

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**



**CORTE CONSTITUCIONAL**  
**Sala Especial de Seguimiento**

**AUTO 255 de 2011**

**Referencia:** Sentencia T-760 de 2008.

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

**Magistrado Sustanciador:**  
**JORGE IVÁN PALACIO PALACIO**

Bogotá D. C., seis (6) de diciembre de dos mil once (2011)

La Sala Especial de la Corte Constitucional, conformada para efectuar el seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Mauricio González Cuervo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Jorge Iván Palacio Palacio, quien la preside; en ejercicio de las competencias otorgadas por la Sala Plena en sesión del 1° de abril de 2009 y con fundamento en el artículo 86 de la Constitución Política, así como en el artículo 27 del Decreto 2591 de 1991, procede a dictar el presente Auto, con base en los siguientes

**I. ANTECEDENTES**

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

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

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

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

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

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

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

*“Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente.*

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

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

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

3. Cumpliendo con lo dispuesto en la transcrita orden, el Ministerio de la Protección Social mediante oficio del 30 de enero de 2009<sup>1</sup>, remitió el cronograma de unificación de planes de beneficios y la metodología a implementar para el desarrollo de la actualización del Plan Obligatorio de Salud en Colombia.

En dicho documento se antepuso a la meta de unificación el cumplimiento de varios objetivos, a saber: (i) efectuar un proceso de consulta con los actores y los usuarios; (ii) modificar la estructura de los planes obligatorios de salud para alcanzar el “POS esencial”; (iii) adoptar medidas para contrarrestar la elusión y la evasión del régimen contributivo; e (iv) implementar mecanismos de eficiencia en toda la cadena de financiación del sistema. Además, indicó que la primera etapa del proceso de unificación del POS consistiría en “asegurar la

---

<sup>1</sup> Carpeta de seguimiento a la orden XXII, folios 1 y ss.

*portabilidad de los beneficios del POS del Régimen Subsidiado en todo el territorio nacional”, la cual “podría estar implementada antes del 1° de octubre de 2009 (...)”.*

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

El cronograma allegado por el Ministerio fue el siguiente:

FASES PARA LA ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACIÓN 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.

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

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

*“Fases para la actualización y unificación del POS esencial*

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

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

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

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

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

La Comisión advirtió que para definir la metodología de construcción de las GAI, celebró contrato con el Centro de Estudios e Investigaciones en Salud de la Fundación Santafé de Bogotá, a fin de que desarrollara la Guía Metodológica para la actualización y unificación progresiva del POS. Especificó que la versión final de este documento estaría disponible en agosto de 2009, cuya interventoría fue efectuada por servidores del Ministerio de la Protección Social y de Colciencias, la que sería evaluada a partir de la experiencia piloto y aplicada *“a través del desarrollo de GAI temáticas que respondan a las necesidades de salud prioritarias para el país”*. Aclaró que las Guías Piloto y la Guía Metodológica fueron complementadas por una fase de *“validación técnica”* y otra de *“socialización y comunicación”*, y que la última de ellas está compuesta por el desarrollo de la Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la experiencia, su evaluación económica y la determinación del impacto actuarial de las GAI en la UPC.

7. La Comisión de Regulación en Salud también presentó el avance semestral en el análisis del requerimiento financiero para la unificación de los planes de beneficios, concluyendo de los estudios adelantados, que los costos proyectados para financiar el cumplimiento de la orden 22 de la sentencia T-760 de 2008 no son sostenibles *“dada la coyuntura actual de la economía nacional e internacional.”*

A efectos de contrarrestar la problemática financiera que se plantea, la CRES consideró necesario desarrollar un modelo que permitiera establecer con qué recursos cuenta la sociedad para financiar el sector salud, los que podrían

destinarse a la financiación de los planes de beneficios, razón por la cual dijo estar adelantando un proceso de ajuste a dichos métodos.

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

8. Con posterioridad, el 22 de febrero de 2010, la Comisión de Regulación en Salud allegó el segundo informe semestral de avance con corte al 31 de enero de 2010, acompañado de un CD que, una vez verificado, carecía de contenido.

En este escrito se transcribió el documento presentado en respuesta al auto proferido el 13 de julio de 2009 y se complementó con una evaluación del cronograma acogido por el Gobierno para alcanzar la unificación.

La Comisión aseguró que antes de avanzar en el cronograma, deben llevarse a cabo unas jornadas de consenso sobre metodologías, procedimientos, información o estadística soporte, como quiera que las incompatibilidades que presentan los datos suministrados por diferentes agentes del sistema, respecto a los intereses de la población afiliada, deslegitima cualquier decisión que se tome sobre unificación.

Además, informó que no existe unanimidad entre los diferentes actores del sistema sobre el valor de la UPC y sus diversas fuentes de financiación, por lo que decidió implementar pruebas piloto de unificación, las que deberían contar con observatorios permanentes, a fin de determinar la suficiencia del financiamiento necesario para cumplir con la orden a que hace referencia este auto.

En cuanto al avance en la ejecución del cronograma, indicó que a la fecha de presentación del informe se *“está terminando la edición y preparación final de la Guía Metodológica”*, faltando aún algunos comentarios que permitan garantizar la legitimidad de las distintas guías, así como su implementación y uso por parte de los profesionales de la salud.

Respecto al desarrollo, armonización e implementación de las Guías de Práctica Clínica por etapas, indicó que el 3 de noviembre de 2009 el Ministerio de la Protección Social dijo haber abierto la primera convocatoria con COLCIENCIAS, para la realización de las GAI en las condiciones de salud que se priorizaron ese mismo año.

Frente a la igualación de la cobertura geográfica del POS, la CRES manifestó que el Ministerio no ha reportado avances al respecto, diferentes a la decisión

de la Comisión de implementar pruebas piloto, la primera de las cuales tendrá aplicación en el Distrito de Barranquilla.

Ahora bien, en lo que se refiere a la definición del Plan Esencial, la Comisión de Regulación en Salud afirmó que con la expedición del Acuerdo 008 de 2009<sup>2</sup>, se cumplió esta fase en forma anticipada al calendario propuesto, debido a que los planes definidos en el citado acuerdo, *“son la base para su revisión, actualización y mejoramiento continuos; es, entonces, el piso o, si se quiere tal denominación, el plan esencial”*.

Asimismo aclaró que, también de manera anticipada, se dio inicio a la fase de pruebas piloto del plan esencial, con la aprobación del Acuerdo 012 de 2010<sup>3</sup>.

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

Aseguró, respecto a la aclaración, actualización y unificación de los planes de beneficios, que ya fue expedida la reglamentación necesaria para dar cumplimiento a las órdenes de la sentencia<sup>4</sup>.

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

En respuesta al Auto 209 de 2010, mediante el cual se dio traslado del citado documento, la CRES manifestó no haber incumplido ninguna de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, como quiera que ante el mandato de unificación gradual y sostenible de los planes de

---

<sup>2</sup> *“Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.”*

<sup>3</sup> *“Por medio del cual se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de servicios de salud mediante la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contribuido y subsidiado para la población afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Barranquilla y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.”*

<sup>4</sup> Acuerdos 003 y 008 de 2009, 011 de 2010, entre otros.



beneficios, en ningún aparte de dicha providencia se ordena igualar el valor de la UPC<sup>5</sup>.

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

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

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

11. El 14 de septiembre de 2010, SaludTotal EPS-S solicitó dar inicio a un incidente de desacato en contra del Ministerio de la Protección Social, por considerar que esta entidad incumplió lo dispuesto en la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008, lo que sustentó, entre otras cosas, en que: *“... mediante el Acuerdo 08 de 2010, lo que realmente se evidencia es la creación de un POS subsidiado de menor rango establecido para los beneficiarios de los subsidios parciales... lo que conlleva a una desnaturalización tanto de la figura del subsidio parcial como del principio de unificación del POS-S, ya que en virtud del citado “POS-S reducido”, éstos solamente tienen acceso a servicios de primer nivel de atención... lo cual*

---

<sup>5</sup> Documento remitido el 16 de julio de 2010.

*atenta gravemente contra el derecho al acceso de la atención en salud de forma integral.”*

Adicionalmente, mencionó la presunta violación al derecho a la igualdad y a la libre escogencia de la EPS, por cuanto la Resolución 2042 de 2010<sup>6</sup> del Ministerio de la Protección Social, faculta la asignación directa de usuarios a las EPS del régimen subsidiado “... *en clara violación al principio de igualdad que cobija a los afiliados de dicho régimen...*”

En atención a lo denunciado por la apoderada de SaludTotal EPS-S, esta Sala profirió el Auto 346 del 21 de octubre de 2010, en el cual dispuso no tramitar el incidente de desacato formulado por la citada EPS. Empero, se corrió traslado al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud, del documento contentivo de dicha solicitud.

El 28 de octubre de 2010 la Comisión de Regulación en Salud, al descorrer dicho traslado, allegó documento en el que manifestó oponerse a las denuncias de incumplimiento presentadas por la EPS-S.

A su turno, el Ministerio de la Protección Social dio respuesta al referido auto mediante escrito del 29 de octubre de 2010, en el cual presentó una serie de análisis normativo y procedimental del que concluyó que las afirmaciones de SaludTotal EPS-S eran inaceptables.

12. Posteriormente, esta Sala profirió el Auto 110 del 27 de mayo de 2011, en el que citó a audiencia pública de rendición de cuentas a los órganos responsables de la regulación y control de la política pública en salud, para el cumplimiento de las órdenes generales 16, 17, 18, 21 y 22, la que se celebró el 7 de julio del año en curso. Las intervenciones de los citados e invitados a participar activamente de esta audiencia, se resumen de la siguiente manera:

12.1. El Ministro de la Protección Social señaló algunos de los retos y problemas que enfrenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud, identificados desde el principio de este Gobierno, entre los que se encuentran:

- Inequidades por el retraso en la unificación de los planes de beneficios.
- Desactualización del Plan de Beneficios.
- Crecimiento exponencial de recobros.
- Flujo de recursos con retrasos e intermediación innecesaria.
- Falta de inspección, vigilancia y control que propicia la corrupción.

---

<sup>6</sup> “Por la cual se fijan los mecanismos y condiciones para consolidar la universalización de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

- Deficiencias en calidad de la prestación de los servicios.
- Debilidades institucionales y carencias en la rectoría del Sistema.
- Deficiencias en las estrategias de promoción y prevención.
- Desconfianza entre los agentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- La falta de voluntad por parte de los agentes del sistema de seguridad social y de las EPS de ambos regímenes.
- La falta de un adecuado sistema de información. Sugiere que los agentes del sistema, especialmente las EPS, deben entregar o reportar periódicamente datos para poder medir técnicamente la suficiencia de la unidad de pago por capacitación, entre otros aspectos.
- La falta de mecanismos para monitorear permanentemente la disponibilidad de los recursos y de los excedentes que permitan destinarlos a la ampliación de servicios y a las tecnologías en el POS.
- El no establecimiento de tarifas justas y obligatorias de los contenidos del POS para que se pueda competir en condición de calidad.
- La falta de activación de mecanismos y de herramientas efectivas en el proceso de regulación y de control de los precios de los medicamentos e insumos.

12.7. La senadora Dilian Francisca Toro señaló que lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, referente a la precisión, actualización y unificación de los planes de beneficios, no fue cumplido. También afirmó que en los artículos 29 y 31 de la citada ley, frente a la igualación de los planes de

beneficios y teniendo en cuenta la sostenibilidad y flujo de recursos, se estableció el giro directo de recursos en el régimen subsidiado, lo que se empezó a cumplir por el Gobierno sólo desde el mes de mayo de este año, con el agravante que se está incluyendo el subsidio parcial a la cotización.

13. Ahora bien, el 6 de julio del año en curso, la Comisión de Regulación en Salud allegó el estudio elaborado por el Centro de Investigaciones y Consultorías – CIC de la Universidad de Antioquia en virtud del Convenio Interadministrativo 029, denominado “PROYECCIÓN DE LA UNIFICACIÓN GRADUAL Y SOSTENIBLE DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - POS-”.

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

## II. CONSIDERACIONES

### 1. Análisis del caso concreto.

1.1. Frente al cumplimiento de la orden 22, el Ministerio de la Protección Social aseguró, en el informe remitido el 17 de marzo de 2010, que dicho mandato se cumplió con la sola remisión del respectivo programa y cronograma.

Ante tal aseveración, resulta imperioso aclarar al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y a las demás entidades involucradas en el cumplimiento de esta orden, que la simple presentación del programa y cronograma exigidos, no genera el cabal acatamiento de dicho precepto, dado que aquéllos únicamente constituyen el punto de partida para alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, lo que implica que el mandato sólo podrá entenderse material y realmente cumplido en la medida en que dicha finalidad sea alcanzada. Así lo indicó esta Corporación en la parte considerativa de la sentencia T-760 de 2008 al indicar:

*“... En otras palabras, actualmente existe una violación de la obligación constitucional de cumplimiento progresivo a cargo del Estado consistente en unificar los planes obligatorios de beneficios, para garantizar el derecho a la salud en condiciones de equidad. Si bien se trata de una obligación de cumplimiento progresivo,*

*actualmente el Estado desconoce el mínimo grado de cumplimiento de la misma puesto que no ha adoptado un programa, con su respectivo cronograma, para avanzar en la unificación de los planes de beneficios. Lo anterior, a pesar de que la política pública se encontraba delineada en términos generales por la ley, fijándose allí también el plazo para el cumplimiento de la meta de unificación de los planes de beneficios. El Estado incumplió las obligaciones y plazos trazados y, posteriormente, no fijó un nuevo plazo ni cronograma alguno.*

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

*No corresponde a la Corte Constitucional fijar las metas ni el cronograma para la unificación de los planes de beneficios, pero sí debe instar a las autoridades competentes para que, con base en las prioridades epidemiológicas, las necesidades de salud de los que pertenecen al régimen subsidiado y las consideraciones de financiación relevantes, diseñe un plan que permita de manera real alcanzar esta meta. La progresividad de un derecho no justifica el estancamiento ni mucho menos relegar al olvido el mandato de unificación de los planes de beneficios para evitar que las personas de escasos recursos sean sujetos de inferior protección constitucional, lo cual es abiertamente inadmisibles en un Estado Social de Derecho.”* (subrayado fuera de texto).

Ahora bien, el segundo inciso del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, establece que “[p]ara los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del año 2001...” (subrayado fuera de texto).

A su turno, el literal e) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, indicó que “[a] partir de la vigencia de la presente ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación: ... e) La Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes

*con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo*” (subrayado de la Sala).

Pese a dichos mandatos legales, al momento de expedirse la sentencia T-760 de 2008, no se evidenciaba la existencia de una política pública concreta que insinuara un esfuerzo coherente y cierto por parte de las autoridades de regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por intentar alcanzar la unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado. Esta es, entre otras, la razón por la cual se impartió la orden contenida en el numeral vigésimo segundo de la citada providencia.

Al respecto, esta Corporación en sentencia C-244 de 2009, refiriéndose al término en que debía alcanzarse la unificación de los planes de beneficios, indicó:

*“Tal como lo advierten algunos intervinientes y también la Procuraduría, el plazo establecido en el artículo 162 de de la Ley 100 de 1993 fue tácitamente derogado por el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.*

*En efecto, el artículo demandado señalaba que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñaría un plan para que los afiliados al régimen subsidiado alcanzaran el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo de manera gradual antes del año 2001.*

*No obstante, la Ley 1122 de 2007 prescribió, en su artículo 14, que la Comisión de Regulación en Salud actualizaría el Plan Obligatorio de Salud “buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo”.*

*Del contenido del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 se infiere que el legislador fue consciente de la imposibilidad de cumplir el cometido de unificación previsto para el año 2001, por lo cual diseñó un plan de acercamiento gradual sin fecha límite de concreción.*

*Esta nueva perspectiva del asunto denota la decisión legislativa de no establecer una fecha específica de unificación de los planes y, en consecuencia, una derogación evidente del plazo fijado en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993...”*

Con lo expuesto, resulta evidente que la orden a que se refiere este proveído no se agota con la simple presentación del programa y del cronograma, ya que

éstos son sólo instrumentos necesarios para alcanzar la real unificación de los planes de beneficios. Carece, entonces, de sentido inferir que la Corte, luego de detectar el incumplimiento de las obligaciones y los términos establecidos en la Ley 100 de 1993, se conforme con la proposición de nuevos plazos y asuma que con dichas ampliaciones se dé cumplimiento a la orden 22.

Asimismo, es de resaltar que la meta de unificar los planes de beneficios no puede quedar en la indefinición de términos, ya que, tal como se indicó en la misma sentencia T-760 de 2008: *“La progresividad de un derecho no justifica el estancamiento ni mucho menos relegar al olvido el mandato de unificación de los planes de beneficios para evitar que las personas de escasos recursos sean sujetos de inferior protección constitucional, lo cual es abiertamente inadmisibles en un Estado Social de Derecho.”*

1.2. En este orden de ideas, es procedente examinar si el programa y cronograma allegados en cumplimiento de la orden vigésimo segunda, responden a las exigencias indicadas en dicho precepto, teniendo en cuenta que los mismos deben ser completos, consistentes y veraces, además de servir de guía real para las actuaciones gubernamentales.

1.2.1. Sea lo primero analizar en qué autoridad recayó la orden impartida en el numeral vigésimo segundo de la sentencia, teniendo en cuenta que en la parte final del último inciso de dicho mandato se indicó que: *“[e]n 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”*.

Al respecto, se tiene que los integrantes de la CRES fueron designados mediante el Decreto 1429 del 23 de abril de 2009 y el funcionamiento de dicha Comisión inició oficialmente el 3 de junio del mismo año, tal como se informó en los diferentes escritos cursados por dicha entidad<sup>7</sup>. De ello se infiere que era inicialmente al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) a quien le correspondía el cumplimiento de la citada orden.

No obstante lo anterior, nunca se obtuvo pronunciamiento alguno por parte de esa entidad. Sólo en respuesta al Auto del 13 de julio de 2009, el Ministerio afirmó que *“el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, encabezado por el Ministro de la Protección Social, remitió a la Honorable Corte Constitucional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la Defensoría del Pueblo, informe de avance de la UNIFICACIÓN GRADUAL Y SOSTENIBLE DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD – POS en*

---

<sup>7</sup> Informe allegado el 31 de julio de 2009 (fol. 278 y ss); informe allegado el 22 de febrero de 2010 (fol. 309 y ss); entre otros, que dan respuesta a las diferentes órdenes de la sentencia T-760 de 2008.



*la fecha establecida*”. Sin embargo, se evidencia que el documento a que hace referencia el Ministerio en el aparte transcrito, no provenía del CNSSS, sino directamente del Despacho del Ministro, lo que desvirtúa que el Consejo se haya siquiera pronunciado al respecto.

1.2.2. En cuanto al programa exigido, se recuerda que en la sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional requirió lo siguiente: “[e]l 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.”

A pesar de lo dispuesto por esta Corporación, en el documento denominado “*INFORME CON DESTINO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL UNIFICACIÓN GRADUAL Y SOSTENIBLE DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD – POS*”, allegado el 30 de enero de 2009 por el Ministerio de la Protección Social, tan sólo se desarrolló la metodología a emplear para alcanzar un nuevo plan obligatorio de salud, exponiéndose ésta como la primera fase a implementar para conseguir la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado.

En este informe se hizo énfasis en que la actualización del POS es un proceso que debe ir de la mano de la unificación. Asimismo, se afirmó que esta ampliación de cobertura también requiere que se adopten medidas para la obtención de recursos adicionales, así como para evitar la evasión y elusión dentro del régimen contributivo. Igualmente, se propuso asegurar la portabilidad territorial de los beneficios del POS del régimen subsidiado y la expedición de un documento CONPES que permitiera orientar y abordar la unificación de los planes de beneficios de ambos regímenes, con la participación de múltiples entidades del Estado y de diferentes instancias.

El numeral 2.1. del citado informe, corresponde a la “*Actualización Integral y Unificación de los Planes Obligatorios de Salud*”, en el que se indicó que estas actividades se llevarían a cabo como un único proceso técnico; pero a renglón seguido, en el plan general (2.1.1), únicamente se hizo referencia a los pasos necesarios para el diseño del nuevo POS, mencionando los objetivos generales

de la actualización de los planes de beneficios, la categorización de los grupos poblacionales, las prioridades en salud existentes a nivel nacional, las estrategias para el manejo de dichas prioridades, la estimación de la demanda y costo de las potenciales intervenciones, el diseño de procedimientos para la actualización y la implementación de una instancia de resolución de conflictos y revisión de las decisiones adoptadas en cuanto a los contenidos de los planes. A continuación, en el numeral 2.2., se desarrolló la construcción del plan obligatorio de salud con procesos participativos, transparentes y legítimos.

Seguidamente, se relacionaron las metas medibles, las que sólo responden a los resultados que se pretenden con la actualización del POS. Finalmente, en el quinto y último numeral de su informe, el Ministerio hizo referencia a los mecanismos para el seguimiento del avance en la protección del derecho a la salud, los que una vez más hacen referencia a la actualización del POS.

Revisados todos los documentos remitidos en virtud de la orden a que se hace referencia en esta providencia, se puede constatar que éste es el único informe en que se pretende presentar el programa de actividades tendiente a obtener la unificación del POS para los regímenes subsidiado y contributivo.

Atendiendo a ello, esta Sala Especial de Seguimiento advierte que, si bien se indicó en repetidas ocasiones que la unificación de los planes de beneficios dependía en gran medida de la actualización de los mismos, lo cierto es que el Ministerio se limitó a desarrollar simplemente una de las fases necesarias para cumplir con el objetivo de la unificación, pero no incluyó en el programa una secuencia lógica de las demás actividades identificadas como necesarias para alcanzarla, tales como las encaminadas a evitar la evasión y elusión del régimen contributivo, conseguir recursos adicionales, lograr la portabilidad de los beneficios del POS en el régimen subsidiado y obtener la expedición de un documento CONPES.

Además, si se observa con detenimiento el programa allegado, éste no adolece únicamente de objetivos ni de fases reales y veraces tendientes a la unificación, sino que también refleja la abierta inobservancia de las exigencias de esta Corporación, como quiera que no se identifican acciones concretas tendientes a obtener los desestímulos para el pago de cotizaciones por parte de los usuarios, ni se prevé la adopción de las medidas necesarias para estimular que todos los que tienen capacidad económica coticen y que quienes pasen al régimen contributivo puedan regresar al subsidiado de manera ágil cuando su ingreso disminuya o su situación socioeconómica se deteriore, lo que en cierta medida se supera con la expedición de la Ley 1438 de 2011, la que en su artículo 35 establece:

*“Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en este cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas.*

*Cuando un trabajador temporal o jornalero, cuya asignación mensual no alcance a un salario mínimo legal mensual vigente, no desee ser desvinculado del Régimen Subsidiado en razón de su relación laboral, el patrono deberá aportar al Régimen Subsidiado el equivalente al valor que en proporción al pago que por el trabajador debería aportar al Régimen Contributivo. En este caso no se tendrá derecho a prestaciones económicas.*

*En caso que el empleador no cumpla con la obligación de pagar la cotización, al concluir la relación laboral el empleador deberá pagar los aportes que adeude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.”*

De igual forma, como se indicó anteriormente, las metas medibles y los mecanismos para el seguimiento del avance, tan sólo se refieren a lo que se pretende obtener con el desarrollo de la actualización del POS, lo que implica que estos dos requerimientos tampoco fueron incluidos como era debido.

Atendiendo a lo expuesto, encuentra la Corte que no fue allegado el programa de las actividades tendientes a alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado, dado que, como se dijo, el remitido exclusivamente contempló las diferentes fases para llevar a cabo la actualización del POS.

1.2.3. Aunado a lo anterior, es importante hacer referencia al cronograma allegado, el que padece de los mismos defectos anotados en el examen realizado al programa, ya que de las 20 etapas contempladas, las únicas que se refieren de manera directa a la unificación de los planes de beneficios son la primera y las tres últimas de ellas, correspondiendo las demás al desarrollo de la actualización del POS, resultando evidente que el cronograma allegado tampoco contiene las demás actividades que el Ministerio de la Protección Social antepuso al alcance de la unificación de los planes de beneficios, ni cumple con las exigencias mínimas dadas en la orden a que se contrae este proveído.

Vale la pena advertir que habiéndose comparado el primer cronograma allegado por el Ministerio de la Protección Social<sup>8</sup> (adoptado por la Comisión de Regulación en Salud<sup>9</sup>), con el descrito en los posteriores informes remitidos a esta Corporación por dicho Ministerio y la CRES<sup>10</sup>, la Corte evidencia varias diferencias en las fechas de desarrollo de las fases allí incluidas, así como el incumplimiento de algunas de ellas, tal como se analiza a continuación:

1.2.3.1. Se encuentra que en el primer cronograma allegado, se afirmó que el *desarrollo de la guía metodológica y piloto de diabetes mellitus* iniciaría a finales del segundo semestre de 2008 y terminaría concluyendo el primer semestre de 2009; mientras en el cronograma posterior se indicó simplemente como fecha de cumplimiento el mes de agosto de 2009.

En este caso, ninguno de los términos fue cumplido, como quiera que en el último informe semestral presentado por la Comisión de Regulación en Salud, se aseveró que al 31 de enero de 2010 se estaba “*terminando la edición y preparación final de la Guía Metodológica*”.

1.2.3.2. En cuanto al *proceso de priorización*, se aseguró que éste es un trabajo permanente que iniciaría, según el primer cronograma, a finales del segundo semestre de 2008. Sin embargo, en el segundo cronograma, se estableció que sólo hasta el mes de marzo de 2009 se daría inicio a esta fase.

Sin embargo, una vez más se observa el incumplimiento de las fechas fijadas por la Comisión y el Ministerio, toda vez que de acuerdo al segundo informe semestral presentado por la CRES, fue hasta el 3 de abril de 2009 que se adelantó el taller de consenso al interior del Ministerio, para la definición de los criterios que deben orientar esta etapa.

1.2.3.3. Respecto al *desarrollo de instancia de revisión y resolución de conflictos*, inicialmente se estableció que esta fase comenzaría a mediados del segundo semestre del año 2008 y duraría hasta finales del segundo semestre de 2012, pero en el segundo de los cronogramas se indicó, como período de cumplimiento de esta etapa, el segundo semestre de 2010, siendo esta una de las fases que más presenta diferencia en los periodos de cumplimiento y respecto de la cual no se ha acreditado su progreso.

1.2.3.4. Frente a la *igualación del POS en cuanto a su cobertura geográfica*, aún cuando en el primer cronograma no se especificó fecha alguna, en el

---

<sup>8</sup> En el documento denominado “INFORME CON DESTINO A LA CORTE CONSTITUCIONAL UNIFICACIÓN GRADUAL Y SOSTENIBLE DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD – POS” el 30 de enero de 2009. Transcrito en el numeral 3 del acápite de ANTECEDENTES de esta providencia.

<sup>9</sup> En el primer informe semestral remitido por la Comisión de Regulación en Salud el 31 de julio de 2009.

<sup>10</sup> Transcrito en el numeral 4 de los ANTECEDENTES de este auto.

documento junto al cual fue remitido éste, se afirmó que la portabilidad de los beneficios del POS del régimen subsidiado podría estar implementada para el 1° de octubre de 2009, mientras que en el segundo cronograma se mencionó, genéricamente, el segundo semestre del mismo año. Aún así, en realidad no existe prueba del cumplimiento de ninguna de las actividades, como quiera que en el segundo informe semestral presentado por la Comisión de Regulación en Salud, se adujo que “*El Ministerio no reporta avances en este tema diferente a la decisión de la CRES de iniciar pruebas piloto en distintas entidades territoriales.*”

1.2.3.5. En lo atinente al ***desarrollo de guías, amortización e implementación por etapas***, esta Corporación observa que también existe disparidad en las fechas propuestas para el desarrollo del primer paquete de guías de atención integral. En el cronograma inicialmente presentado se indicó que esta fase iniciaría el primer semestre de 2009 y finalizaría en el primer semestre de 2010, mientras que en el siguiente cronograma se propuso dar inicio a esta etapa el segundo semestre de 2009, finalizando en el segundo semestre del año 2010.

Al respecto, debe precisarse que habiendo vencido los diferentes términos enunciados no existe prueba alguna del cumplimiento de esta etapa.

1.2.3.6. Acerca de la ***definición del plan esencial***, en ambos cronogramas se estableció que ésta iniciaría en el primer semestre de 2010 y finalizaría en el año 2014. No obstante, en el segundo informe semestral presentado por la CRES se afirmó que esta fase ya se encuentra cumplida, circunstancia que no es posible validar, como quiera que en el programa allegado no se estableció si por plan esencial se entiende aquél básico del que se desprenderá cualquier otro tipo de actualización o, si por el contrario, hace referencia al que se emplee unificadamente en ambos regímenes. Esto justifica la necesidad de que el programa sea reformulado, teniendo presente que el mismo debe ser lo suficientemente sólido y claro como para que su cumplimiento sea posible y exigible a las autoridades.

1.2.3.7. En lo que respecta a la ***prueba piloto del plan esencial***, la Comisión de Regulación en Salud aseveró que a esta etapa también se le dio un cumplimiento anticipado, lo que soporta en que el POS determinado en el Acuerdo 008 de 2009 está siendo implementado unificadamente en el Distrito de Barranquilla con la prueba piloto a que se refiere el Acuerdo 012 de 2010, situación que se extendió al Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias según el Acuerdo 013 del mismo año.

1.2.3.8. En lo tocante a la ***unificación del plan esencial***, es necesario indicar que mientras en el primer cronograma se advirtió que ésta se lograría entre el

primer y segundo semestre de 2012, en el segundo cronograma se señaló como fecha de cumplimiento el primer semestre de dicha anualidad. Sin embargo, según lo afirmado por el Ministro de la Protección Social en la Audiencia Pública celebrada el 7 de julio del año en curso, sólo hasta el año 2013 se espera tener a la mayor parte de la población unificada, sin aclarar en qué fecha se pretende alcanzar la unificación total.

Atendiendo lo analizado, este Tribunal encuentra que, además de las diferencias existentes en los cronogramas allegados, aquellas fases que debían encontrarse cumplidas a la fecha de expedición de este auto, tampoco han sido consumadas.

1.3. Continuando con el estudio de esta orden, la Sala observa que el Ministerio de la Protección Social afirmó, en su informe del 31 de julio de 2009, que la participación directa y efectiva de los usuarios y de la comunidad médica en el proceso de actualización y unificación de los planes de beneficios, fue garantizada, entre otros aspectos, con las jornadas de intercambio internacional.

Se indicó además, que la información presentada por los expertos extranjeros, en virtud de las citadas jornadas, se encuentran publicadas en el sitio web del POS, lo que fue corroborado en su momento por la Corte Constitucional, observando que dicha información está disponible en idiomas foráneos, lo que desde ningún punto de vista puede asegurar la amplia participación de la comunidad médica y de usuarios, como quiera que no es un factor común en Colombia que las personas dominen un idioma diferente al español.

De lo anterior se concluye la inobservancia de otro aparte de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008, según el cual “[e]n 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...” (subrayado fuera de texto).

1.4. Del mismo modo, así como se indicó en los antecedentes de este proveído, la Comisión de Regulación en Salud aseguró que previo a avanzar en el cumplimiento del cronograma, deberían adelantarse jornadas de consenso entre los diferentes agentes del sistema, para superar las incompatibilidades que presentaba la información suministrada por éstos. No obstante, a la fecha no obra en los documentos de seguimiento de la sentencia T-760 de 2008, evidencia alguna que permita establecer que se está avanzando en tal aspecto, lo que admite presumir un estancamiento en el cumplimiento de la orden 22.

1.5. Aunado a todo lo anterior, ha de recordarse que en la parte final del tercer inciso de la orden vigésimo segunda, se indicó que la Comisión de Regulación en Salud “... *deberá presentar informes de avance en el cumplimiento del programa y el cronograma cada semestre, a partir de la fecha indicada*”, esto es, a partir del 1 de febrero de 2009.

Este mandato tampoco ha sido atendido a cabalidad, como quiera que el último informe semestral allegado fue presentado con corte al 31 de enero de 2010, estando el ente regulador en mora de allegar los informes correspondientes a los dos semestres del año 2010 y el primero de 2011.

1.6. Bajo tal panorama, resulta evidente que sólo hasta hace algunos días, la única muestra de avance en la política pública necesaria para alcanzar la unificación de los planes de beneficios obedecía a las pruebas piloto que se adelantan en algunos municipios del país, lo que redundaría en la vulneración sistemática del derecho a la salud de los usuarios del SGSSS.

Sin embargo, tal como lo afirmó el Ministro de la Protección Social en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, el 11 de octubre del presente año fue expedido el Acuerdo 027 de la CRES, “[p]or el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado”.

Atendiendo lo expuesto y dado que la Corte ha sido enfática al sostener que las personas de la tercera edad se encuentran en una posición de debilidad manifiesta, dado que se ven obligadas a “*afrentar el deterioro irreversible y progresivo de su salud por el desgaste natural del organismo y consecuente con ello al advenimiento de diversas enfermedades propias de la vejez*”<sup>11</sup>, considera la Sala que está justificada la elección del grupo poblacional definido por el Gobierno para avanzar en la unificación de los planes de beneficios por grupos etéreos.

Lo anterior, teniendo en cuenta que en la parte considerativa de la sentencia T-760 de 2008 (4.5.1.), se indicó:

*“La Corte Constitucional ha reconocido y tutelado principalmente el derecho a la salud, de los sujetos de especial protección constitucional. En primer lugar ha protegido a los niños y las niñas, cuyo derecho a la salud es expresamente reconocido como fundamental por la Carta Política (art. 44, CP). Pero también ha reconocido la protección especial que merecen, por ejemplo, las*

---

<sup>11</sup> Corte Constitucional, sentencia T-634 del 26 de junio de 2008.

*mujeres embarazadas<sup>12</sup> las personas de la tercera edad<sup>13</sup> y las personas con alguna discapacidad.<sup>14</sup>”*

En ese mismo sentido esta Corporación sostuvo en la sentencia T-050 de 2010, lo siguiente:

*“La Constitución Política de 1991 establece que el Estado deberá adoptar las medidas necesarias para promover las condiciones de igualdad de grupos discriminados y marginados y que deberá proteger de manera especial a aquellas personas que, por su condición, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta<sup>15</sup>”.*

*Lo anterior quiere decir que, como regla general, todos los individuos son iguales ante la ley, sin embargo, dentro de una sociedad existen sectores que en razón de su edad, estado mental, físico y económico, se encuentran en estado de debilidad o vulnerabilidad que los hace sujetos de especial protección y, por tanto, no pueden ser tratados de la misma manera que los demás.*

*Uno de los grupos que merecen una especial protección constitucional está conformado por las personas pertenecientes a la tercera edad, pues con el transcurso del tiempo se ven obligadas a enfrentar el deterioro progresivo de su salud y, como consecuencia de ello, el padecimiento de enfermedades propias de la vejez<sup>16</sup>.*

*Así mismo, la Carta Política, en el artículo 46, establece que “el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverá su integración a la vida activa y comunitaria”. Entonces, de acuerdo con el mandato constitucional y con la legislación vigente, las personas que llegan a los 60 años<sup>17</sup> de edad, se deberán considerar como adultos mayores, que merecen la actuación necesaria por parte del Estado y de todos los familiares y asociados, para que sus derechos no se vean menoscabados y se les garantice un nivel de vida digno.*

---

<sup>12</sup> La mujer, ‘durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada’ (art. 43, CP). Al respecto ver, entre otras, las sentencias T-730 de 1999, T-807 de 1999, T-477 de 2000, T-960 de 2001, T-530 de 2005 y T-838 de 2005.

<sup>13</sup> T-808 de 2004, T-908 de 2004 y T-005 de 2005, T-687 de 2005, T-1228 de 2005 y T-764 de 2006.

<sup>14</sup> T-396 de 1996 y T-1671 de 2000, T-625 de 2006, T-1070 de 2006 y T-631 de 2007.

<sup>15</sup> Constitución Política, Artículo 13.

<sup>16</sup> Corte Constitucional, sentencia T-634 del 26 de junio de 2008.

<sup>17</sup> Ley 1276 de 2009, artículo 7, literal b: “Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más (...)”.



*En razón de lo expuesto el derecho a la salud de las personas de la tercera edad adquiere carácter autónomo y por ello, teniendo en cuenta los principios del Estado Social de Derecho, “es necesario que se les garantice la prestación continua, permanente y eficiente de los servicios de salud que requieran.”<sup>18</sup>*

Entonces, de acuerdo con el mandato constitucional contenido en el artículo 46 y con la legislación vigente<sup>19</sup>, las personas que llegan a los 60 años de edad se deberán considerar como adultos mayores que merecen la actuación necesaria por parte del Estado y de todos los familiares y asociados, para que sus derechos no se vean menoscabados y se les garantice un nivel de vida digno.

Así, este Tribunal ha reconocido que el derecho a la salud de este grupo de personas es un derecho fundamental autónomo, es decir, adquiere éste carácter por el simple hecho de tratarse de personas de la tercera edad como consecuencia de la situación de indefensión en que se encuentran, al señalar que *“es innegable que las personas de la tercera edad tienen derecho a una protección reforzada en salud, en atención a su condición de debilidad manifiesta y por el hecho de ostentar -desde el punto de vista constitucional- el rol de sujeto privilegiado. Por lo tanto, y a efectos de materializar a su favor los mandatos del Estado Social de Derecho, es necesario que se les garantice la prestación continua, permanente y eficiente de los servicios en salud que requieran”<sup>20</sup>.*

## **2. Sobre la utilización de parámetros de cumplimiento**

2.1. Teniendo en cuenta lo expuesto, advierte la Sala que pese a no haberse logrado el cumplimiento efectivo de la orden vigésimo segunda, se evidencia un progreso en materia de unificación por parte del Gobierno con la expedición del Acuerdo 027 de 2011, por lo que se establecerán algunos parámetros que servirán de base para ponderar el grado de acatamiento de este mandato con el ánimo de avanzar significativamente hacia la configuración de un programa y cronograma que permitan alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios, los que deberán ser observados por los destinatarios del mismo, sin perder de vista que las actuaciones que se adelanten en aras de alcanzar dicha unificación no podrán resultar regresivas para los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Dichos parámetros se derivan de manera directa de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008 y hacen parte de la trayectoria natural del proceso de

<sup>18</sup> Corte Constitucional, sentencia T-527 del 11 de julio de 2006.

<sup>19</sup> Ley 1276 de 2009, artículo 7, literal b: “Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más (...)”.

<sup>20</sup> Corte Constitucional, sentencia T-527 del 11 de julio de 2006.

seguimiento del citado fallo de tutela, por lo que suponen un desarrollo razonable de las órdenes allí impartidas.

Para realizar la estimación del grado de cumplimiento del mandato a que se refiere esta providencia, esta Corporación evaluó detalladamente todo el acervo documental que reposa en el expediente, así como los conceptos de los peritos constitucionales voluntarios del Grupo de Apoyo Especializado<sup>21</sup> y de los técnicos del Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Comisión de Regulación en Salud<sup>22</sup>.

2.2. La experiencia internacional y comparada muestra que los indicadores y parámetros son una herramienta central en el monitoreo de la protección y cumplimiento de los derechos humanos y las garantías constitucionales, así como en el seguimiento de políticas tendientes a protegerlos<sup>23</sup>. Una vez se tiene claro cuál es el nivel de prestación ideal y cuál el nivel de prestación real, los parámetros aportan importantes insumos para la elaboración de políticas públicas, la vigilancia de su implementación y la evaluación de sus resultados<sup>24</sup>.

Para el diseño de los lineamientos incluidos en esta providencia, así como para la fijación de los contenidos en el Auto 226 del 21 de octubre del año en curso, la Sala estudió la literatura internacional y regional sobre indicadores de derechos humanos y más particularmente, sobre derechos socioeconómicos tales como el derecho a la salud. Pese a que los parámetros construidos por esta Sala no son indicadores en estricto sentido, los mismos pueden ser utilizados como el insumo básico para la construcción de indicadores de cumplimiento por parte del Gobierno Nacional.

Del mismo modo en que se advirtió en el auto de generación de parámetros y niveles de cumplimiento de la orden décimo séptima, en este ejercicio de análisis constitucional la Corte integrará en su estudio los resultados cuantitativos y cualitativos de los parámetros, así como todos los demás aspectos constitucionalmente relevantes que formen parte del expediente, para

<sup>21</sup> Conformado en el Auto 120 del 8 de junio de 2011 y ampliado en el Auto 147 del 19 de julio del mismo año.

<sup>22</sup> Convocados en el Auto 147 del 19 de julio de 2011.

<sup>23</sup> Véase: Secretario General de las Naciones Unidas, *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals*. UN Docs E/CN.3/2011/13 (2010). Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, “Uso de indicadores para exigir responsabilidad en materia de derechos humanos” en *Informe Sobre Desarrollo Humano 2000* (PNUD, Nueva York: 2000). Sobre este fenómeno: Sally Engle Merry, “Measuring the World Indicators, Human Rights, and Global Governance” 52 *Current Anthropology*, Supplement 3 (2011) S83; Kevin Davis y Michael B. Kruse, “Taking the Measure of Law: The Case of the Doing Business Project.” 32 *Law & Social Inquiry* (2007)1095. El mismo fenómeno ha sido analizado en Europa por Armin von Bogdandy y Matthias Goldmann, ‘The Exercise of International Public Authority through National Policy Assessment. The OECD’s PISA Policy as a Paradigm for a New International Standard Instrument’, 5 *International Organizations Law Review* (2008) 241.

<sup>24</sup> Luis Eduardo Pérez, “¿Es posible medir los derechos? De la medición del acceso a bienes y servicios a la medición del disfrute de los derechos” En: “*Derechos sociales: justicia, política y economía en América Latina*”- Bogotá, Grupo IDEAS, Facultad de Derecho, Universidad de los Andes, 2010.

establecer el cumplimiento de sus órdenes mediante una ponderación sistémica de los resultados de los mismos, que se guiará por el precedente metodológico ya establecido en amplia jurisprudencia de este Tribunal.

En los parámetros que la Corte trazará en este auto y que servirán para ponderar el grado de cumplimiento de la orden vigésimo segunda, se adaptó la clasificación de estructura, proceso y resultado, realizada por las Naciones Unidas<sup>25</sup>, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos<sup>26</sup> y Hunt<sup>27</sup>, entre otros.

2.3. Tal como se explicó en el citado Auto 226, a continuación se expone sintéticamente, lo que debe entenderse por cada uno de los parámetros que se implementarán:

2.3.1. Por **parámetros de estructura** se hará referencia a instrumentos formales, presentados dentro de plazos fijados por la Ley y/o por la jurisprudencia constitucional, en los que el Gobierno Nacional o la entidad regulatoria definen, a partir de una metodología unificada, 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. Al ser indicativo de la voluntad del Gobierno de ocuparse del tema en cuestión, el instrumento puede ofrecer además los parámetros para que éste rinda cuenta de sus acciones u omisiones con respecto al cumplimiento de los objetivos.

Los parámetros de estructura se refieren a la existencia y a las características de un documento o instrumento formal basado en una metodología para alcanzar unos objetivos de políticas públicas. Estos parámetros son necesarios, más no suficientes, para alcanzar un grado de cumplimiento alto, medio o bajo de las órdenes impartidas por la sentencia T-760 de 2008. Al ser necesarios, en aquellos casos en los que se constate la inexistencia de un instrumento o documento formal que cumpla con características básicas, se debería declarar el incumplimiento general de las órdenes.

2.3.2. Los **parámetros de proceso**, por su parte, reflejan una relación o secuencialidad entre los instrumentos de política pública adoptados por el

---

<sup>25</sup> Véase: Secretario General de las Naciones Unidas, *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals*. UN Docs E/CN.3/2011/13 (2010). Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, “Uso de indicadores para exigir responsabilidad en materia de derechos humanos” en *Informe Sobre Desarrollo Humano 2000* (PNUD, Nueva York: 2000)

<sup>26</sup> *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y Culturales*. Doc. 14. 19 de julio de 2008.

<sup>27</sup> Véase, Paul Hunt, “Informe Provisional del relator especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud”, presentado de conformidad con la 2003745 del Consejo Económico y Social, 10 de octubre de 2003, A7587427, p. 6.

Estado (parámetros de estructura) y la consecución de objetivos intermedios que acumulados se convierten en parámetros de resultado, los cuales a su vez están relacionados con la materialización de derechos tales como la salud. En este sentido, los parámetros de proceso deben hacer explícita la relación o secuencialidad entre los parámetros de estructura y los de resultado.

Los parámetros de proceso se refieren ya no a un documento o instrumento formal, sino a las acciones concretas realizadas a partir de dicho instrumento por la entidad gubernamental o regulatoria con miras a lograr la actualización integral del Plan de Beneficios. Para un cumplimiento alto, medio o bajo de las órdenes, es indispensable no sólo que exista el instrumento formal, sino que éste se haya materializado en acciones concretas. En aquellos casos en los que no se constaten este tipo de acciones, se debería declarar el incumplimiento general de las órdenes.

2.3.3. Por último, los **parámetros de resultado** describen los logros, individuales y colectivos, que reflejan el grado de realización de un derecho humano en un determinado contexto. En este caso, los parámetros de resultado reflejan un grado de realización de la actualización integral del Plan de Beneficios, la cual hace parte de la realización del derecho fundamental a la salud. Un parámetro de resultado suele ser un parámetro lento, menos sensible a las variaciones transitorias que un indicador de proceso.

### **3. Los parámetros de cumplimiento en la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008**

Los siguientes son los lineamientos o parámetros que deben observarse como mínimo por el Gobierno Nacional al momento de llevar a cabo la unificación de los planes de beneficios.

3.1. Parámetros de estructura: Suponen que el instrumento con el cual se unifiquen los planes de beneficios (Acuerdo de la CRES u otra regulación), haya sido diseñado a partir de un programa o metodología establecido previamente y allegado en el término indicado por esta Corporación. Dicho programa o metodología debe:

- i. Atender a las prioridades de la población según estudios epidemiológicos y sociodemográficos.
- ii. Garantizar un proceso de participación directa y efectiva 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, los afiliados y las sociedades científicas.

- iii. Prever la definición de mecanismos para racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios en condiciones de equidad, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas con base en criterios de accesibilidad geográficos, económicos, culturales, sociales, entre otros.
- iv. Contemplar las medidas necesarias para garantizar la portabilidad de beneficios del POS en el régimen subsidiado hasta tanto se logre la unificación total de los planes de beneficios.
- v. Adoptar las 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.
- vi. Identificar los desestímulos en el pago de cotizaciones por parte de los usuarios, previendo la adopción de las medidas necesarias para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen.
- vii. Asegurar la igualdad de equipamiento (infraestructura, tecnología, personal, etc.) para la prestación del POS unificado a todas las personas, sin distinción de su condición de contribuyente o subsidiado.
- viii. Garantizar la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC, así como las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente, contemplando las medidas necesarias para obtener recursos adicionales suficientes para que la unificación del POS sea económicamente sostenible.
- ix. Contemplar la definición de mecanismos para facilitar la disponibilidad de recursos necesarios para la prestación de servicios de salud.
- x. Prever medidas que eviten la regresión en el goce efectivo del derecho a la salud de las personas, especialmente por dificultades de orden económico y/o administrativo.
- xi. Contener un conjunto de objetivos medibles a corto, mediano y largo plazo, así como las acciones necesarias para alcanzarlos.
- xii. Fijar unos criterios de desempeño, con su respectivo soporte técnico, para evaluar el cumplimiento de dichos objetivos.
- xiii. Establecer un cronograma para el cumplimiento de tales objetivos, en el cual se identifiquen los plazos, las acciones concretas y los responsables de su ejecución, así como las etapas de evaluación y los mecanismos correctivos y de ajustes a que haya lugar.

3.2. Parámetros de proceso: Implican que a partir del instrumento con el cual se busque unificar los planes de beneficios se realizaron, por lo menos, las siguientes acciones:

- i. La unificación de los planes de beneficios se justificó según argumentos científicos fundamentados en: (i) el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad de la población, (ii) la disponibilidad de recursos, y (iii) el equilibrio financiero.
- ii. Se garantizó el proceso de participación directa y efectiva para la implementación del instrumento.
- iii. Con la unificación de los planes de beneficios se garantiza la prestación de los servicios del Plan de Beneficios a los usuarios cuando éstos cambien su condición de contribuyentes a subsidiados.
- iv. Con la unificación de los planes de beneficios se adoptan las medidas necesarias para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen.
- v. Se evaluó el cumplimiento de los objetivos fijados en el programa o metodología (parámetros de estructura).
- vi. Se cumplió el cronograma propuesto en el programa o metodología (parámetros de estructura).
- vii. Se produjo el equipamiento (infraestructura, tecnología, personal, etc.) necesario para la prestación del POS unificado a todas las personas, sin distinción de su condición de contribuyente o subsidiado.
- viii. Se superaron las deficiencias identificadas en las evaluaciones a las pruebas piloto de unificación.

3.3. Parámetros de resultado: Requieren que se demuestre una relación de secuencialidad entre los parámetros de estructura y de proceso que conducirá, en un tiempo razonable, a la materialización de los siguientes objetivos:

*A corto y mediano plazo:*

- i. Promover un descenso significativo en los volúmenes y costos de los cobros ante el FOSYGA, así como del número de acciones de tutela por servicios de salud No POS del régimen subsidiado
- ii. Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de las mujeres, los ancianos las minorías étnicas y los sectores de la población más vulnerables.
- iii. Responder a las necesidades que se deriven de los cambios en la estructura demográfica nacional y de los cambios en el perfil epidemiológico nacional.
- iv. Incentivar a quienes cuentan con capacidad económica para que coticen efectivamente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- v. Resolver la problemática de la diferenciación entre la UPC y la UPC-S teniendo en cuenta los demás ingresos en cada régimen.
- vi. Conducir al mejoramiento de los indicadores de salud pública en el país, en áreas tales como la carga de enfermedad, las tasas de morbimortalidad, el número de años perdidos por discapacidades o la muerte temprana.
- vii. Acceso a los servicios de salud en condiciones de equidad.
- viii. Aseguramiento de las necesidades y las prioridades en salud con base en criterios de accesibilidad geográficos, económicos, culturales, sociales, entre otros.

*Largo plazo:*

- i. Fortalecer el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
- ii. Cubrir las necesidades y mejorar las condiciones de salud de la población colombiana.
- iii. Proteger a los asegurados de los riesgos financieros que pueda causar la enfermedad y considerar las preferencias de los usuarios.
- iv. Impedir la regresividad en el goce efectivo del derecho a la salud.
- v. Asegurar el acceso efectivo y oportuno de las personas a los servicios de salud unificados y a aquellos que requieran con necesidad.

#### **4. Niveles de cumplimiento de la orden 22 de la sentencia T-760 de 2008**

Los parámetros determinados en el numeral anterior de este acápite, deberán ser acatados en el proceso de unificación de los planes de beneficios, situación que será valorada por esta Sala al momento de decidir sobre el cumplimiento de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008.

Dicha valoración se regirá, en principio, por los niveles de cumplimiento e incumplimiento que se explicarán a continuación, cuya creación atendió la clasificación desarrollada por la Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional en el Auto 185 de 2004, como se indicó en el Auto 226 del año en curso.

##### *4.1. Nivel de cumplimiento alto*

Un nivel de cumplimiento alto de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008 supone que el ejercicio de ponderación de los parámetros de estructura y de proceso arroja resultados muy positivos, y que es razonable

esperar que la implementación del programa y cronograma fijados para alcanzar la unificación de los planes obligatorios de salud de ambos regímenes conduzca a la materialización de los resultados fijados, esto es, a unificar gradual y sosteniblemente dichos planes en un lapso razonable, sin que implique regresión alguna en el goce efectivo del derecho a la salud de las personas. En esta medida, la unificación de los planes de beneficios con un nivel de cumplimiento alto debe mostrar una relación secuencial clara entre parámetros de estructura, de proceso y de resultado.

#### *4.2. Nivel de cumplimiento medio*

Un nivel de cumplimiento medio de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008 requiere que el ejercicio de ponderación de los parámetros de estructura y de proceso presente resultados aceptables pero no del todo positivos. Por consiguiente, ante un grado de cumplimiento medio, es razonable que no exista plena certeza de si la implementación del programa y cronograma fijados conducirá a la materialización de la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios en un lapso razonable, sin que implique regresión alguna en el goce efectivo del derecho a la salud de las personas. En esa medida, la unificación de los planes de beneficios con un nivel de cumplimiento medio muestra un proceso secuencial medianamente claro entre parámetros de estructura, de proceso y de resultado.

#### *4.3. Nivel de cumplimiento bajo*

Un nivel de cumplimiento bajo de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008 supone que el ejercicio de ponderación de los parámetros de estructura y de procedimiento arroje resultados ni siquiera aceptables, sino deficientes. En consecuencia, ante un grado de cumplimiento bajo, es irrazonable pretender que de la implementación del programa y cronograma fijados se llegue a la satisfacción de sus propios objetivos. Así las cosas, la unificación de los planes de beneficios con un nivel de cumplimiento bajo muestra un proceso secuencial dudoso entre parámetros de estructura, de proceso y de resultado.

#### *4.4. Incumplimiento*

El incumplimiento de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008 supone que el proceso secuencial entre parámetros estructurales, de proceso y de resultado se ha roto debido a que: (i) la entidad a cargo del cumplimiento no presentó, o presentó extemporáneamente, el programa y cronograma necesarios para la unificación de los planes de beneficios -parámetros de estructura-; (ii) que pese a existir éste no se cristalizó en medidas concretas que permitan



evidenciar un procedimiento -parámetros de proceso-; y (iii) que no sea conducente de ningún modo a la consecución de resultados concretos - parámetros de resultado.

Cuando se constate el rompimiento de la relación secuencial entre los tres tipos de parámetros, se procederá a declarar el incumplimiento general de mandato de unificación de los planes de beneficios.

## **5. Decisiones a adoptar**

De conformidad con lo expuesto en esta providencia y teniendo en cuenta el material probatorio que obra en el expediente de seguimiento, así como las intervenciones surtidas en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas celebrada el pasado 7 de julio, la Sala encuentra necesario, a fin de dar estricto cumplimiento a la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008, requerir al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Comisión de Regulación en Salud y al Departamento Nacional de Planeación, para que presenten conjuntamente el programa en que se desarrollen, paso a paso, todas y cada una de las acciones necesarias para alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado, así como el cronograma en que se encuentren distribuidas y organizadas, en forma de secuencia temporal, cada una de las actividades descritas en dicho programa, sin perder de vista que este último debe planearse en un término razonable y debidamente justificado.

Es de advertir que en el proceso de cumplimiento de la mencionada orden, deberá procurarse un grado de protección superior al derecho a la salud que aquel del que actualmente goza la población colombiana, garantizando, como mínimo, el acatamiento integral de los parámetros de estructura, proceso y resultado consignados en este auto.

Por tanto, la CRES y el Ministerio de Salud y Protección Social deberán cumplir con una carga argumentativa que permita verificar el alcance de un nivel de cumplimiento alto del citado mandato, respecto de las actividades que se desarrollen en adelante, así como frente a aquellas que se hayan adelantado hasta la fecha en procura de la unificación de los planes de beneficios.

Así, sólo en el caso de que la Comisión de Regulación en Salud tramite dicha carga argumentativa de manera satisfactoria, podrá la Corte entrar a considerar un grado de cumplimiento alto a nivel de estructura, proceso y resultado de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008. De lo contrario, se vería abocada a constatar el incumplimiento de la misma o determinar grados de cumplimiento medio o bajo.

Finalmente, se ordenará a la Comisión de Regulación en Salud remitir bimensualmente, un informe del cumplimiento de este auto y de la ejecución del programa y cronograma que sean allegados. Este informe deberá remitirse a la Corte Constitucional, a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación.

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

### III. RESUELVE

**PRIMERO. ACLARAR** al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y a las demás entidades involucradas en el cumplimiento de esta orden, que con la presentación del programa y cronograma exigidos en el numeral vigésimo segundo de la parte resolutive de la sentencia T-760 de 2008, no se entiende cumplido dicho mandato, toda vez que aquéllos son tan sólo un medio para alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado. Por ende, la orden podrá entenderse cumplida únicamente en la medida en que dicha unificación sea alcanzada.

**SEGUNDO. PREVENIR** al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud para que en todas las actividades que se lleguen a desarrollar para alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios, se observen los lineamientos expuestos en el núm. 3 de la parte motiva de esta providencia, sin perjuicio de los demás criterios o medidas que consideren necesarios para el cumplimiento de la orden vigésimo segunda de la sentencia T-760 de 2008, de manera que este proceso conlleve un nivel de cumplimiento alto.

**TERCERO. REQUERIR** al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Comisión de Regulación en Salud y al Departamento Nacional de Planeación, que presenten conjuntamente, en el término de treinta (30) días, el programa en que se desarrollen, paso a paso, todas y cada una de las actividades necesarias para alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

**CUARTO. REQUERIR** al Ministerio de Salud y Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la Comisión de Regulación en Salud y al Departamento Nacional de Planeación, que presenten conjuntamente, en el

término de treinta (30) días, el cronograma en que se encuentren distribuidas y organizadas cada una de las actividades descritas en el citado programa, en forma de secuencia temporal, planeado en un término razonable y debidamente justificado.

**QUINTO. ADVERTIR** a la Comisión de Regulación en Salud, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, al Departamento Nacional de Planeación y al Ministerio de la Protección Social, que el programa y cronograma que se alleguen en virtud de este proveído, deberán ser cumplidos a cabalidad.

**SEXTO. REQUERIR** a la Comisión de Regulación en Salud, para que remita bimensualmente a la Corte Constitucional, a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, un informe sobre la ejecución del programa y cronograma a que se ha hecho referencia. Para tal efecto, téngase en cuenta que dicho lapso empezará a contarse a partir del día siguiente en que venza el plazo para allegar el programa y cronograma exigidos.

**SÉPTIMO. ORDENAR** a la Secretaría General de esta Corporación que libre las comunicaciones a que haya lugar en virtud de los numerales anteriores, remitiendo copia de esta providencia al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, al Departamento Nacional de Planeación, a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO  
Magistrado

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO  
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO  
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ  
Secretaria General