hagan de una forma incompleta o ininteligible. Lo anterior puede tener dos explicaciones: 1. Se deja en manos de las EPS el manejo de la información más importante y 2. No hay ningún tipo de sanción para aquellas entidades que incumplen la orden.

Se mencionó que el sistema actual presenta una gran falencia, porque sólo se tiene en cuenta la negación de servicios registrados por las EPS. Por lo tanto, se dejan de lado y no se registran los casos en que ni siquiera se inicia la prestación del servicio o cuando éste se presta de manera deficiente.

Los datos de las bases actuales son claramente deficientes. En estos no se ve reflejada la totalidad de la población y en palabras de los expertos no sirven. De forma que, si se



compara la información actual con la demanda real del servicio, los datos resultan ínfimos. Ahora bien, el formato tampoco diferencia entre grupos poblacionales minoritarios o vulnerables, lo cual está claramente establecido como exigencia en la Sentencia T-760. La sentencia introduce herramientas conceptuales (etnia, raza, edad, género, etc.) que deben ser utilizadas y que no es posible rastrear actualmente.

Los datos sobre servicios negados no cuentan con un responsable directo de la información, puesto que ésta es enviada por las EPS al Ministerio de Protección Social y a la Corte Constitucional, sin que ésta sea analizada y procesada. Si los datos no contienen algún tipo de retroalimentación, su utilidad es nula.

Cabe resaltar que los formatos no son diligenciados en su totalidad; es decir, que no todos los datos son llenados, situación que generaría que el informe se tuviera como no presentado, a la luz de la resolución expedida por el Ministerio. Lo anterior se debe, posiblemente, a que no existe personal capacitado que analice los datos eficazmente y a que, el sistema actual proporciona mucha libertad en cuanto a los datos que se pueden escribir y omitir.

Los representantes de la Universidad ICESI de Cali, establecieron que de la información proporcionada por las EPS, se concluye que las razones para negar un servicio son insuficientes. Muchas de ellas corresponden a razones contrarias al derecho y a la Constitución; es decir, se fundamentan en normas que ya están por fuera del ordenamiento jurídico o niegan el servicio porque la vida del paciente no depende del medicamento o servicio médico. Otras razones se sustentan en valoraciones subjetivas por parte de las EPS; por ejemplo, “el medicamento no es el pertinente”. De igual forma, muchas son planteadas en un lenguaje excesivamente técnico u obscuro y por lo tanto, resultan incomprensibles. Asimismo, hay razones demasiado amplias y generales, por lo que no se logra acceder a la información necesaria para entender el por qué de la negación del servicio.

III.

Frente al tercer tema, los expertos proporcionaron alternativas para solucionar la problemática sobre el sistema de información a utilizar. Se habló de diferentes opciones, tanto a corto, como a largo plazo.

Algunos establecieron la necesidad de hacer una investigación base sobre el sistema de salud, bien sea apoyándose en instituciones universitarias o en entidades del gobierno.

Otra propuesta, que tuvo acogida por todos los presentes en la reunión, fue la de ordenar al Ministerio de la Protección Social crear un plataforma informativa alojada en un servidor web. No se trata de un sistema que se limite a informar sobre los servicios negados, sino una base de datos que contenga cada caso independientemente y que se elabore en tiempo real, desde que se pide la cita hasta que el tratamiento culmine o se niegue el servicio. Frente a esto se estableció que el sistema debe ser nacional e integrado, que permita llevar a cabo una retroalimentación de modo que la información sea útil, es decir, que sea confiable, transparente, legible y sistematizada. Así mismo, se hizo referencia a ciertos contenidos específicos que debe tener la plataforma. Ésta debe contener categorías mínimas sobre poblaciones vulnerables, las cuales deben estar discriminadas por género, edad, etnia etc.

Los representantes de la Universidad Icesi de Cali, propusieron diferentes alternativas para solucionar la problemática. Establecieron que a largo plazo se debe crear la plataforma alojada en un servidor web y además a corto plazo, solicitar la modificación de la resolución 163 de 2011. Algunos de los cambios que se deberían solicitar y además tener en cuenta para la creación de la plataforma son (1) que el formato sea llenado en un programa distinto

a .txt.; (2) que se incluya la edad de la persona o que el sistema la ubique automáticamente por cédula; (3) especificar la enfermedad que sufre la persona; (4) concretar una codificación y estandarización de todo el sistema, tanto de las enfermedades como de los procedimientos. Actualmente ya existen listas de códigos a los que se puede acudir. (5) Que el sistema produzca datos agregados (a manera de gráficas, por ejemplo) automáticamente, a partir de la información que se introduzca. (6) La sistematización no haría necesario los datos del médico, debido que para ingresar sería necesario tener un usuario y una contraseña (7) Que las fechas no sean modificables. (8) Que los espacios no puedan ser llenados con comillas, sino que se llenen sólo con información predeterminada. (9) Impedir que se diligencie el siguiente espacio, si no se ha llenado adecuadamente el anterior. (10) Que las razones para negar un servicio sean razones válidas, objetivas, predeterminadas y legales.

De igual forma se solicita la inclusión de la edad de la persona, porque es necesario saber si se están negando servicios a menores de edad. Se consideró importante especificar la enfermedad, para saber si la negación se debía verdaderamente a que el medicamento no era el pertinente para esa enfermedad. La codificación es fundamental, porque estandariza el sistema y la información tendría un manejo más lógico e inteligible. Para mayor transparencia y organización, el sistema debe actualizar las gráficas o datos agregados automáticamente, que éstas sean visibles al público y que al momento de diligenciar los formatos, los espacios no sean abiertos para poder limitar la información que se ingresa.

Estos pequeños cambios, como incluir nuevas categorías en el formato y la monopolización del programa para elaborar la rúbrica, tendrían un efecto significativo a corto plazo en la calidad de la información, que permitiría su mejor entendimiento y procesamiento.

Los representantes de la Universidad Icesi de Cali le comunicaron al grupo de expertos, que la creación de una plataforma alojada en servidor web no requiere de una inversión económica muy grande. Establecieron que el costo sería de dos a tres millones de pesos y que probablemente en tres meses la plataforma podría estar lista.

Se le preguntó a los expertos, si estos cambios son un nivel de cumplimiento razonable a solicitar, es decir, si son órdenes posibles y factibles técnicamente. La respuesta fue positiva. Frente al tema, la experta en el área de género y salud estableció que no es imposible crear una base de datos de este tipo. Así mismo la comparó con el sistema financiero y manifestó que si la Superintendencia Financiera tiene conocimiento inmediato de cualquier cambio de capital y los mismos bancos tienen la práctica de informar completamente interiorizada, ¿por qué no se podría tener lo mismo en el sistema de salud? Aun así, recordó que el Estado se mueve a un paso diferente y tiene ciertas ataduras, por ejemplo en temas de contratación (sólo la elaboración de los pliegos se podría demorar tres meses).

Otro mecanismo que se propuso en la reunión, fue el de posesionar una persona externa a las EPS, para que se encargue de controlar la calidad y entrada de la información. También se habló de la necesidad de capacitar a las personas que estén encargadas de introducir la información, para que no cometan errores. Se mencionó la posibilidad de utilizar la institución del defensor del usuario, la cual no ha sido debidamente explotada. Sin embargo, en Colombia a diferencia de otros países, no hay una asociación de usuarios con recursos, que se encargue de hacer efectivo el derecho a la salud.

Ahora bien, frente a la propuesta de parte de la Corte de hacer un informe a corto plazo, por medio del cruce de información entre las bases de datos de la Defensoría del Pueblo sobre tutelas, la base de datos del FOSYGA y la información actualmente proporcionada por las EPS, uno de los expertos se mostró escéptico debido a que estas bases de datos



presentan serios problemas por lo cual, utilizarlas sería contraproducente. Las de las EPS están sesgadas, las del FOSYGA son cuestionadas legalmente y las de la Defensoría sólo reflejarían las negaciones que llegaron a la rama judicial. De igual forma planteó la pertinencia de que la Corte realizará estudios puntuales.

Como respuesta, algunos de los expertos consideraron que la realización de estudios no es la mejor opción. Argumentaron que en Colombia es costumbre hacer estudios que valen mucho, pero no resultan siendo muy útiles; por lo tanto para este caso es más pertinente hacer modificaciones a la resolución 163 de 2011 que den resultados a corto plazo. Frente esta posición, el grupo de seguimiento de la sentencia T-760 aclaró a la sala que la intención de la Corte Constitucional es determinar qué opciones de solución hay y con la ayuda de los expertos determinar cuáles son viables, cuáles no y por qué no se han llevado a cabo con anterioridad. Lo que se pudo percibir es que hay objetivos a corto plazo que generan unos retos técnicos solucionables. Si estos obstáculos se lograran solucionar, tendrían un efecto significativo en los servicios de acceso a salud. Empero, es claro que debe repensarse el sistema en su totalidad, por lo que cabe la posibilidad de plantear un plan que contenga medidas a corto y largo plazo.

V. CONCLUSIÓN.

Primero: La orden 19 dada por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, fue incumplida.

Segundo: La información dada por las EPS no es idónea, ni cumple con los fines de la sentencia.

Tercero: No es recomendable hacer un informe a corto plazo, derivado del cruce de las bases de datos de la defensoría del pueblo (tutelas), las del FOSYGA y las de las EPS, debido a que son muy limitadas, están cuestionadas o sesgadas.

Cuarto: Lo ideal a largo plazo, sería ordenar al Ministerio de la Protección social la creación de la plataforma alojada en un servidor web y un sistema de control como el del sistema financiero, con el fin de tener una base de datos nacional, sistematizada, que se actualice todos los días on line y esté disponible al público. La creación de esta base busca transparencia y un manejo fácil y eficiente de la información, que permita producir alarmas sobre la calidad de la prestación del servicio.

Quinto: Una solución a corto plazo, sería hacer ciertas modificaciones a la resolución 163 que creen cambios significativos en la calidad de la información enviada por las EPS a los entes de control.

SEGUNDO INFORME DE LA COMISIÓN DE EXPERTOS 3

SEGUIMIENTO A LA ORDEN 19 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

I. INTRODUCCIÓN.

El presente escrito sintetiza la discusión que se dio a lo largo de la segunda reunión de expertos, que se celebró en el marco del seguimiento que hace la Corte Constitucional de Colombia, a la orden décimo novena (19) de la sentencia T-760 de 2008. Esta reunión se llevó a cabo el día 25 de Agosto de 2011 a las dos de la tarde en las instalaciones de la Corte Constitucional. Asistieron a la misma representantes de de la Universidad de Antioquia en comisión Bogotá y parte de la CSR (Comisión de seguimiento de la T-760 de 2008 y de reforma estructural del sistema de salud y seguridad social), “Viva la Ciudadanía”, y parte de la CSR, la Facultad de Derecho de la Universidad Icesi de Cali.

El objetivo de la reunión era analizar qué tipo de preguntas son pertinentes para determinar el nivel de cumplimiento de la orden 19 proferida por la sentencia T-740 de 2008.

Al finalizar la reunión con los expertos y después de debatir cada una de las preguntas, el resultado fue el siguiente:

PARÁMETROS PARA LA VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA ORDEN 19

I. PARÁMETROS DE ESTRUCTURA

- ¿Existe un instrumento que garantice que las EPS envíen a la CRES, la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo, la información sobre los servicios de salud negados por ellas, los CTC y las razones de la negación, basado en una metodología unificada?
- ¿Están claramente definidas en el instrumento de negación de servicios las funciones y responsabilidades de las diferentes entidades del sistema general de seguridad social en salud?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios contempló la posibilidad de crear una plataforma en tiempo real con un lenguaje informático unificado o en su defecto un mecanismo de recolección de la información?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios prevé la retroalimentación del análisis de la información sobre servicios negados entre los diferentes actores del sistema?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios contempla sanciones efectivas para los responsables de la negación que no cumplan con los requerimientos de dicho instrumento?



- ¿El instrumento sobre negación de servicios permite medir de manera confiable y discriminada la negación de servicios contemplados en los planes de beneficios?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios contempla mecanismos que permitan identificar las EPS y las IPS que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios incluidos en el POS o que se requieren con necesidad?

II. PARÁMETROS DE PROCEDIMIENTO

- ¿El instrumento sobre negación de servicios permite que la información sea debidamente diligenciado por las EPS?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios contempló la capacitación del personal involucrado en el proceso de ingreso de la información?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios contempló la capacitación de los encargados de analizar la información?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios permite la posibilidad de publicar la información sobre servicios negados y el análisis que se efectúe de la misma, respetando la confidencialidad de los datos de identificación del usuario?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios permite diferenciar si los servicios son negados por las EPS o por los CTC?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios consagra la obligación de consignar la razón de negación del servicio en cualquier etapa del proceso de prestación?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios consagra la obligación de reportar cuando un servicio es prestado de manera incompleta?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios contiene mecanismos para reportar información sociodemográfica que permita identificar grupos poblacionales vulnerables o de especial protección constitucional?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios señaló como variable la causa de la demanda del servicio de salud negado y el grado de afectación que sufre el usuario?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios permite tener acceso al registro de las decisiones justificadas por los Comités Técnico-Científicos y las Juntas Técnicas Científicas de Pares que niegan servicios de salud?

III. INDICADORES DE RESULTADOS

- ¿El instrumento sobre negación de servicios de salud está siendo acatado por todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país?
- ¿El instrumento sobre negación de servicios de salud permite que la información sea accesible, analizada y sistematizada de manera que arroje resultados útiles para las funciones propias de cada uno de los destinatarios de la orden?
- ¿Las sanciones contempladas en el instrumento para los responsables de la negación que no cumplan con los requerimientos están siendo efectivamente impuestas?





GRUPO DE

SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO
DE LAS ÓRDENES 24 Y 27 DE LA
SENTENCIA T-760 DE 2008

PRIMER INFORME DE LA REUNIÓN DE EXPERTOS GRUPO 4

SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES 24 Y 27 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

I. INTRODUCCIÓN.

La siguiente relatoría sintetiza las principales discusiones que se dieron a lo largo de la primera reunión de expertos que se celebró en el marco del seguimiento que hace la Corte Constitucional de Colombia a la orden vigésimo cuarta de la Sentencia T-760 de 2008. Esta reunión se llevó a cabo el día jueves 30 de junio de 2011 a las dos de la tarde en las instalaciones de la Corte Constitucional. Asistieron representantes de ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integra), de la facultad de Administración de la Universidad de los Andes, del CIDER (Centro de Estudios sobre Desarrollo) de la Universidad de los Andes y de Gestarsalud (Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud).

El objetivo principal de la reunión fue evaluar el cumplimiento formal y material de la orden anteriormente citada, la cual se refiere a la sostenibilidad financiera y el flujo de recursos al interior del sistema de recobros, de manera que su cumplimiento, tanto formal como material, estará supeditado a la observancia de los lineamientos contenidos en las órdenes vigésimo quinta, vigésimo sexta y vigésimo séptima de la misma providencia. Con el fin de contextualizar este informe, la orden vigésimo cuarta de la sentencia T-760 de 2008 será resumida y explicada.

Como obligación genérica se establece que el Gobierno, en cabeza del Ministerio de la Protección Social y el Administrador Fiduciario del FOSYGA, debe adoptar las medidas necesarias para garantizar que el procedimiento de recobros de las EPS (Entidades promotoras de salud) ante el FOSYGA, así como ante las entidades territoriales, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos dentro del sistema de salud. Esto independientemente de si la solicitud se origina a partir de un fallo de tutela o por la autorización de un CTC.

La reunión se dirigió a responder principalmente la siguiente pregunta: ¿Son la “malla validadora”, el “outsourcing” y la auditoría externa adicional —mecanismos implementados por el gobierno para dar cumplimiento a las órdenes 24 y 27— los medios más idóneos y eficaces para proporcionar agilidad, suficiencia y oportunidad al sistema de recobros? En caso de una respuesta negativa, ¿qué tipo de mecanismos se deberían implementar por parte del Ministerio de la Protección Social para que el sistema de recobros y el flujo de recursos en el sector salud sean ágiles, suficientes y oportunos?



II. DISCUSIÓN.

A. DIFICULTADES GENERALES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD

Posteriormente se dio paso a la discusión, la cual encontró como obstáculo inicial la falta de claridad en la delimitación del debate. Las intervenciones de los expertos se centraron en debates acerca de los problemas generales del sistema de salud y del flujo de recursos, mas no en la idoneidad de las medidas implementadas por el Ministerio de la Protección Social y el FOSYGA.

En primer lugar, fue necesario tener en cuenta que no es posible determinar si las medidas son idóneas a partir de un criterio de efectividad del pago de los recobros. Es decir, si hipotéticamente los recobros no han sido efectivamente cancelados, dicha situación no implica necesariamente que las medidas bajo análisis no son idóneas para dar cumplimiento a la orden que nos atañe, puesto que dicho resultado depende de muchas variables que no necesariamente se relacionan directamente con las medidas implementadas. En consecuencia, el análisis de cumplimiento tanto formal como material de la orden 24, debe realizarse fundamentado en la división e identificación de los factores que intervienen en el sistema de recobros. No obstante, conocer el estado contable de los pagos correspondientes al sistema de recobros es un indicador que orienta la discusión.

Los expertos indicaron que en general las medidas implementadas por el Ministerio de la Protección Social y el FOSYGA son buenas y necesarias, pero no son suficientes para garantizar el cumplimiento de la orden 24; puesto que aún persisten problemas graves de agilidad y pago oportuno en el sistema de recobros para servicios, productos y dispositivos no POS, a pesar de la reglamentación expedida por el Ejecutivo.

La falta de claridad y de unificación en el POS es una deficiencia que debe subsanarse prioritariamente si se busca obtener agilidad y oportunidad en el flujo de recursos del sistema de salud. Es evidente que si no se cuenta con un POS claro y actualizado integralmente, resulta imposible determinar cuáles cuentas se deben pagar o no. Tan sólo saber que más del 50% de las tutelas radicadas relacionadas con el derecho a la salud buscan servicios que explícitamente hacen parte del POS, demuestra la gran deficiencia estructural en el sistema. De modo que el primer paso para conocer el pasivo del FOSYGA, indicador central en esta orden, es contar con un POS preciso y definido, que permita justamente saber cuáles servicios médicos deben ser objeto de recobros. De lo contrario, garantizar el flujo de recursos y la sostenibilidad financiera del sistema, sin poder conocer qué servicios deben ser financiados, es absolutamente improbable.

Adicionalmente, otro factor fundamental que debe ser observado es la falta de recursos que perjudica al funcionamiento del sistema de salud. Es decir, existe una insuficiencia de recursos que se escapa de las competencias del Ministerio de la Protección Social y el FOSYGA, que impide el cumplimiento de la orden 24. Los expertos coinciden en que si no se cuenta con los recursos suficientes para financiar el sistema de salud en general, resulta imposible garantizar el flujo de recursos y la sostenibilidad financiera del sistema de recobros en particular.

Antes de entrar a analizar las dificultades estructurales en el sistema de recobros, y la idoneidad de las medidas adoptadas por el Ministerio de la Protección Social y el FOSYGA, es preciso tener en cuenta los problemas estructurales del Sistema General de Seguridad en Salud en Colombia, que de no ser subsanados impiden necesariamente el cumplimiento efectivo de la orden vigésimo cuarta de la T-760 de 2008. Sumado a lo anterior, los expertos

consideran que es muy difícil determinar indicadores aislados a dichos problemas estructurales para medir el cumplimiento de las órdenes.

B. DIFICULTADES ESTRUCTURALES ESPECÍFICAS EN EL SISTEMA DE RECOBROS ANTE EL FOSYGA.

A pesar de las dificultades generales del Sistema General de Seguridad en Salud anteriormente esbozadas, los expertos recomiendan como criterio para evaluar el cumplimiento de la orden, el análisis cuantitativo y comparativo en los tiempos de recepción, respuesta y pagos efectuados con antelación y con posterioridad a la implementación de la “malla validadora”, el contrato de “outsourcing” y el contrato de auditoría adicional. Es evidente que estas tres herramientas buscan identificar los cobros que no son válidos. Sin embargo, sobre este criterio se advierte que los resultados no necesariamente obedecerán a la falta de idoneidad de las medidas implementadas, puesto que los pagos pueden verse afectados por variables no contempladas.

Los expertos coinciden en que determinar la idoneidad de las medidas resulta muy complicado. La malla validadora ha demostrado que agiliza el pago de los cobros. Su rendimiento en el primer semestre de 2008 era de 1.014 cobros por hora, mientras que en el primer semestre de 2010 se validaban 22.232 cobros por hora. Las mejorías son inobjetable. No obstante, dichas cifras no permiten determinar la idoneidad de las medidas, en tanto que los datos presentados en los informes no dan cuenta de otras variables tales como la cantidad de cobros no válidos detectados, el aumento o no de los mismos, entre otros.

En relación con el análisis de la malla validadora se propuso como indicador para su evaluación, efectuar un análisis cuantitativo, cualitativo y comparativo de los cobros validados por dicho mecanismo, con el fin de verificar comparativamente la disminución, aumento o continuidad de los errores en la filtración de cobros no válidos.

Habría que tener en cuenta resultados parciales, es decir, verificar indicadores en la recepción de las cuentas, la auditoría de las mismas y por último en el pago del cobro auditado, de modo que sea posible determinar en qué sección específica del sistema se encuentra el mayor inconveniente.

Un claro problema que se presenta en el proceso de cobros, es la laxitud con la que se otorgan los mismos. El sistema no evalúa la capacidad de pago y a pesar de que se pueda atribuir dicho inconveniente a causas de otra naturaleza, resulta necesario incluir una evaluación en la capacidad de pago de las entidades para así garantizar el flujo de recursos y la sostenibilidad del sistema. El no POS está consumiendo la mayoría de los recursos del sistema y el Gobierno no parece haber adelantado esfuerzos considerables en la delimitación de precios de los servicios y medicamentos más cobrados.

Asimismo, resulta necesario tener en cuenta el dispendioso trámite por el cual atraviesa la solicitud de un medicamento o un servicio no POS y su respectivo cobro. Los expertos coligen que dos inconvenientes principales en el trámite recaen en la inoperancia de los Comités Técnicos Científicos, y la ausencia de pagos directos a los prestadores de los servicios o medicamentos no POS. Adicionalmente, se observa la falta de una autoridad sancionatoria que castigue el pago de conceptos que no deben ser cobrados, la ausencia en el pago de lo que si ha de ser cobrado, a la vez que incentive la abstención de solicitudes no válidas.



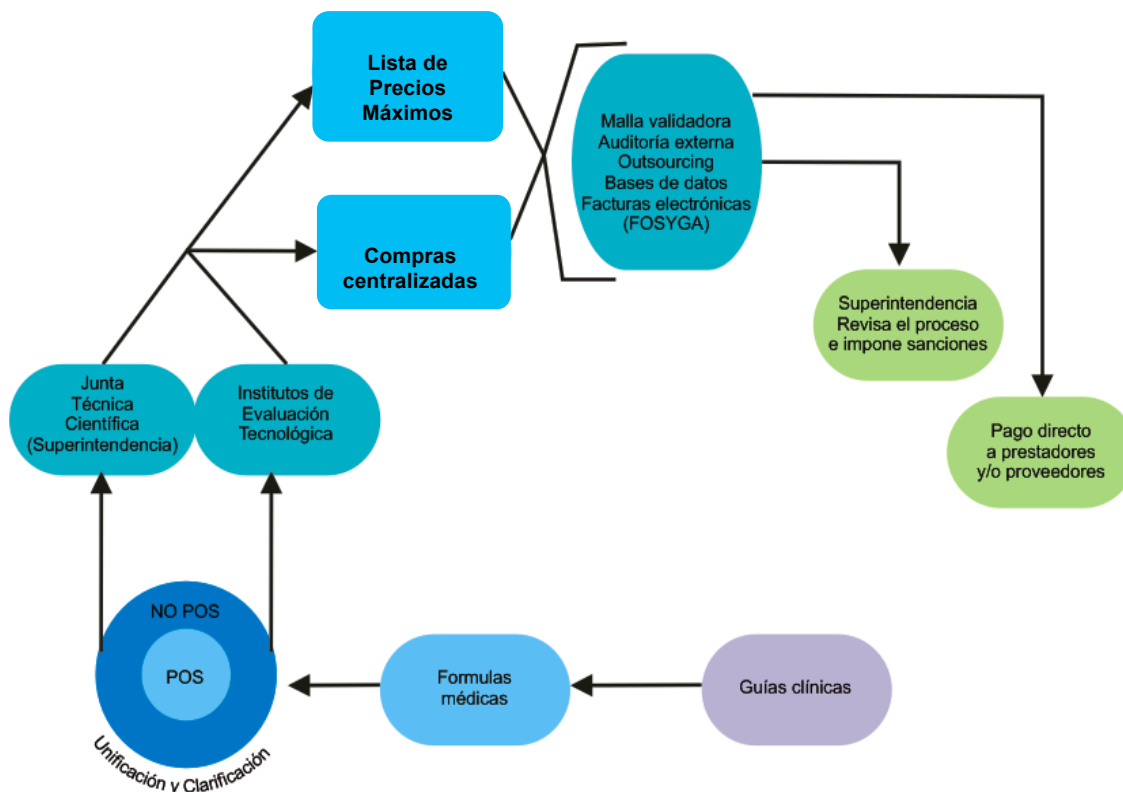
Al profundizar sobre el trámite anteriormente mencionado, se mencionó otro aspecto que es completamente inoperante en el sistema de recobros. Las bases de datos con las que cuenta el FOSYGA afectan el flujo de recursos en el sistema. Al momento de realizar el recobro, las EPS entregan una factura física y un registro magnético de las solicitudes, el FOSYGA analiza las facturas físicas y a partir de éstas realiza la evaluación del servicio o medicamento solicitado, impone las glosas y hace las auditorías a las mismas. Ahora bien, la información magnética que tiene el FOSYGA no coincide con la base de datos física de esta misma entidad, es decir, se evidencia que existe una grave disonancia operativa que impide el análisis de las solicitudes de recobro.

En cuanto al sistema de administración mediante instrumentos fiduciarios se refiere, también fueron señalados ciertos inconvenientes. Los expertos coinciden en la necesidad de realizar pagos directos y así acabar con el trámite dispendioso que impide la agilidad en el sistema.

Según la tesis de los expertos los mecanismos adoptados son buenos y necesarios, pero no suficientes. Es posible afirmar que estos tres elementos objeto de estudio, materialmente no garantizan el funcionamiento armónico del sistema de recobros.

III. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE LOS EXPERTOS.

A continuación, se explica brevemente un diagrama realizado conjuntamente por los expertos asistentes a la reunión, en donde se exponen propuestas para mejorar el sistema de recobros y dar cumplimiento a la orden.



Los expertos consideran las guías clínicas como punto de partida de dicho proceso, dado que el médico se sustenta en ellas al momento de realizar su formula. Sobre las guías, los expertos consideran que deben ser actualizadas periódicamente por el Ministerio de la Protección Social, en razón a que las existentes no están actualizadas.

De otro lado, los expertos orientan sus sugerencias hacia la determinación y unificación de los componentes del POS, al punto que pueda ser relativamente rápido y sencillo determinar si un servicio o medicamento debe seguir el trámite de recobro. Además, esto ayudaría a tener una mejor planeación fiscal que asegure la agilidad y oportunidad de los pagos. Dicho análisis de validación de componentes del POS y del no POS, a sugerencia de los expertos, debería ser hecho por las Juntas Técnicas Científicas bajo la dirección de la Superintendencia Nacional de Salud y por los Institutos de Evaluación Tecnológica, por lo que se sugirió suprimir los Comités Técnico Científicos, eliminando una fase del proceso actual dando así mayor agilidad al mismo.

En un tercer momento, los expertos consideran que el proceso debe pasar por una lista de precios máximos, dirigida y actualizada constantemente por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, la cual daría mayor estabilidad económica y brindaría una supervisión importante de la variación de los precios. Otro mecanismo que se sugirió en esta fase, en busca de estabilidad económica y una debida y pertinente intervención en la variación de los precios, fue realizar compras centralizadas a través de una entidad similar a CAPRECOM. Todo ello debería derivar necesariamente en la disminución de los precios de los recobros.

Seguido de lo anterior, los expertos consideraron que la labor del FOSYGA es importante y necesaria por lo que se debería continuar implementando y mejorando la malla validadora, los contratos de auditoría externa y de outsourcing.

Se consideró que el sistema de recobros con facturas físicas debe suprimirse para dar mayor agilidad al proceso, teniendo en consideración que ya existe un sistema de facturas electrónicas que hace innecesarias las primeras.

Los expertos estuvieron de acuerdo en sugerir que la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar el proceso y durante el mismo, continuamente lleve a cabo una labor rigurosa de supervisión con funciones preventivas y sancionatorias, en virtud de la cual se podrían detectar casos en donde haya irregularidades o se observen recobros no validados pagados, emitiendo sanciones tanto a Empresas Promotoras de Salud (EPS) como a entidades que hayan errado en el proceso. De esta forma, será posible disminuir el número de recobros improcedentes y sancionar a quienes recobren de forma inadecuada, generando desincentivos contra la corrupción en las finanzas del sistema.

Para finalizar, se sugirió que el pago de los recobros se debe hacer directamente a los prestadores del servicio o al proveedor del medicamento, apartando a las EPS y a los entes territoriales de dicho procedimiento.



SEGUNDO INFORME DE LA REUNIÓN DE EXPERTOS GRUPO 4

SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES 24 Y 27 DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008

I. INTRODUCCIÓN

La siguiente relatoría sintetiza las principales discusiones que se dieron a lo largo de la segunda reunión de expertos que se celebró en el marco del seguimiento que hace la Corte Constitucional a la Sentencia T-760 de 2008. Esta reunión se llevó a cabo el día jueves 14 de julio de 2011 a las dos de la tarde en las instalaciones de la Corte Constitucional. Asistieron a la misma, representantes de ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral), de la facultad de Administración de la Universidad de los Andes y del CIDER (Centro de Estudios sobre Desarrollo) de la Universidad de los Andes.

El objetivo principal de la reunión fue evaluar el cumplimiento formal y material de la orden anteriormente citada, la cual se refiere a la sostenibilidad financiera y el flujo de recursos al interior del sistema de recobros, de manera que su cumplimiento, tanto formal como material, estará supeditado a la observancia de los lineamientos contenidos en las órdenes vigésimo quinta, vigésimo sexta y vigésimo séptima de la misma providencia. Con el fin de contextualizar este informe, la orden vigésimo cuarta de la sentencia T-760 de 2008 será resumida y explicada.

Como obligación genérica se establece que el Gobierno, en cabeza del Ministerio de la Protección Social y el Administrador Fiduciario del FOSYGA, debe adoptar las medidas necesarias para garantizar que el procedimiento de recobros de las EPS (Entidades promotoras de salud) ante el FOSYGA, así como ante las entidades territoriales, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos dentro del sistema de salud. Esto independientemente de si la solicitud se origina a partir de un fallo de tutela o por la autorización de un CTC.

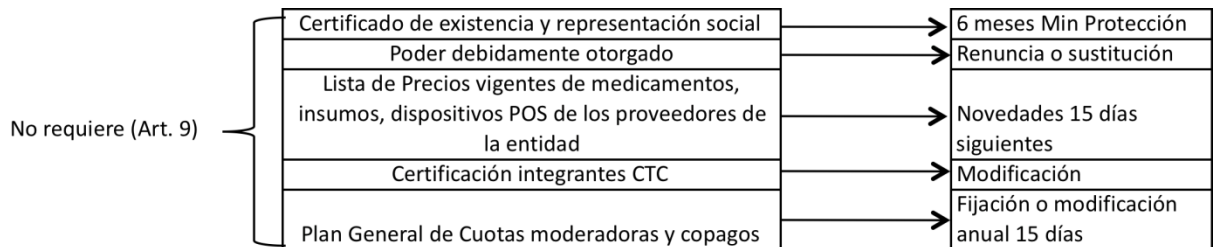
La reunión se dirigió a responder principalmente la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las principales fallas en el sistema de recobros después de la actuación de las entidades a las cuales va dirigida la orden, tras la intervención de la Corte Constitucional con la sentencia T-760 de 2008? Asimismo, se reitera que uno de los objetivos centrales de las reuniones de expertos es la construcción de indicadores de cumplimiento formal y material, que permitan a la Sala de Seguimiento determinar el grado de cumplimiento de las órdenes.

II. DISCUSIÓN.

I. REGLAMENTACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE RECOBROS EN COLOMBIA.

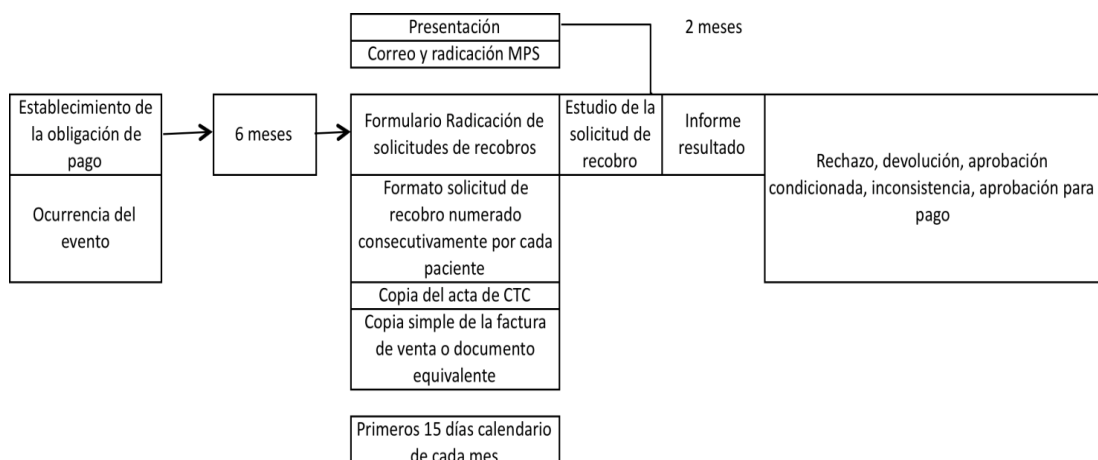
Como punto de partida se realizó un breve recuento del sistema de recobros implementado a partir de la Resolución 3099 de 2008 y modificada por las resoluciones 3977 y 3754 de 2008.

Mediante la Resolución 3099 del 18 de agosto de 2008, se reglamentaron los Comités Técnico-Científicos y se estableció el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela. Una de las medidas tomadas en la mencionada resolución para brindar mayor agilidad al sistema de cobros, fue la eliminación de requisitos generales para la presentación de las solicitudes de recobro. Ello se puede representar en el siguiente gráfico:



Como se puede observar en el gráfico anterior, el artículo 9 de la resolución establece los requisitos generales para la presentación de las solicitudes de recobro, estos son: el “Formulario de radicación de solicitudes de cobros” y su anexo “Relación de solicitudes de recobro”. Sin embargo, siempre que se mantengan actualizados los siguientes documentos, se eliminó la necesidad de presentar:

- 1) Certificado de existencia y representación legal de la administradora de planes de beneficios, debido que deberá presentarse cada seis meses ante el Ministerio de la Protección Social o cada vez que se haga modificación alguna;
- 2) Poder debidamente otorgado si actúa por intermedio de apoderado, puesto que el mismo estará acreditado hasta tanto no se haga una renuncia o se presente una sustitución;
- 3) Lista de precios vigente de medicamentos, insumos y/o dispositivos del Plan Obligatorio de Salud de los proveedores de la entidad, ya que con ocasión a una novedad ésta deberá ser reportada dentro de los quince días siguientes;
- 4) Certificación de los integrantes del Comité Técnico Científico registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud, puesto que con ocasión de modificación alguna de los integrantes del CTC la información deberá actualizarse ante la Superintendencia Nacional de Salud y
- 5) Plan general de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados, debido a que éste debe ser actualizado anualmente o dentro de los quince días siguientes a su modificación.



Respecto a lo anterior, los expertos estuvieron de acuerdo en considerar que la eliminación de dichos requisitos brindó agilidad al sistema en virtud del principio de economía y celeridad.

Por otra parte, la Resolución 3099 estableció en los artículos 12 al 19, los términos legales en los cuales se debe surtir el proceso de recobro. Ello se puede representar en el siguiente gráfico:

Como se observa, el proceso inicia con el acaecimiento de un evento que ordena un medicamento o la prestación de un servicio no contemplado en el POS. Posterior a esto ocurre “el establecimiento de la obligación de pago”, que debe ser entendida según jurisprudencia de la Corte Constitucional de la siguiente manera: si el servicio o medicamento fue autorizado mediante un fallo de tutela, el establecimiento de la obligación de pago se entiende desde el momento en que dicha providencia esté en firme y ejecutoriada; o si el medicamento o servicio fue autorizado por un Comité Técnico-Científico, desde que se pueda acreditar un documento que demuestre la prestación efectiva del servicio o medicamento. A partir de cualquiera de dichos momentos se contabilizan 6 meses para que las entidades administradoras de planes de beneficios tramiten y presenten en debida forma la solicitud de recobro ante el FOSYGA.

Ahora bien, la solicitud del recobro deberá diligenciarse mediante la presentación del “Formulario de radicación de solicitudes de recobros”, el formato de solicitud de recobro numerado consecutivamente para cada paciente, copia del acta del CTC y copia simple de la factura de venta o documento equivalente. Cabe resaltar que allí se presentan exigencias entorpecedoras que restan agilidad al proceso de recobros, como la exigencia de presentar el formato de solicitud numerado consecutivamente por cada paciente, que en caso de no realizarse será causal de rechazo de la solicitud de recobro. De igual forma, en la copia del acta del CTC se exige un gran número de requisitos que también restan agilidad al sistema de recobros.

No obstante, al observar que la Resolución 3754 de 2008 modificó el régimen anterior al exigir únicamente la copia simple de la factura de venta o documento equivalente, se consideró por los expertos que se agiliza el trámite del recobro.

Los requerimientos anteriormente mencionados deben ser presentados en los primeros quince días calendario de cada mes. Sin embargo, si el término de seis meses se vence con posterioridad a esos quince días, se permite presentarlo en los primeros quince días del siguiente mes.

A partir de la radicación de la solicitud del recobro, el Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro e informar a la entidad reclamante el resultado del mismo en un plazo máximo de dos meses. El resultado de dicho informe puede ser: rechazo, devolución, aprobación condicionada, inconsistencia o aprobación para pago.

II. ¿LA REGLAMENTACIÓN EXPEDIDA CON POSTERIORIDAD A LA SENTENCIA T-760 DE 2008 DOTA DE AGILIDAD, OPORTUNIDAD Y SUFICIENCIA DE RECURSOS AL SISTEMA DE RECOBROS?

Por una parte, la pregunta que orienta la discusión fue contextualizada en los cambios que introdujo la Ley 1438 de 2011 considerando que su reglamentación a la fecha no ha sido expedida. Por otra parte, en la discusión se trazó como objetivo, construir algunos criterios

o cuestionamientos que orienten a las instituciones receptoras de las órdenes, a un cumplimiento posible de las mismas.

Los expertos coinciden en que desde la emergencia social en salud, decretada por el Gobierno en diciembre de 2009, se han adelantado esfuerzos considerables por reformar el sistema de salud y así cumplir con varias de las órdenes que la Corte Constitucional emitió a través de la Sentencia T-760 de 2008. Sin embargo, tras la declaratoria de inexecutable del Decreto 4975 de 2009, se ha suscitado una proliferación de trámites y requisitos, que no obstante buscan dotar de transparencia el sistema de recobros, han entorpecido y obstaculizado el mismo.

Sumado a lo anterior, los expertos consideran que muchos de los trámites y requisitos añadidos al sistema de recobros, pueden ser un obstáculo debido a que estos no dependen exclusivamente de la entidad que realiza el recobro y por el contrario pueden en ocasiones depender de terceros, factor que en muchos casos imposibilita llevar a cabo el trámite del recobro en debida forma. Tal es el caso de la solicitud de la factura de compra del medicamento por parte de la EPS a la IPS, exigencia que presenta graves obstáculos operativos a la hora de cumplirse.

Los representantes de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) exponen a manera de ejemplo la obligación de incluir en las actas del CTC el código único del medicamento (CUMS), para que la solicitud de recobro sea validada. Si la solicitud del recobro este CUMS no coincide con el medicamento suministrado, no se puede otorgar un medicamento sustitutivo dado que se constituiría una causal de glosa. Resulta necesario tener en cuenta que muchos de los medicamentos en Colombia cuentan con varias presentaciones, cada una de éstas con un CUMS distinto, motivo por el cual el CTC estaría de alguna forma atando necesariamente a las IPS a un proveedor o laboratorio específico para que le pueda ser validada su solicitud de recobro. Sobre este problema los expertos sugirieron que en el acta del CTC se identifique el medicamento ordenado pero se deje a la IPS la selección del código CUMS, todo ello con un control posterior por parte del CTC.

Los expertos coinciden en que este tipo de requisitos, son producto de la excesiva reglamentación implementada por el gobierno en materia de recobros que ha entorpecido el proceso, derivando de este modo en un cumplimiento parcial de las órdenes 24 y 27 de la T-760 de 2008.

Al respecto ACEMI remitió un documento anexo a esta relatoría, donde se exponen cada uno de los requisitos y trámites implementados por el ejecutivo, con posterioridad a la Sentencia T-760 de 2008, que a juicio de ACEMI han deteriorado el sistema de recobros.

Por las anteriores razones, en términos generales los expertos concuerdan en que la Resolución 3099 de 2008 y sus respectivas modificaciones han sido un esfuerzo formal por parte del ejecutivo para dar cumplimiento a la orden vigésimo cuarta de la T-760 de 2008. Sin embargo, el exceso de reglamentación y la falta de regulación adecuada han deteriorado el sistema de recobros más no han agilizado el mismo.

Considerando lo anterior, los expertos proponen como orientación que lleve a las instituciones a eliminar trámites y exigencias inoportunas, el siguiente cuestionamiento: ¿cuáles de los requisitos creados con posterioridad a la sentencia T-760 de 2008, resultan estrictamente necesarios para garantizar la eficacia del sistema de recobros?



Para finalizar, los expertos consideran que la Ley 1438 de 2011 es un intento del ejecutivo para dar cumplimiento a las órdenes emitidas en la sentencia T-760 de 2008. Empero, existe incertidumbre acerca que si dichas medidas son conducentes a dotar de agilidad, oportunidad y suficiencia de recursos al sistema de recobros. De igual manera, parece que con la Ley 1438 de 2011, hay una proliferación de instancias que puede restarle agilidad y celeridad al proceso y entorpecer el efectivo goce del derecho a la salud del usuario. Sin embargo, sobre éste particular los expertos no extendieron sus apreciaciones debido a la falta de reglamentación de la ley que en últimas definirá con precisión el tema objeto de análisis.