

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**



**CORTE CONSTITUCIONAL  
Sala Especial de Seguimiento**

**AUTO 410 de 2016**

**Referencia:** Seguimiento a las órdenes decimoséptima y decimoctava de la Sentencia T-760 de 2008.

**Asunto:** Valoración de las órdenes de actualización integral y periódica del POS.

**Magistrado Sustanciador:**  
JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D.C., cinco (05) de septiembre de dos mil dieciséis (2016).

La Sala Especial conformada para efectuar el seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Alejandro Linares Cantillo, Gabriel Eduardo Mendoza Martelo y Jorge Iván Palacio Palacio, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto, con base en los siguientes

**I. ANTECEDENTES.**

**1. Generalidades de las órdenes decimoséptima y decimoctava de la sentencia T-760 de 2008.**

1.1. La sentencia T-760 de 2008 estableció una serie de mandatos dirigidos a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, con el fin de que adoptaran las medidas necesarias para enmendar las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados y decididos en dicha providencia.

La Corte consideró que *“la incertidumbre con relación a los contenidos del plan obligatorio de servicios de salud afecta gravemente el derecho a la salud de las personas, no sólo por cuanto impone barreras en el trámite para acceder a los servicios, sino también porque impide adoptar las medidas adecuadas y necesarias para asegurar la financiación de estos con miras a asegurar el goce efectivo del derecho a la salud”*<sup>1</sup>.

En aras de superar la falta de claridad en el catálogo de beneficios y de garantizar que los mismos atiendan las necesidades y prioridades de salud, se consideró imperativo que fueran actualizados de manera integral y periódica de conformidad con los criterios

---

<sup>1</sup> Cfr. Consideración jurídica 6.1.1.1.3., sentencia T-760 de 2008.

señalados por la ley y la jurisprudencia constitucional. Por lo anterior, la Corte resolvió:

*“Décimo séptimo.- Ordenar a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS). Para el cumplimiento de esta orden la Comisión deberá garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, según lo indicado en el apartado (6.1.1.2.). En dicha revisión integral deberá: (i) definir con claridad cuáles son los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios, valorando los criterios de ley así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional; (ii) establecer cuáles son los servicios que están excluidos así como aquellos que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas; (iii) decidir qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, en aras de una mayor protección de los derechos, según las prioridades en materia de salud; y (iv) tener en cuenta, para las decisiones de incluir o excluir un servicio de salud, la sostenibilidad del sistema de salud así como la financiación del plan de beneficios por la UPC y las demás fuentes de financiación.*

*En la definición de los contenidos del POS deberá respetarse el principio de integralidad en función de los servicios de salud ordenados y de la atención requerida para las patologías aseguradas.*

*Los nuevos planes de beneficios de acuerdo a lo señalado antes deberán adoptarse antes de febrero uno (1) de 2009. Antes de esa fecha los planes serán remitidos a la Corte Constitucional y serán comunicados a todas las entidades Promotoras de Salud para que sea aplicado por todos los Comités Técnico Científicos de las EPS. Este plazo podrá ampliarse si la Comisión de Regulación en Salud, CRES, expone razones imperiosas que le impidan cumplir con esta fecha, la cual, en ningún caso podrá ser superior a agosto 1 de 2009.*

*En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual deberá garantizar también la participación directa de la comunidad médica y de los usuarios.*

*Décimo octavo.- Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley. La Comisión presentará un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando, para el respectivo período, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.*

*En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Cuando sea creada la Comisión de Regulación esta deberá asumir el cumplimiento de esta orden y deberá informar a la Corte Constitucional el mecanismo adoptado para la transición entre ambas entidades.”*

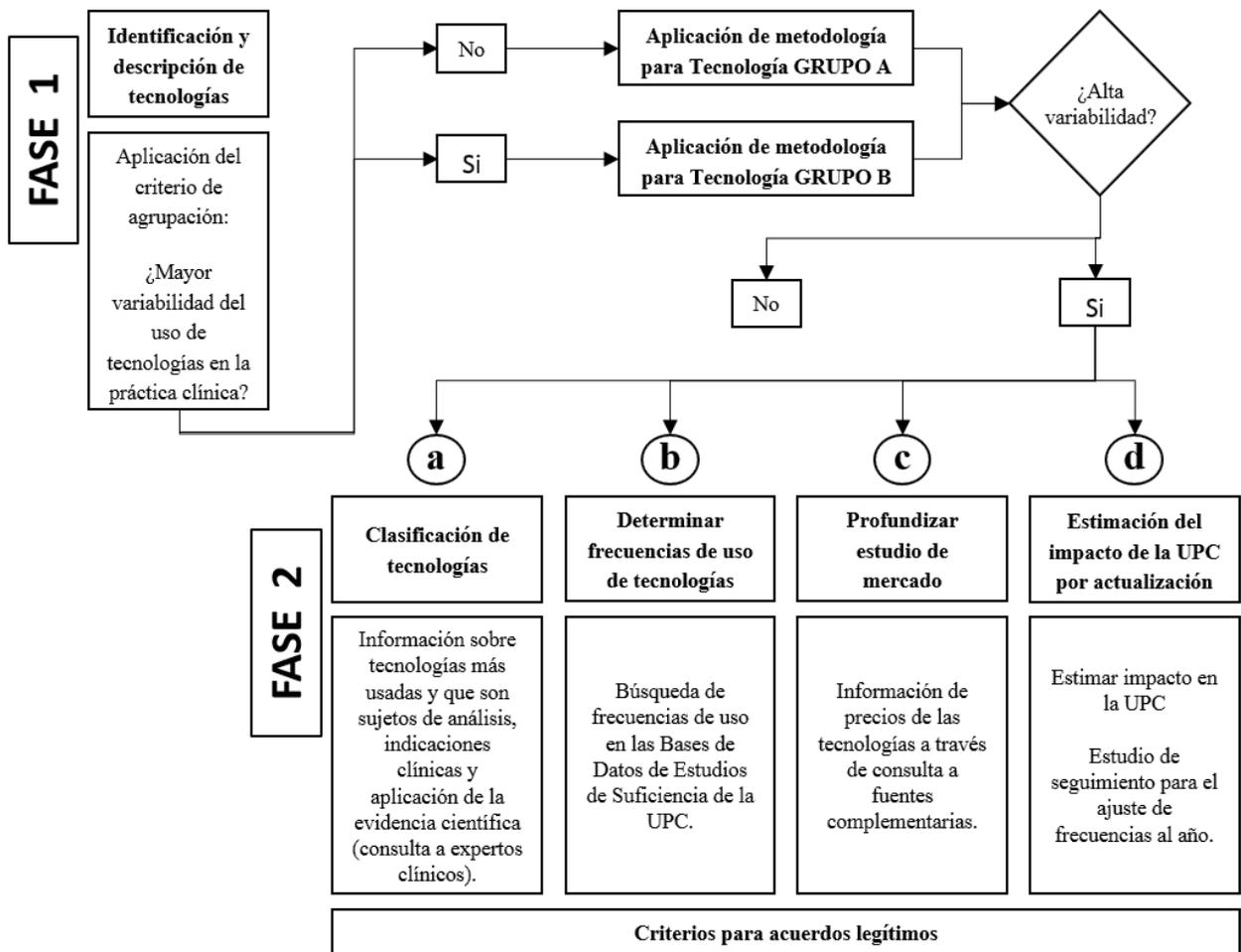
## **2. Desarrollo cronológico a partir de lo dispuesto en la sentencia T-760 de 2008 y las actualizaciones integrales al plan de beneficios<sup>2</sup>.**

---

<sup>2</sup> El contenido de los informes presentados por las entidades obligadas, peritos y demás organizaciones será abordado en la parte considerativa de esta providencia, razón por la cual en este acápite de antecedentes solo se

2.1. En cumplimiento de lo dispuesto, la cartera de salud mediante informe del 30 de enero de 2009<sup>3</sup>, destacó que el proceso de aclaración del POS se adelantaría a partir de dos fases. La primera tenía como objetivo analizar las tecnologías incluidas en el POS que se consideren como posibles “desviadores” del gasto en salud dentro del contexto del aseguramiento por cambios en su frecuencia de uso o sus costos. La segunda analizó los servicios que presenten mayor variabilidad en su uso en la práctica clínica (identificadas en la Fase 1), que permita la definición de la tecnología media<sup>4</sup> no solo por costos, sino por evidencia científica e indicaciones clínicas.

Así mismo, estableció el procedimiento a seguir el cual se resume en la siguiente gráfica:



Por otra parte, explicó que se crearía una instancia técnica del nivel nacional o regional

hará referencia a las fechas en que fueron allegados y, de ser el caso, a una descripción general de los mismos. Haciendo especial énfasis en la última actualización al plan de beneficios, en la medida que se trata de un proceso en constante desarrollo desde 1993, atendiendo a diferentes momentos de participación ciudadana y diseño institucional.

<sup>3</sup> Cfr. AZ Orden XVII-A, folios 23 a 36.

<sup>4</sup> El Ministerio indicó que a partir de la discusión con “un grupo de expertos de Evaluación de Tecnologías en Salud compuesto por profesores de cuatro universidades, más un equipo del Ministerio de la Protección Social y del Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnologías en Salud” se definió tecnología media como aquella que “esté indicada y que con su uso se alcanza un nivel mínimo de efectividad definido con evidencia científica, para responder a un problema de salud. || Si existen diferentes opciones o ‘niveles’ para la tecnología en salud con una misma indicación, la tecnología media corresponderá a la más costo-efectiva. || si no hay información sobre costo-efectividad de la tecnología en salud, la tecnología media corresponde a la que en consenso de expertos se considere como más adecuada para una determinada indicación, entendiendo como adecuada aquella que dé respuesta a las necesidades terapéuticas o de rehabilitación según el caso clínico. || La tecnología no es el máximo ni el mínimo nivel de tecnología disponible, y no se trata de la tecnologías más barata o la más costosa; la tecnología media es la que se acerque más al nivel deseado de efectividad”. Cfr. *Ibidem*, folio 28.



2.2. En Auto del 20 de febrero de 2009 se resolvió correr traslado del referido informe al “Proyecto Así Vamos en Salud” y a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –en adelante Acemi-.

2.2.1. Sostuvo que la propuesta del Ministerio se limitaba a la definición del nivel de tecnología cubierta por el plan. Destacó que aunque se hace un avance se dejan de lado otros asuntos que han generado la “zona gris” del POS<sup>5</sup>, a saber:

- i) *Aclaración de los elementos incluidos en el POS como prótesis, órtesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para alguna función biológica. Explicó que estos no siempre están incluidos en el paquete de beneficios, a pesar de que sí se contempla el procedimiento de implantación<sup>6</sup>.*
- ii) *Complicaciones de eventos excluidos del POS, puesto que en la actualidad el Sistema no asume los costos de la atención de urgencia.*
- iii) *Definición del nivel de tecnología cubierta, dentro de la cual deben incluirse materiales e insumos, dispositivos implantables, vías de acceso, dispositivos médicos para procedimientos POS, equipos, ámbito de prestación y nivel de tecnología costado para el cálculo de la UPC.*

Finalmente, indicó que el documento se circunscribe a la metodología para la aclaración del plan, sin tener en cuenta su revisión integral.

2.3. El 31 de Julio de 2009 la Comisión de Regulación en Salud (en adelante CRES) radicó un oficio en el que señaló que a pesar de su reciente creación<sup>7</sup>, concentró su esfuerzo en el empalme con el Ministerio a fin de definir la revisión de la metodología para cumplir con los estudios correspondientes a la actualización del paquete de beneficios. Como soporte de su intervención allegó el “*Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos - Actualización Integral de los Planes Obligatorios de Salud*”<sup>8</sup>.

En este contexto se expidió el **Acuerdo 003 del 30 de julio de 2009**<sup>9</sup> que dispuso un periodo de transición entre su expedición y la entrada en vigencia (1° de enero de 2010), para que los interesados ajustaran sus sistemas de información y se pudieran complementar los estudios de equilibrio financiero UPC.

Este acto fue derogado por el **Acuerdo 008 del 29 de diciembre del mismo año**, debido a los comentarios, observaciones y sugerencias presentadas por diferentes entidades y personas que intervinieron en el proceso de consolidación del plan de beneficios, en el cual se procuró dar mayor precisión respecto de las coberturas, según lo afirmado por la CRES.

<sup>5</sup> La “zona gris” ha sido definida por este Tribunal Constitucional como el hecho de no conocerse con la suficiente precisión lo incluido, no incluido y excluido expresamente del POS.

<sup>6</sup> Al respecto, citó como ejemplos el *stent* que solo fue incluido desde 2004, los audífonos, el *coil* para manejo de alteraciones vasculares, el lente intraocular y las prótesis de extremidades adaptables en caso de amputación.

<sup>7</sup> A través de la Ley 1122 de 2007 se instituyó la CRES. En concreto el artículo 3° señaló: “*Comisión de Regulación en Salud: Creación y naturaleza. Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. // El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud, CRES*”.

<sup>8</sup> Cfr. AZ Orden XVII - A, folios 326 a 497.

<sup>9</sup> **Acuerdo 003 del 30 de julio de 2009**, “*Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*”.

2.4. El 17 de marzo de 2010, el Ministerio de la Protección Social presentó un informe general de cumplimiento de las distintas órdenes impartidas. En él afirmó que los numerales 17° y 18° de la sentencia T-760 de 2008 se encontraban cumplidos con la expedición de los acuerdos 003 y 008 de 2009.

2.5. En el Auto 104 de 2010 la Sala preguntó al Ministerio y a la CRES sobre los avances y obstáculos en la solución de las fallas estructurales advertidas en providencia objeto de seguimiento. Igualmente, indagó por la efectividad y eficacia de las medidas adoptadas hasta el momento. A la segunda entidad le pidió que reportara el progreso y los resultados de las actividades desarrolladas para lograr el “*pacto de conducta*” en procura de enfrentar las dificultades en la información y el perfeccionamiento de los instrumentos de participación.

El Ministerio reiteró que han sido efectivas y eficaces las medidas adoptadas en cuanto a la actualización integral de los planes obligatorios de salud, así como su actualización anual, disposición que se encuentra cumplida a partir de los acuerdos 003 y 008 de 2009. La CRES sostuvo que los acuerdos se traducen en un mejor entendimiento de los planes de beneficios y posiblemente en la disminución de las acciones de tutela.

2.6. En el Auto 105 de 2010 se formularon unos interrogantes a la CRES sobre los antecedentes de la actualización del POS, la supresión e inclusión de algunos procedimientos y las razones para ello. Se cuestionó si la homologación del *Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud –Mapiposa* a los CUPS había contribuido a la claridad y asequibilidad de los usuarios a los contenidos del plan y la superación de las “*zonas grises*”. Además, se pidió acreditar los mecanismos de participación directa y efectiva implementados, indicando su influencia real en la suscripción del POS. Así mismo, atendiendo el documento cursado por la Mesa Nacional de Cáncer<sup>10</sup> corrió traslado a la Comisión de Regulación, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación y la Superintendencia Nacional de Salud.

2.7. En escrito radicado el 22 de junio de 2010, la Defensoría del Pueblo manifestó que la CRES presentó dos reportes<sup>11</sup> a través de los cuales informó sobre la expedición de los acuerdos 003 y 008 de 2009. Adicionalmente, respecto de la consulta ciudadana para actualizar los planes precisó que no fue representativa puesto que: (i) la convocatoria no se realizó con suficiente anterioridad y (ii) “*el único medio adoptado (página web) no era accesible a toda la población*”<sup>12</sup>.

2.8. El 16 de septiembre de 2010, la Procuraduría General de la Nación indicó que ofició al Ministerio para que informara si la convocatoria se llevó a cabo bajo una amplia divulgación y publicidad, de forma tal que garantizara la participación democrática de las entidades y de los usuarios.

---

<sup>10</sup> Escrito presentado el 24 de agosto de 2009, en el que fueron expuestas algunas inquietudes e inconvenientes evidenciados en la convocatoria realizada por el Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud en el marco de la reunión “*Preguntas para la consulta participativa ciudadana y criterios de inclusión y exclusión para el POS*”.

<sup>11</sup> Radicados el 31 julio de 2009 y febrero de 2010, respectivamente.

<sup>12</sup> Cfr. Escrito allegado el 22 de junio de 2010, AZ Orden XVII – B, folio 520.

2.9. La Sala Especial de Seguimiento en Auto 310 de 2010, corrió traslado a la CRES del documento allegado por la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres<sup>13</sup> para que este presentara los argumentos necesarios respecto de las afirmaciones provenientes del escrito<sup>14</sup>.

La Comisión envió a este Tribunal la respuesta a las inquietudes presentadas, informando que se desarrollaron los siguientes aspectos de acuerdo a los ítems planteados: (i) la interrupción voluntaria del embarazo para mujeres del régimen subsidiado; (ii) el suministro de preservativos a mujeres enfermas de VIH e infecciones de transmisión sexual; y (iii) el tamizaje para cáncer de seno.

2.10. El 28 de septiembre de 2010 fue expedido el Auto 317, en el que se formularon interrogantes a las Universidades y Grupos de Seguimiento respecto de las diferentes disposiciones generales impartidas en la sentencia T-760 de 2008 y, particularmente, respecto de las órdenes 17 y 18 se indagó sobre la correcta actualización del POS a las siguientes entidades: Acemi, la Universidad de los Andes, la EPS-I MALLAMAS, la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social – en adelante CSR.

2.11. A través del Auto 110 de 2011, esta Sala convocó a audiencia pública de rendición de cuentas en relación con las disposiciones décima sexta<sup>15</sup>, decimoséptima<sup>16</sup>, decimoctava<sup>17</sup>, vigésima primera<sup>18</sup> y vigésima segunda<sup>19</sup>, la cual se llevó a cabo el 7 de julio de 2011<sup>20</sup>.

2.11.1. El entonces Ministerio de la Protección Social<sup>21</sup> informó que los obstáculos que impedían la actualización y unificación de los planes de beneficios consistían en su financiación, toda vez que las necesidades de la población son ilimitadas de cara a los recursos disponibles.

2.11.2. El Viceministro de Hacienda y Crédito Público<sup>22</sup> dijo estar adelantando medidas para superar el déficit estructural causado por los gastos en la prestación de los servicios de salud no POS.

---

<sup>13</sup> Mediante auto 94 de 2010, se reconoció como Grupo de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 a *la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*, en atención a que esta agrupación manifestó su interés en hacer parte de las entidades que procuran verificar el cumplimiento de las órdenes impartidas.

<sup>14</sup> El 17 de agosto de 2010, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres allegó un documento del análisis efectuado a la actualización que del POS hecha por la CRES -Acuerdo 008 de 2009, especialmente en lo atinente a las prestaciones de salud sexual y reproductiva que afectan de manera directa a las mujeres. En este sentido presentó varias conclusiones que, desde su punto de vista, evidencian un retroceso injustificado en la protección al derecho a la salud.

<sup>15</sup> Precisión, actualización, unificación y acceso a los Planes Obligatorios de Salud.

<sup>16</sup> Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud.

<sup>17</sup> Periodicidad en la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud.

<sup>18</sup> Unificación de los planes de beneficios para los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado.

<sup>19</sup> Adopción de un programa y cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado.

<sup>20</sup> En dicha audiencia participaron entes gubernamentales como el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público; órganos de control como la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la República; el Congreso de la República; la Fiscalía General de la Nación; algunas organizaciones nacionales e internacionales, de la sociedad civil y de la academia tales como Acemi, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -Ascofame-, CSR, el Proyecto Así Vamos en Salud, el Centro de Investigación para el Desarrollo -CID- de la Universidad Nacional, el Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad -DeJuSticia y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, así como el doctor Luis Jorge Garay Salamanca.

<sup>21</sup> Documento de 20 de junio de 2011 (AZ Audiencia Pública ordenes 16, 17, 18, 21 y 22 I) folio 88-120.

<sup>22</sup> Documento de 20 de junio de 2011 (AZ Audiencia Pública ordenes 16, 17, 18, 21 y 22 I) folios 163-182.

2.11.3. El Superintendente Nacional de Salud manifestó que para lograr actualizar de manera integral y permanente el POS era necesario que se dispusiera de desarrollo institucional, investigación científica, así como de información actuarial, epidemiológica y tecnológica.

2.11.4. La CRES por su parte resaltó el haber compilado en un solo texto normativo los planes obligatorios de salud para los regímenes contributivos y subsidiados. Agregó que se adoptó la Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS, lo que permitió estandarizar datos y eliminó la interpretación para una homologación de servicios como ocurría con el Manual de Actividades -Mapipos.

Por otra parte, refirió haber adelantado una serie de actividades tendientes a dar cumplimiento a lo dispuesto por la Corte Constitucional. En tal sentido indicó que se enlistaron un total de 5.963 actividades, intervenciones y procedimientos a los cuales tienen derecho los afiliados y beneficiarios del régimen contributivo y, finalmente, se enunció en forma explícita las exclusiones para ambos regímenes.

2.11.5. Asimismo, se contó con la intervención de la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación; los senadores Dilian Francisca Toro y Jorge Enrique Robledo; algunas organizaciones internacionales, la sociedad civil y la academia como Acemi, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -Ascofame-, la CSR, el Proyecto Así Vamos en Salud, el Centro de Investigación para el Desarrollo -CID- de la Universidad Nacional, Dejusticia y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

2.12. Posteriormente, la CRES, a través de escritos radicados el 13 de junio, el 22 de julio y el 3 de agosto de 2011, remitió:

i) La *“Metodología para la actualización integral del plan obligatorio de salud del sistema general de seguridad social en salud”*<sup>23</sup>, en la que se relacionó lo dispuesto por la Ley 1122 de 2007 y el desarrollo de la CRES en ejercicio de sus facultades, en cuanto a la definición y modificación de los POS.

Conforme con lo mencionado en el documento, debió revisarse el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harían parte de los planes de beneficios. Para ello, se propuso el inicio del ciclo metodológico con el diagnóstico e identificación de los aspectos considerados como punto o puntos de partida. Sobre este punto, se presentó la metodología para categorizar el POS vigente por tipos de tecnologías y usos clínicos, dando prioridad a las tecnologías en salud para los procesos de evaluación.

ii) Los informes de cada una de las 32 evaluaciones de tecnologías realizadas por su Unidad Administrativa en el año 2010, en el marco del contrato suscrito con la Universidad Nacional de Colombia<sup>24</sup> en relación con la actualización del POS y,

---

<sup>23</sup> Cfr. AZ Orden XVII - D, folios 1619 a 1674. Metodología para la Actualización Integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Documento elaborado por la Subdirección Técnica de la CRES bajo la dirección de las comisionadas Martha Gualtero Reyes y Esperanza Giraldo Muñoz. Grupo de trabajo: Amanda Vega Figueroa, Adriana Ávila Reina, Alida Saavedra González, Jaime Castro Díaz y Luis Tocaruncho Ariza) Bogotá, Junio de 2011.

<sup>24</sup> Cfr. *Ibidem*, folio 1678 y cd adjunto.

iii) El documento de avance del proyecto de participación ciudadana<sup>25</sup>.

2.13. El 21 de octubre de 2011, la Corte Constitucional profirió el Auto 226 en el que determinó los parámetros de **estructura**<sup>26</sup>, **proceso**<sup>27</sup> y **resultado**<sup>28</sup> que debían ser observados para llevar a cabo la actualización integral del POS por parte del Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud. También fijó los niveles de cumplimiento e incumplimiento que regirían la valoración de dichos lineamientos e invitó al Gobierno Nacional y al Congreso de la República a que implementaran las medidas necesarias para acatar las diferentes órdenes generales impartidas en la sentencia T-760 de 2008, con el fin de avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población.

2.14. El 12 de diciembre de 2011<sup>29</sup>, dando cumplimiento al Auto 226 y a lo dispuesto en la Ley 1438 del mismo año, la CRES remitió el **Acuerdo 028 de 30 de noviembre de 2011**<sup>30</sup>, los reportes sobre el proceso de participación ciudadana<sup>31</sup> y sus resultados<sup>32</sup>.

2.15. El 11 de enero de 2012<sup>33</sup>, la mencionada entidad comunicó la expedición del **Acuerdo 029 de 28 de diciembre de 2011**<sup>34</sup>. Así mismo, incorporó copia del acto y de los documentos denominados *“Aclaraciones, inclusiones y supresiones al Acuerdo 28”*<sup>35</sup> e *“Inclusiones y supresiones Plan Obligatorio de Salud 2012”*<sup>36</sup>.

Este nuevo acto fue producto de los ajustes hechos al texto del Acuerdo 028 de 2011, a partir de la publicación hecha en la página web, lo que permitió recibir comentarios de la comunidad médica, grupos organizados y la ciudadanía en general<sup>37</sup>.

<sup>25</sup> Cfr. AZ's Orden XVII - D - E - F - G, folios 1679 a 3003. Este anexo se compone de: i) un informe general de avance (62 folios); ii) la transcripción de la actualización “express” del POS (256 folios); iii) las transcripciones de los eventos de participación ciudadana realizados en 8 ciudades con usuarios y comunidad científica en la fase de información y capacitación entre el 20 de octubre y el 17 de noviembre de 2010 (357 folios); y iv) las transcripciones de los eventos realizados en Bogotá y otras 7 ciudades con usuarios, comunidad científica y demás participantes del SGSSS para la fase de socialización de la propuesta de metodología, adelantados el 2 de junio y 12 de julio de 2011 (647 folios).

<sup>26</sup> En la citada providencia se indicó que *“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”*.

<sup>27</sup> De conformidad con lo señalado en el Auto 226 de 2011, *“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”*.

<sup>28</sup> Se afirmó en el citado Auto 226 que *“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”*.

<sup>29</sup> Cfr. *Ibidem*, folios 3157 a 3261

<sup>30</sup> *“Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”*.

<sup>31</sup> Cfr. AZ Orden XVII - H, folios 3262 a 3274.

<sup>32</sup> Cfr. *Ibidem*, folios 3275 a 3276.

<sup>33</sup> Cfr. *Ibidem*, folios 3297 a 3471.

<sup>34</sup> *“Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”*

<sup>35</sup> Cfr. *Ibidem*, folios 3280 a 3296.

<sup>36</sup> Cfr. *Ibidem*, folios 3472 a 3486.

<sup>37</sup> De acuerdo a lo referido en el documento de inclusiones y supresiones del Plan Obligatorio de Salud 2010, se hicieron los siguientes cambios: (i) 44 Procedimientos incluidos para ambos regímenes; (ii) 11 Procedimientos en los cuales se aumenta la cobertura para ambos regímenes; (iii) 7 Procedimientos incluidos para la población afiliada al Régimen Subsidiado sin unificación; (iv) 114 Medicamentos incluidos en ambos regímenes; (v) 14 Medicamentos en los cuales se incluyen otras concentraciones y formas farmacéuticas; (vi) 6 de otras inclusiones

2.16. Teniendo en cuenta que en el expediente de seguimiento no obraba prueba del envío de los informes por parte de la CRES a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, esta Sala ordenó, a través del Auto del 5 de marzo de 2012, que los citados órganos de control indicaran cuántos reportes habían recibido. De igual forma, requirió a esta entidad para que explicara cuál fue el mecanismo adoptado para la transición con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

2.16.1. La Procuraduría General de la Nación dio respuesta el 14 de marzo de 2012 y precisó no haber recibido documento alguno por parte de la CRES, de acuerdo con lo dispuesto en la orden 18 de la T-760 de 2008.

2.16.2. El 16 de marzo de 2012, la Defensoría del Pueblo aseguró que en el transcurso del seguimiento ha recibido dos informes. Resaltó que teniendo en cuenta el corte de las anualidades, los informes deberían ser presentados así: (i) 31 de julio de 2009; (ii) 31 de julio de 2010; y (iii) 31 de julio de 2011, este último no fue remitido.

2.16.3. A su turno, en la misma fecha, la CRES radicó copia del escrito que remitió a la Defensoría del Pueblo en acatamiento de los mandatos impartidos en los ordinales 18°, 21° y 22° de la sentencia y la contestación al Auto de 5 de marzo de 2012 en la que manifestó que el Acuerdo 008 de 2009, que entró en vigencia el 1° de enero de 2010, es el punto de partida para la actualización del POS. Además, destacó que la revisión constante del plan de beneficios ha llevado a la adopción de medidas regulatorias<sup>38</sup>.

2.17. Con la finalidad de que la CRES acreditara el estricto cumplimiento de las órdenes 17 y 18 de la sentencia T-760 de 2008, se profirió el Auto 064 de 2012, por medio del cual se requirió a dicha entidad para que respondiera si con la reglamentación expedida en virtud de la actualización del POS se garantizaba el respeto a la atención requerida para las patologías aseguradas y al principio de integralidad de los servicios de salud ordenados. También se solicitó que contestara algunos interrogantes relacionados con la garantía a la participación ciudadana, así como con la inclusión, la supresión y la exclusión de servicios de salud del POS.

2.17.1. El 4 de mayo de 2012 la CRES<sup>39</sup> allegó escrito en el que describió los medios de convocatoria utilizados para asegurar el mayor alcance, impacto y cobertura de las asociaciones de pacientes y de usuarios en salud, las veedurías ciudadanas, los comités de participación comunitaria en salud -Copacos-, la comunidad médica y la científica.

---

para ambos regímenes: complemento nutricional y dispositivos; (vii) 2 Correcciones de duplicidad; y (viii) 66 supresiones de medicamentos.

<sup>38</sup> Al respecto hace referencia a los Acuerdos: 017 de 2010 “*Por el cual se aclara el nombre de un medicamento contenido en el Plan Obligatorio de Salud*”; 020 de 2010 “*Por el cual se aprueba someter a consulta de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la comunidad médico - científica y de la ciudadanía en general unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*”; 21 de 2011 “*Por el cual se amplían unas concentraciones de algunos medicamentos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud dispuesto por el Acuerdo 008 de la CRES*”; 025 de 2011 “*Por el cual se realizan unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*”. El **Acuerdo 21 de 2011**, amplió las concentraciones de los siguientes medicamentos: Hidromorfona Clorhidrato 5 mg. tableta, la Metadona Clorhidrato 40 mg tableta y la Morfina Clorhidrato 3% solución inyectable. Esto, sin sustituir los medicamentos cuyos principios activos hacen parte del Anexo 1 del Acuerdo 008 de 2009 y conservando las mismas indicaciones o usos terapéuticos contenidos en esta norma. Para esta decisión, la CRES adelantó el estudio técnico que comprendió el análisis de dosificación y de las indicaciones clínicas previstas en el Plan de Beneficios y la evaluación de impacto en la UPC de cada una de estas tecnologías. A su vez, en el **Acuerdo 025 de 2011** aprobó la inclusión al POS de los medicamentos: Alendronato Acido (10-70 mg tableta cápsula) y Clopidogrel (75 mg de base tableta).

<sup>39</sup> Allegó escrito el 4 de mayo de 2012. Cfr. AZ Orden XVII - I, folios 3765 a 3828.

2.18. El 8 de mayo de 2012, la CSR presentó copia de las transcripciones de las relatorías de las reuniones realizadas entre la CRES y la ciudadanía del 2 al 12 de julio de 2011, para definir la metodología de actualización del POS y el cálculo de la UPC, así como las observaciones que respecto a este proceso de participación elaboró cada uno de los representantes de la sociedad. Este proceso se cumplió en 7 ciudades del país donde participaron diferentes actores del sistema (usuarios, pacientes, veedurías ciudadanas, Copacos<sup>40</sup>, comunidad médica y científica, IPS, EPS, laboratorios farmacéuticos, entidades y organismos de control, los ministerios de la Protección Social y Hacienda).

2.19. El 10 de mayo de 2012, el Director de Aseguramiento en Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá puso a consideración de esta Sala “... *el resultado de los análisis y conceptos elaborados por el Grupo de Controversias de la Entidad, con relación a cobertura del POS y operación del mismo*”<sup>41</sup>. Anexó copia del documento radicado ante la Comisión el 21 de diciembre de 2011, en el que presentó un análisis del Acuerdo 028 del mismo año, así como un estudio del POS definido por el Acuerdo 029 de 2011.

2.20. A partir de la actualización del POS realizada mediante el Acuerdo 029 de 2011, la Corte a través del Auto 133A de 2012, planteó unos interrogantes<sup>42</sup> dirigidos a los Peritos Constitucionales Voluntarios, integrados mediante los Autos 120 y 147 de 2011. En respuesta a esta providencia, se recibieron los siguientes documentos:

2.21.

---

<sup>40</sup> Comité de Participación Comunitaria en Salud. Este es un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado, integrados así: (i) el alcalde municipal, distrital o metropolitano o su respectivo delegado, quien lo presidirá. En los resguardos indígenas el comité será presidido por la máxima autoridad indígena respectiva; (ii) el Jefe de la Dirección de Salud Municipal; (iii) el Director de la entidad prestataria de servicios de salud del Estado más representativa del lugar. 4. Un representante por cada una de las formas organizativas sociales y comunitarias y aquellas promovidas alrededor de programas de salud, en el área del municipio (art. 7 Decreto 1757 de 1994). Sus funciones principales son: (i) intervenir en las actividades de planeación, asignación de recursos y vigilancia y control del gasto en todo lo atinente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su jurisdicción respectiva; (ii) participar en el proceso de diagnóstico, programación control y evaluación de los servicios de salud; (iii) presentar planes, programas y prioridades en salud a la junta directiva del organismo o entidad de salud, o a quien haga sus veces; (iv) gestionar la inclusión de planes, programas y proyectos en el plan de desarrollo de la respectiva entidad territorial y participar en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos; (v) presentar proyectos en salud ante la respectiva entidad territorial, para que bajo las formalidades, requisitos y procedimientos establecidos en las disposiciones legales, sean cofinanciados por el Fondo de Inversión Social, FIS u otros fondos de cofinanciación a nivel nacional; (vi) proponer y participar prioritariamente en los programas de atención preventiva, familiar, extrahospitalaria y de control del medio ambiente; y (vii) concertar y coordinar con las dependencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con las instituciones públicas y privadas de otros sectores, todas las actividades de atención a las personas y al ambiente que se vayan a realizar en el área de influencia del comité con los diferentes organismos o entidades de salud, teniendo en cuenta la integración funcional (art. 8 Decreto 1757 de 1994).

<sup>41</sup> Cfr. AZ orden XVII-J, folios 4086 a 4144. Este documento fue cursado nuevamente el 14 de mayo de 2012 por el Secretario Distrital de Salud de Bogotá.

<sup>42</sup> “1.1.1. En relación con la progresividad del derecho a la salud, ¿Cuál es su opinión respecto del POS fijado en el Acuerdo 029 de 2011? Justifique su respuesta. / 1.1.2. ¿Qué otros medicamentos, aparte de los contenidos en el Anexo 1 del Acuerdo 029 de 2011, considera que deben ser cubiertos por el POS? Justifique su respuesta partiendo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la financiación de los servicios de salud y los requerimientos legales para la actualización del POS, tales como: cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad en Colombia. / 1.1.3. ¿Qué otros procedimientos y servicios, diferentes de los contenidos en los Anexos 2 y 3 del Acuerdo 029 de 2011, considera que deben ser cubiertos por el POS? Justifique su respuesta partiendo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la financiación de los servicios de salud y los requerimientos legales para la actualización del POS, tales como: cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad en Colombia. / 1.1.4. ¿Se considera que en el proceso de actualización de los Planes Obligatorios de salud se garantizó la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud de conformidad con las normas que regulan el sistema y en subsidio, con las normas generales que rigen la adopción de decisiones de alcance general en materia administrativa?”.

2.22. La CSR, en escrito de junio de 2012<sup>43</sup>, insistió en que lo más beneficioso era el replanteamiento del POS como un sistema que se actualizaría mediante exclusiones y no a través de inclusiones.

2.23. El 6 de julio de 2012, la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud -Gestarsalud- afirmó que a pesar de que el Acuerdo 029 de 2011 se avanzó hacia la incorporación de nuevas tecnologías en el régimen subsidiado, continúa sin ser claro, lo que da cabida a interpretaciones en perjuicio de los usuarios del sistema.

2.24. El 11 de julio de 2012, la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar -Asocajas- y Acemi<sup>44</sup>, remitieron conjuntamente respuesta al Auto 133A de 2012.

2.25. El 11 de julio de 2012, en una segunda intervención la CSR<sup>45</sup> manifestó que el proceso de actualización desarrollado por la CRES era totalmente inapropiado y costoso, lo que impediría alcanzar el goce efectivo del derecho a la salud.

2.26. El 5 de octubre de 2012, la CRES presentó un informe de cumplimiento del ordinal décimo séptimo de la sentencia T-760 de 2008<sup>46</sup>. Indicó que “[I]a actualización integral del POS es producto del despliegue de una estrategia de grupos de trabajo externos e internos, para el desarrollo de estudios técnicos de evaluación, análisis y revisión de tecnologías en salud que obedecieron en un primer momento a criterios de priorización previamente definidos y ampliamente socializados con las asociaciones de usuarios y la comunidad científica; y en segundo lugar, a criterios de priorización para proponer su posible inclusión”<sup>47</sup>.

Agregó que con la expedición del Acuerdo 029 de 2011 y con la recopilación del trabajo realizado, complementado por 21 anexos técnicos<sup>48</sup>, la Comisión dio cabal cumplimiento a los mandatos legales y judiciales como quiera que entregó al país un Plan Obligatorio de Salud actualizado de manera integral, que atiende las necesidades de la población colombiana, especialmente de los grupos vulnerables, en concordancia con la política pública definida por el Gobierno Nacional.

2.27. El 8 de noviembre de 2012, la Defensoría del Pueblo remitió el cuarto informe de seguimiento a las órdenes generales impartidas por esta Corporación en la sentencia T-760 de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2011, basado en los instrumentos presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, la CRES y el Consejo Superior de la Judicatura.

2.28. El 13 de marzo de 2013, la cartera de salud envió un CD que contiene un informe sobre el proceso de participación ciudadana adelantado para la actualización del POS efectuada mediante el Acuerdo 029 de 2011<sup>49</sup>.

---

<sup>43</sup> Cfr. AZ Orden XVII - J, folios 4161 a 4164.

<sup>44</sup> Cfr. AZ Orden XVII - J, folios 4165 a 4167. Este documento fue allegado nuevamente el 1 de octubre de 2012, folios 4184 y 4213.

<sup>45</sup> Allegada el 11 de julio de 2012.

<sup>46</sup> Cfr. AZ Orden XVII - J, folios 4292 a 4304.

<sup>47</sup> *Ibidem*, folio 4292.

<sup>48</sup> Contenidos en 11 cajas de 14920 folios y 2 discos compactos.

<sup>49</sup> La Comisión de Regulación en Salud –CRES, fue liquidada mediante el Decreto 2560 de 2012, y todas sus funciones y competencias fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social el cual fue modificado en su estructura para tal efecto.

En dicho reporte hizo un recuento de todas las actividades ejecutadas para dar cumplimiento al requisito de participación, dentro de las que se encuentra la normatividad expedida por la CRES para regular el procedimiento, la convocatoria para la ciudadanía y las reglas de intervención, las transcripciones de las sesiones realizadas en diferentes ciudades del país, el listado de los servicios de salud que fueron solicitados por la comunidad y las tecnologías que fueron agregadas, denegadas o puestas en estudio por la entidad competente, entre otras acciones.

2.29. El 24 de julio de 2013, la Defensoría del Pueblo presentó el quinto informe de cumplimiento a lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008<sup>50</sup>.

2.30. Mediante Auto 317 de 2013, se requirió información al Ministerio de Salud y Protección Social, para que acreditara el cumplimiento de los parámetros señalados en el Auto 226 de 2011, respecto del proceso de actualización que, conforme a lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, debía llevarse a cabo antes del 1° de diciembre de 2013.

2.31. El 28 de febrero de 2014<sup>51</sup>, informó sobre la expedición de la **Resolución 5521 de 2013**, por medio de la cual se define, aclara y actualiza integralmente el POS y explicó el proceso seguido para cumplir con lo ordenado por la Corte en el mencionado Auto.

2.32. El 11 de junio de 2014, la Defensoría del Pueblo remitió el sexto informe de cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, haciendo un balance general de las órdenes. Respecto de la orden decima octava, consideró que se encuentra cumplida, sin embargo, indicó que persisten las falencias en la función del control coordinado, nacional y local, así como en la información para la detección rápida de las violaciones al derecho a la salud y las actuaciones oportunas de cara a los casos, las situaciones o los responsables.

2.33. El 24 de junio de 2015, la Defensoría del Pueblo presentó el séptimo informe de cumplimiento, donde destacó que realizó una serie de cuestionamientos al Ministerio de Salud y Protección Social, sin embargo, no obtuvo respuesta alguna.

2.34. El 25 de septiembre de 2015, mediante el Auto 442 de 2015, se citó al Ministro de Salud y Protección Social y a su equipo de trabajo a sesión técnica a celebrarse el 30 de octubre de 2015, debido principalmente a que la Defensoría del Pueblo en sus informes periódicos advirtió el incumplimiento de las solicitudes de información por parte esa cartera ministerial<sup>52</sup>.

Esta sesión se llevó a cabo en 2 reuniones, la primera de las cuales se desarrolló el 13 de noviembre de 2015<sup>53</sup>, en la que se abordaron las órdenes 18 a 22, respecto de las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social se manifestó, dando respuesta a los interrogantes formulados por la Defensoría.

---

<sup>50</sup> Cfr. AZ orden XVIII-B, folio 579 a 616.

<sup>51</sup> Cfr. AZ Orden XVII - K, folios 4342 a 4515.

<sup>52</sup> Cfr. Informe 2, AZ XXII-A, folios 282-287; Cfr. Informe 4, AZ XVI-C, folios 934-959; Cfr. Informe 7, AZ XIX-K, folios 4788-4806. En el último de estos (24 de junio de 2015), afirmó que “*el Ministerio de Salud y Protección Social, a pesar de los requerimientos realizados con Oficio N° 4050-229 del 11 de febrero de 2015, reiterado con Oficio N° 4050-792 del 14 de abril, no dio respuesta a la solicitud de información realizada por la Defensoría del Pueblo*”.

<sup>53</sup> Asistieron: el Ministro de Salud y Protección Social, así como el Defensor del Pueblo (E) con sus equipos de trabajo. De igual manera, se hicieron presentes representantes de la Procuraduría General de la Nación, el Programa Así Vamos en Salud, Dejusticia y Gestarsalud.

2.35. El 24 de diciembre de 2015, el Ministerio de Salud y de la Protección Social profirió la **Resolución 5592 de 2015**, por medio de la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.

2.36. El 20 de abril de 2016, la Sala convocó a una sesión técnica a efectos de profundizar sobre algunos componentes de la política pública de acuerdo a las últimas actualizaciones del Plan Obligatorio de Salud expedidas mediante las resoluciones 5521 de 2013 y 5592 de 2015. En esa medida, se citó al Ministerio de Salud y Protección Social para que explicara: (i) los parámetros de estructura, esto es, la metodología, estrategia o plan de acción, definidos para llevar a cabo las dos últimas actualizaciones del POS; (ii) el procedimiento y/o las acciones concretas realizadas para lograr su consecución de las dos últimas actualizaciones del POS; y (iii) los criterios de priorización aplicados para seleccionar las tecnologías en salud incluidas y excluidas en esas actuaciones.

2.37. El 28 de abril de 2016, se llevó a cabo la sesión técnica con la participación del Ministerio de Salud y Protección Social, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación, Gestarsalud, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas –ACHC-, Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos –Acesi-, Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI, la Comisión de Seguimiento de la sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social –CSR- y la Universidad Nacional.

2.38. El 17 de junio de 2016, la Defensoría del Pueblo presentó el octavo informe de seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, de acuerdo con los reportes presentados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Superior de la Judicatura, con corte a 31 de diciembre de 2015.

## II. CONSIDERACIONES DE LA SALA ESPECIAL DE SEGUIMIENTO

### 1. Competencia y metodología de la valoración.

Conforme a las atribuciones dadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del 1° de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política; el artículo 25, numeral 2, literal c)<sup>54</sup> de la Convención Americana sobre Derechos Humanos<sup>55</sup>; y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

En esta oportunidad, la Corte se encargará de evaluar el grado de cumplimiento de lo dispuesto en la sentencia T-760 de 2008, específicamente en lo relacionado con la orden decimoséptima en cuanto a: (i) la participación ciudadana en el proceso de actualización integral del plan de beneficios; y (ii) el proceso de inclusión, exclusión y supresión de las tecnologías en salud. Respecto de la orden decimoctava se abordará: (i) la actualización periódica del plan de beneficios; y (ii) la obligación de presentar informes anuales a la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación.

---

<sup>54</sup> “Artículo 25. Protección Judicial: (...) 2. Los Estados Partes se comprometen: (...) c) a garantizar el cumplimiento, por las autoridades competentes, de toda decisión en que se haya estimado procedente el recurso”.

<sup>55</sup> Aprobada por la Ley 16 de 1972.

Para tal fin, la Sala Especial de Seguimiento considera pertinente hacer referencia a: (i) los niveles de cumplimiento de las órdenes impartidas en las providencias objeto de verificación; (ii) los informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades estatales, por los Peritos Constitucionales Voluntarios y demás organizaciones involucradas; (iii) el marco conceptual, normativo y jurisprudencial sobre la actualización integral y periódica del plan de beneficios; y (iv) finalmente abordar el análisis sobre el cumplimiento en concreto.

## **2. Niveles de cumplimiento a las órdenes de la sentencia T-760 de 2008.**

2.1. Las órdenes estructurales impartidas en la sentencia T-760 de 2008 implican la intervención judicial excepcional en el diseño y/o implementación de la política pública en salud. Por ende, para lograr su cumplimiento se deberán observar, sin perjuicio de sus elementos característicos, las condiciones básicas determinadas en la jurisprudencia constitucional<sup>56</sup>.

La primera es que exista efectivamente, es decir, que haga parte de un programa de acción estructurado que permita a la autoridad responsable adoptar las medidas adecuadas y necesarias. Además, debe suponer un cronograma de actividades para su realización y debe ser ejecutado en un tiempo determinado y razonable.

La segunda es que el plan de acción tenga como prioridad garantizar el goce efectivo del derecho. No puede tratarse de una política pública simbólica o formal. La misión del Estado no se reduce a expedir normas que reconozcan en el papel la titularidad de derechos. La racionalidad mínima del texto Superior manda que estén seguidas de acciones reales, dirigidas a facilitar el disfrute y el ejercicio cabal de las atribuciones fundamentales. Se vulnera la Constitución cuando existiendo una ruta se constata que solo está escrita y no ha sido iniciada su ejecución o aunque se esté implementando resulta evidentemente inane, bien porque no es sensible a las verdaderas angustias poblacionales o porque su materialización se ha diferido indefinidamente.

La tercera está dada en que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública, habrán de permitir una participación democrática efectiva en todas las etapas. Es inaceptable que exista un plan gubernamental que no abra espacios de interacción real a los ciudadanos en las diferentes fases del proceso o aunque los brinde resulten inocuos al limitarse a prever una intervención trivial.

La Corte Constitucional ha precisado que el adecuado funcionamiento y los buenos resultados de las reformas normativas dependen de que estas se encuentren soportadas en estudios empíricos y de juiciosas reflexiones sobre cuál es el mejor curso de la acción estatal<sup>57</sup>. Siempre habrá que tener en cuenta que una verdadera política pública involucra el cumplimiento de obligaciones de respeto y garantía a los derechos humanos<sup>58</sup>. La simple expedición de normas legales o de actos administrativos, la ejecución parcial de políticas públicas y la mera demostración de ajustes presupuestales, no constituyen en modo alguno un motivo suficiente o una razón determinante para dar por superada la falla estructural declarada en la Sentencia<sup>59</sup>.

---

<sup>56</sup> Sentencia C-351 de 2013.

<sup>57</sup> Sentencia C-646 de 2001.

<sup>58</sup> El control judicial de las políticas públicas como instrumento de inclusión de los derechos humanos. Manuel Fernando Quinche Ramírez y Juan Camilo Rivera Rugeles. 2010.

<sup>59</sup> Auto 385 de 2010.

2.2. Durante los ocho años que han transcurrido desde la expedición del fallo objeto de supervisión<sup>60</sup>, este Tribunal ha realizado varias valoraciones de cumplimiento de algunas de las órdenes estructurales. En tal sentido, ha declarado incumplimientos generales<sup>61</sup>, incumplimientos parciales<sup>62</sup>, cumplimientos parciales<sup>63</sup> e incluso, el nivel de acatamiento bajo<sup>64</sup>, con ocasión del análisis de las gestiones, acciones o medidas adelantadas por las autoridades obligadas. De hecho en el Auto 226 de 2011<sup>65</sup> fueron determinados los niveles de acatamiento de la orden decimoséptima y sus correspondientes parámetros de cumplimiento. En aquella oportunidad se determinaron las medidas bajo los cuales se debería hacer esta valoración, que obedecían a **estructura**<sup>66</sup>, **proceso**<sup>67</sup> y **resultado**<sup>68</sup> para llevar a cabo la actualización integral del POS por parte del Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud. También fijó los niveles de cumplimiento e incumplimiento que regirían la valoración de dichos lineamientos e invitó al Gobierno Nacional y al Congreso de la República a que implementaran las medidas necesarias para acatar las diferentes órdenes generales impartidas en la sentencia T-760 de 2008, con el fin de avanzar hacia el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población.

No obstante, el tiempo que ha implicado el seguimiento obliga a que la Corte los actualice y contextualice respecto de la totalidad de mandatos objeto de supervisión. En este contexto, se profirió el Auto 411 de 2015, a través del cual esta Sala estableció los niveles de cumplimiento que seguirá aplicando a la totalidad de valoraciones de acatamiento que se lleven a cabo respecto de las diferentes órdenes generales impartidas en la sentencia T-760 de 2008 y sus autos de seguimiento.

Se advirtió que a pesar que en el Auto 226 de 2011<sup>69</sup> fueron determinados los niveles de acatamiento de la orden decimoséptima y sus correspondientes parámetros de cumplimiento, se hizo necesario establecer la *metodología y matrices de valoración*, partiendo desde tres aspectos: las medidas, los resultados y los avances.

A partir de allí se conceptualizan 5 categorías de evaluación de cumplimiento: (i) incumplimiento general; (ii) nivel de cumplimiento bajo; (iii) nivel de cumplimiento medio; (iv) nivel de cumplimiento alto; y (v) cumplimiento general

Lo anterior adquiere su fundamento, a partir de la necesidad de adelantar un examen más riguroso atendiendo el lapso temporal del que ha dispuesto el rector de la política pública para cumplir efectivamente la orden impuesta y que impide estudiar solamente los actos

<sup>60</sup> La Sentencia T-760 fue proferida el 31 de julio de 2008.

<sup>61</sup> Cfr. Auto 263 de 2012.

<sup>62</sup> Cfr. Autos 342A de 2009, 262 de 2012 y 263 de 2012.

<sup>63</sup> Cfr. Autos 260, 261 y 264 de 2012.

<sup>64</sup> Cfr. Auto 144 de 2011.

<sup>65</sup> Cfr. Considerandos núm. 2 y 3.

<sup>66</sup> En la citada providencia se indicó que “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”.

<sup>67</sup> De conformidad con lo señalado en el Auto 226 de 2011, “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”.

<sup>68</sup> Se afirmó en el citado Auto 226 que “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”.

<sup>69</sup> Cfr. Considerandos núm. 2 y 3.

meramente formales acreditados por el Gobierno, toda vez que las determinaciones de este Tribunal se construirán desde la evidencia social.

Corresponde entonces a la Sala comprobar los resultados concretos que se han logrado en el sistema de salud, de manera que valore el avance en el goce efectivo del derecho de los residentes en el territorio nacional. Bajo este entendido solo se declararía la superación de la problemática estructural cuando el Ejecutivo demuestre: (i) unas transformaciones en el funcionamiento del sector salud; (ii) que esos cambios impliquen con alto grado de certeza la consecución de las condiciones para lograr el goce efectivo y avanzar sosteniblemente; y por último (iii) que esas soluciones tengan la virtud de ser coherentes y duraderas, como lo ha exigido la jurisprudencia de la Corte<sup>70</sup>.

La Sala Especial esperaría que existieran resultados verificables emanados de cada una de las decisiones cuyo cumplimiento es objeto de monitoreo. Al momento de valorar la ejecución de cada mandato, esta Corporación hará una calificación detenida de las medidas adoptadas y las acciones efectuadas por las autoridades, aunado a que determinará su impacto o efectividad en el sistema. Lo anterior, con fundamento en que la política pública debe construirse desde la realidad social y bajo el empoderamiento de la ciudadanía con el objeto de permitir la participación de los usuarios y la sociedad civil en las decisiones que le afectan.

Por consiguiente, la totalidad de valoraciones de acatamiento a futuro se podrán efectuar de manera general sobre la orden y específicamente sobre cada uno de sus elementos constitucionalmente relevantes.

**2.3. Metodología y matrices de valoración:** Como se expuso en el auto 411 de 2015 para adelantar esa evaluación, es necesario analizar la orden desde tres aspectos: las medidas, los resultados y los avances.

En primer lugar, se debe estudiar la existencia de **MEDIDAS** y si las mismas son conducentes o no de lo cual dependerá el nivel de cumplimiento decretado, como se expone:

Matriz núm. 1

Elementos a evaluar		Incumplimiento General	Nivel de Cumplimiento Bajo	Nivel de Cumplimiento Medio	Nivel de Cumplimiento Alto	Cumplimiento General
Medidas	No existen	X				
	Inconducentes		X			
	Conducentes		X	X	X	X

Si la situación encuadra en el primer (no existen) o segundo (son inconducentes) supuesto se concluirá inmediatamente el estudio del grado de acatamiento. De lo contrario, si se constata la existencia de medidas conducentes para cumplir el objeto de la orden (3 fila de la matriz núm. 1), se continuará con la revisión de los **RESULTADOS**, a saber:

<sup>70</sup> Cfr. Sentencia C-351 de 2013.

## Matriz núm. 2

Elementos a evaluar		Incumplimiento General	Nivel de Cumplimiento Bajo	Nivel de Cumplimiento Medio	Nivel de Cumplimiento Alto	Cumplimiento General
Resultados	No acreditados		X			
	No permiten evidenciar que se va a superar la problemática		X			
	Permiten evidenciar que se va a superar la problemática			X	X	X

Si los resultados no fueron acreditados o no permiten evidenciar que se vaya a superar la crisis se calificará hasta este aspecto la observancia de la orden. Solo si se llegare a contar con pruebas que permitan deducir que si se va a conjurar la falla (3° fila de la matriz núm. 2), se prosigue a la evaluación de los **AVANCES** bajo los siguientes parámetros:

## Matriz núm. 3

Elementos a evaluar		Incumplimiento General	Nivel de Cumplimiento Bajo	Nivel de Cumplimiento Medio	Nivel de Cumplimiento Alto	Cumplimiento General
Avances	No hay avances significativos			X		
	Hay avances significativos, pero no han conjurado en su totalidad la falla				X	
	Superaron la falla estructural que dio origen a la orden					X

2.4. Bajo tales precisiones, a continuación se proceden a conceptualizar las cinco (5) categorías de evaluación de cumplimiento, las cuales serán aplicadas en la medida en que sean compatibles con el contenido y alcance del mandato supervisado:

**2.4.1. Incumplimiento General.** Este nivel se declarará si revisado el estado actual de la orden se constata la inexistencia de medidas adoptadas por la autoridad obligada, con la finalidad de superar la problemática estructural que dio origen al mandato judicial.

**2.4.2. Nivel de Cumplimiento Bajo.** Se presenta cuando la autoridad obligada haya adoptado algunas medidas con el fin de cumplir la Sentencia T-760 de 2008 y concurra cualquiera de los siguientes supuestos:

(i) Las medidas adoptadas son inconducentes para el cumplimiento de la orden estructural, es decir, no son compatibles con los elementos del mandato.

(ii) Las medidas son conducentes para el acatamiento de la disposición examinada, esto es, abordan acciones en torno a los requerimientos propios de la orden, no obstante, la autoridad obligada no acreditó sus resultados<sup>71</sup> en el sistema de salud.

(iii) Las medidas son conducentes y sus resultados fueron informados por la autoridad obligada a la Sala Especial. Sin embargo, a partir de dicho reporte se advierte la inexistencia de avances reales<sup>72</sup>, por lo que no es razonable esperar que se obtenga la satisfacción del mandato analizado, es decir, la superación de la falla estructural.

**2.4.3. Nivel de Cumplimiento Medio.** Se procederá a decretar el nivel de cumplimiento medio cuando pese a que el obligado adoptó las medidas conducentes, reportó los resultados a la Corte y estos muestran avances en la implementación de la política, dichas mejoras no son suficientes sino que se muestran parciales para superar la falla estructural que dio origen a la orden objeto de supervisión.

Al declarar la existencia de este nivel, la Corte dará un plazo razonable al término del cual se verificará nuevamente el acatamiento de la orden.

**2.4.4. Nivel de Cumplimiento Alto.** Procederá la declaratoria del nivel de cumplimiento alto cuando: (i) existen las medidas adecuadas para el acatamiento de la disposición examinada; (ii) se reporten los resultados concretos a la Sala Especial por parte de la autoridad obligada; (iii) los avances evidenciados son suficientes, progresivos, sostenibles y significativos para el cumplimiento de la orden; (iv) es razonable que la problemática que dio lugar a la orden valorada se pueda superar; y (v) falte por culminar o no se ha logrado la totalidad de la ejecución del mandato analizado.

Habiéndose declarado el *nivel de cumplimiento alto* de la orden, se podrá trasladar el ciclo de supervisión, mediante la **SUSPENSIÓN DEL SEGUIMIENTO** por parte de la Corte Constitucional, para que sea entregado a la Procuraduría General de Nación<sup>73</sup> y/o la Defensoría del Pueblo, a fin de que continúen con la verificación de la ejecución de la política pública a la que circunscribe el mandato estructural, bajo informes periódicos presentados a la Sala Plena por un tiempo hasta tanto se acate de forma general la orden examinada o la Corte decida reanudar el trámite suspendido.

**2.4.5. Cumplimiento General.** La declaratoria de este nivel de cumplimiento se circunscribe a que al momento de realizar la valoración, la Sala colija que las medidas son adecuadas para el acatamiento de la disposición examinada y que sus resultados son suficientes, progresivos, sostenibles, significativos y logran, en su totalidad, los cometidos del mandato analizado, esto es, la superación continua de la falla estructural que motivó la expedición de la orden. Aunado a lo anterior, se esperaría que el sistema haya apropiado instrumentos para confrontar anomalías similares a las que provocaron la Sentencia T-760, que se presenten en el futuro.

---

<sup>71</sup> Entiéndase por **resultado**, la materialización de las medidas formales adoptadas por la autoridad obligada en el ámbito de acatamiento de la orden examinada.

<sup>72</sup> Entiéndase por **avance**, el efecto medible a partir de indicadores cuantitativos, que permitan comparar, en un periodo de tiempo determinado, la situación existente antes de la adopción de las medidas acreditadas y después de su implementación, siempre que reflejen cambios favorables en la superación de la falla estructural en el sistema de salud.

<sup>73</sup> De conformidad con el artículo 277.1 de la Constitución Política corresponde al Procurador General de la Nación vigilar el cumplimiento de las decisiones judiciales.

Este nivel de cumplimiento, conllevaría concluir el ciclo de supervisión mediante el **CESE DEL SEGUIMIENTO** por parte de la Corte Constitucional ante la obtención de los resultados pretendidos por el fallo objeto de supervisión.

2.5. El trámite de supervisión también podrá **CESARSE** respecto de cualquier orden que haya sido valorada con *incumplimiento, nivel de cumplimiento bajo y medio*, cuando el mandato haya perdido los fundamentos de hecho o de derecho que le dieron lugar o cuando se haya agotado su vigencia temporal. Este último supuesto se refiere a las órdenes cuya ejecución estaba limitada en el tiempo, es decir, de una fecha determinada a otra igual. Este último supuesto se refiere a las órdenes cuya ejecución estaba limitada en el tiempo, es decir, de una fecha determinada a otra igual, siempre que se permita determinar la superación material del motivo que dio lugar a lo ordenado y no continúe ejerciendo efectos jurídicos.

2.6. Este Tribunal resalta que en caso de que las autoridades obligadas persistan en un *incumplimiento general o en los niveles de acatamiento bajo y medio*, la Corte hará uso de las diferentes herramientas de origen constitucional y/o legal para hacer efectivas sus órdenes, en aras de evitar la secuencia de incumplimientos y conseguir avances progresivos y significativos en el goce efectivo del derecho por la población colombiana. En tal contexto, la Sala podrá valerse de un control y seguimiento más riguroso para alcanzar los objetivos constitucionales, como adoptar medidas restaurativas, de reemplazo, sancionatorias o cualquier otra que estime pertinente.

Aunado a lo anterior, se destaca el rol que debe cumplir la Procuraduría General de Nación en la vigilancia de la Sentencia T-760 de 2008, de tal forma que en uso de sus competencias constitucionales y legales, ante la declaratoria de los *niveles de cumplimiento bajo y medio*, deberá realizar un acompañamiento con enfoque preventivo<sup>74</sup> a las entidades concernidas en la ejecución de las determinaciones adoptadas por esta Corporación. Su intervención debe ser oportuna y activa para el logro de los fines sociales y esenciales del Estado.

Igualmente, deberá ejercer la facultad disciplinaria<sup>75</sup> para investigar y sancionar las conductas omisivas que hayan dado origen a dicha declaración. Todo lo anterior, sin perjuicio de las decisiones que continúe profiriendo la Sala Especial mientras se mantenga el trámite de supervisión.

### **3. Análisis del cumplimiento de las órdenes decimoséptima y decimoctava impartidas en la sentencia T-760 de 2008.**

Para entrar a definir el nivel de cumplimiento de las órdenes 17 y 18 proferidas en la sentencia T-760 de 2008, esta Sala debe, de manera preliminar, hacer referencia a los

---

<sup>74</sup> Cfr. Constitución Política art. 277.1: “El Procurador General de la Nación, por sí o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones: 1. Vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las decisiones judiciales y los actos administrativos”. || Decreto Ley 262 de 2000 art. 24.1: “FUNCIONES PREVENTIVAS Y DE CONTROL DE GESTIÓN. Sin perjuicio de lo dispuesto en la ley, las procuradurías delegadas tienen las siguientes funciones de vigilancia superior, con fines preventivos y de control de gestión: 1. Velar por el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales, así como de las decisiones judiciales y administrativas”. || Resolución 490 de 2008, por medio de la cual se crea el Sistema Integral de Prevención y se establecen los principios y criterios correspondientes al ejercicio de la función preventiva a cargo de la Procuraduría General de la Nación y se dictan otras disposiciones.

<sup>75</sup> En virtud del artículo 277.6 Superior, corresponde al Procurador General de la Nación ejercer la vigilancia superior de la conducta oficial de quienes desempeñen funciones públicas.

informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del seguimiento a esos proveídos. Lo anterior, por ser la principal entidad obligada y para evidenciar los avances o retrocesos en las medidas que han sido implementadas.

Posteriormente, explicará la postura de los Peritos Constitucionales Voluntarios y demás organizaciones y entidades estatales que han acompañado a la Sala en el seguimiento a través de sus informes e intervenciones. Finalmente, la Sala Especial concluirá el asunto.

Cabe advertir que la verificación del cumplimiento de la orden 17 se llevará a cabo principalmente con base en la construcción de la Resolución 5592 de 2015 (actual plan de beneficios en salud), debido a que el proceso de actualización integral del POS es un ejercicio continuo y permanente, que atiende los ajustes particulares en cada vigencia. En dicho sentido, su desarrollo macro es similar.

Igualmente, es importante indicar que los aspectos relacionados con los cambios del perfil epidemiológico, la carga de la enfermedad de la población colombiana, disponibilidad de recursos y el equilibrio financiero del sistema, no serán objeto de análisis en esta providencia, toda vez que serán evaluados en la valoración de las órdenes 21 y 22 de la sentencia T-760 de 2008.

En orden a lo expuesto, se clasificarán las intervenciones de acuerdo a su incidencia en cada POS.

### **3.1. Acuerdos 03 y 08 de 2009<sup>76</sup>.**

#### **3.1.1. Informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES.**

##### ***3.1.1.1. Comisión de Regulación en Salud<sup>77</sup>.***

- **31 de julio del 2009<sup>78</sup>.** Presentó un escrito titulado “*Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos - Actualización Integral de los Planes Obligatorios de Salud*”, en el que estableció los pasos a seguir a fin de lograr la actualización integral del POS, en los siguientes términos:

*i) Estrategia General.*

- *A corto plazo: precisión, ajuste y actualización con fundamento en la concertación de la expresión del POS en Código Único de Prestación de Servicios -CUPS- y en la información reportada por las EPS para el estudio de suficiencia de la UPC efectuado por el Ministerio de la Protección Social.*
- *A largo plazo: revisión integral del POS con mayores datos y la inclusión de estrategias de priorización, el desarrollo de guías de atención integral -GAI- de las condiciones de salud priorizadas, la evaluación de tecnologías en salud, el nuevo CUPS y la*

<sup>76</sup> Mediante el Acuerdo 003 de 2009 la CRES adelantó la actualización integral del Plan de Beneficios conforme con lo establecido en la orden 17 de la Sentencia T-760 de 2008, el cual entraría en vigencia el 1° de enero de 2010. A partir de los comentarios, observaciones y sugerencias hechos a su contenido, respecto de su contenido presentadas por diferentes entidades y personas, se expidió el Acuerdo 008 de 2009 con vigencia a partir del 1° de enero de 2010, con el fin de procurar la mayor precisión posible de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado.

<sup>77</sup> La Ley 1122 de 2007 (art. 7) atribuyó a la Comisión de Regulación en Salud -CRES- la competencia para definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

<sup>78</sup> Cfr. AZ Orden XVII - A, folios 326 a 497.

*divulgación de la información relacionada con el POS y su actualización.*

ii) *Estrategia para definir los servicios de salud que se encuentran incluidos en el POS.*

- *A corto plazo: acciones para conocer la situación actual de salud de la población y del POS. Ella contempla el diagnóstico del estado de salud de los colombianos y el análisis del comportamiento del POS en términos de uso de servicios de salud, que permite identificar la demanda de servicios y los costos de los mismos.*

iii) *Estrategia para establecer los servicios que están excluidos del POS<sup>79</sup>.*

iv) *Estrategia para decidir los servicios a ser suprimidos del POS<sup>80</sup>.*

v) *Estrategia para evaluar la sostenibilidad del sistema de salud y la financiación del plan de beneficios por la UPC y demás fuentes.*

- *A corto plazo: Estudios de suficiencia de la UPC para financiar el POS y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC, así como de la disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud, para convenir planes de beneficios y su UPC, con miras a garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.*

vi) *Estrategia para garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud.*

- *A corto plazo: elaboración de un diagnóstico sobre la percepción e información del POS; diseño y formulación de una estrategia de comunicación informativa, presencial, corporativa y publicitaria; apertura de una dirección electrónica para recibir los comentarios de la comunidad<sup>81</sup> y una página web<sup>82</sup>; jornadas de capacitación en los temas de POS; publicación de datos sobre contenidos y derechos del POS, preguntas frecuentes y otros documentos en la página web; y la realización de dos consultas presenciales y una virtual para discusión de principios y criterios para la definición del POS. En este ejercicio se invitaron 63 representantes de usuarios y pacientes y 60 representantes de todas las asociaciones de profesionales de la salud y sociedades científicas, quienes colaboraron con la construcción técnica de metodologías para la actualización del POS.*

Con fundamento en el citado informe, se profirió el Acuerdo 003 del 30 de julio de 2009 que contó con un periodo de transición entre la expedición de la norma (30 de julio de 2009) y su entrada en vigencia (1° de enero de 2010), para ajustar los sistemas de información y complementar los estudios de equilibrio financiero.

- **29 de junio de 2010<sup>83</sup>.** Sostuvo que los acuerdos se traducen en un mejor entendimiento de los planes de beneficios y posiblemente en la disminución de las acciones de tutela.

Destacó que las medidas adoptadas en razón de los numerales 17 y 18 de la sentencia T-760 de 2008 han sido eficaces y efectivas en la medida que los planes obligatorios de

<sup>79</sup> Consta de las mismas acciones que la estrategia para definir los servicios de salud que se encuentran incluidos en el POS.

<sup>80</sup> *Ibidem*

<sup>81</sup> Reseñó como dirección electrónica: nuevoposcolombiano@minproteccionsocial.gov.co.

<sup>82</sup> Reseñó como página web: www.pos.gov.co.

<sup>83</sup> Respuesta al Auto 104 de 2010, a través del cual la Sala Especial de Seguimiento pidió un informe sobre el progreso y los resultados de las actividades desarrolladas, para lograr el “pacto de conducta” para enfrentar las dificultades en la información y el perfeccionamiento de los instrumentos de participación.

salud para los regímenes contributivo y subsidiado se han actualizado con la participación activa de la comunidad médica y usuarios en general. Además ha dado claridad a los contenidos y las condiciones de cobertura de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos de cada uno de los regímenes.

- **22 de julio y el 3 de agosto de 2011**<sup>84</sup>. Hizo expresa alusión a la metodología para la actualización integral del POS, las evaluaciones de las tecnologías realizadas y la participación ciudadana. Al respecto, se destacan los siguientes documentos:

*i)* La “*Metodología para la actualización integral del plan obligatorio de salud del sistema general de seguridad social en salud*”<sup>85</sup>, en el que se relacionó lo dispuesto por la Ley 1122 de 2007 y el desarrollo de la CRES en ejercicio de sus facultades, en cuanto a la definición y modificación de los POS. Conforme lo mencionado en el documento, debió definirse y revisarse el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harían parte de los planes de beneficios.

*ii)* Los informes de cada una de las 32 evaluaciones de tecnologías realizadas por su Unidad Administrativa en el año 2010, en el marco del contrato suscrito con la Universidad Nacional de Colombia<sup>86</sup> en relación con la actualización del POS,

*iii)* El documento de avance del proyecto de participación ciudadana<sup>87</sup>. Este anexo se compone de: *(i)* un informe general de avance (62 folios); *(ii)* la transcripción de la actualización “express” del POS (256 folios); *(iii)* las transcripciones de los eventos de participación ciudadana realizados en 8 ciudades con usuarios y comunidad científica en la fase de información y capacitación entre el 20 de octubre y el 17 de noviembre de 2010 (357 folios); y *(iv)* las transcripciones de los eventos realizados en Bogotá y otras 7 ciudades con usuarios, comunidad científica y demás participantes del SGSSS para la fase de socialización de la propuesta de metodología, adelantados el 2 de junio y 12 de julio de 2011 (647 folios).

### **3.1.1.2. Ministerio de Salud y Protección Social.**

- **Auto 110 de 2011**<sup>88</sup>. Informó que los obstáculos que impedían la actualización y unificación de los planes de beneficios consistían en su financiación, toda vez que las necesidades de la población son ilimitadas de cara a los recursos disponibles.

Al respecto destacó cuatro aspectos que debían desarrollarse para alcanzar la actualización y unificación del POS: *(i)* Suficiencia de los recursos para garantizar la sostenibilidad del sistema; *(ii)* adoptar una nueva metodología que permita el cubrimiento de todos los municipios del país; *(iii)* cumplir con un cálculo adecuado de la UPC necesaria para cubrir los servicios incluidos en la nivelación del plan de beneficios; y *(iv)* contar con una adecuada “*Red de Prestación*”, toda vez que el impacto

<sup>84</sup> Una vez culminada la audiencia pública convocada a través de Auto 110 de 2011, la cual se llevó a cabo el 7 de julio de esa anualidad, la CRES presentó diversos informes escritos

<sup>85</sup> Cfr. AZ Orden XVII - D, folios 1619 a 1674. Metodología para la Actualización Integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Documento elaborado por la subdirección Técnica de la CRES bajo la dirección de las comisionadas Martha Gualtero Reyes y Esperanza Giraldo Muñoz. Grupo de trabajo: Amanda Vega Figueroa, Adriana Ávila reina, Alida Saavedra González, Jaime Castro Díaz y Luis Tocaruncho Ariza) Bogotá, Junio de 2011.

<sup>86</sup> Cfr. *Ibidem*, folio 1678 y cd adjunto.

<sup>87</sup> Cfr. AZ's Orden XVII - D - E - F - G, folios 1679 a 3003.

<sup>88</sup> A través de esta providencia la Sala Especial de Seguimiento convocó a audiencia pública de rendición de cuentas en relación con las disposiciones decimoséptima y decimoctava, entre otras, la cual se llevó a cabo el 7 de julio de 2011.

en la demanda que genera la inclusión de los nuevos servicios, desborda la capacidad de las IPSs.

En otro punto, el Ministerio adujo que en virtud del Acuerdo 008 de 2010, el plan de beneficios es más claro, dado que delimita lo que está incluido y lo que está excluido en los planes. En cuanto a la periodicidad de la actualización de los planes de beneficios por parte de la CRES, se destacó que debió llevarse a cabo para el 1 de diciembre del 2011.

### **3.1.2. Informes presentados por otras entidades estatales**

#### **3.1.2.1. Defensoría del Pueblo<sup>89</sup>.**

- **22 de febrero de 2010.** Manifestó que la CRES a través de dos reportes le informó sobre la expedición de los acuerdos 003 y 008 de 2009. Al respecto indicó que la consulta ciudadana para actualizar los planes no fue representativa puesto que: (i) la convocatoria no se realizó con suficiente anterioridad y (ii) “*el único medio adoptado (página web) no era accesible a toda la población*”<sup>90</sup>.

Explicó que sobre el proceso de participación la Comisión no mostró la respectiva ficha técnica y sugirió que se trata de un ejercicio estadístico no probabilístico, de manera que debe ampliarse la representatividad para que las revisiones posteriores del POS cobren legitimidad social. En cuanto a la metodología y los instrumentos utilizados consideró que las preguntas realizadas fueron cerradas lo que impidió un mayor discernimiento por los asistentes al ejercicio de participación.

- **Auto 110 de 2011<sup>91</sup>.** Puso de presente que los obstáculos que impiden cumplir con la actualización de los planes de beneficios se relacionan con la ausencia de:

- Voluntad por parte de los agentes del sistema de seguridad social y de las EPS de ambos regímenes.
- Un adecuado sistema de información. Sugirió 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 capitación, entre otros aspectos.
- Mecanismos para monitorear permanentemente la disponibilidad de los recursos y de los excedentes que permitan destinarlos a la ampliación de los servicios y a las tecnologías en el POS.
- El establecimiento de las tarifas justas y obligatorias de los contenidos del POS para que se pueda competir en condición de calidad.
- Activación de los mecanismos y las herramientas efectivas en el proceso de regulación y control de los precios de los medicamentos e insumos.

---

<sup>89</sup> Como medida complementaria la Sentencia T-760 de 2008 ordenó (18) a la CRES presentar un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando: (i) qué se incluyó; (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios; (iii) qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión; y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera. A partir de esta determinación la Defensoría del Pueblo presentó informes periódicos relacionados con la información remitida por la CRES.

<sup>90</sup> Cfr. Escrito allegado el 22 de junio de 2010, AZ Orden XVII – B, folio 520.

<sup>91</sup> Vid nota 127.

### ***3.1.2.2. Procuraduría General de la Nación.***

- **Auto 110 de 2011**<sup>92</sup>. Afirmó que las medidas tomadas por el Gobierno no garantizan el acceso al servicio de salud de forma equitativa, oportuna, eficaz, con calidad y continuidad. Advirtió que hace falta voluntad política para formular un nuevo sistema de salud. Igualmente subrayó la necesidad de eliminar las barreras y disminuir el número de intermediarios. Como obstáculos al acceso al servicio a la salud adujo lo siguiente:

- La falta de vocación de igualdad de las normas, que deberían ser más equitativas y tener como referente el precedente jurisprudencial, no únicamente la perspectiva económica.
- La carencia de vigilancia, inspección y control de los agentes del sector salud.
- Las dificultades en el cálculo de la UPC al interior del modelo financiero del sistema, lo cual ha generado insuficiencia de recursos para la atención de los planes subsidiados.
- La inexistencia de articulación de las bases de datos.
- La falta de oportunidad para la participación de los usuarios y la comunidad médica en la actualización integral y en la unificación de los planes de beneficios.
- La ausencia de claridad científica para la inclusión o exclusión de tecnologías en salud.
- La no unificación de precios máximos de medicamentos, dispositivos, insumos y demás servicios POS.

Concluyó que la ampliación de la cobertura no implica el acceso efectivo a las Tecnologías en Salud -TES y subrayó que la mayoría de servicios negados son POS según el reporte de fallos de tutela de la Defensoría del Pueblo.

### ***3.1.2.4. Superintendencia Nacional de Salud.***

- **Auto 110 de 2011**<sup>93</sup>. Manifestó que para que el país logre actualizar de manera integral y permanente el POS es necesario que se disponga de desarrollo institucional, investigación científica, así como de información actuarial, epidemiológica y tecnológica.

### ***3.1.2.5. Contraloría General de la República.***

- **Auto 110 de 2011**<sup>94</sup>. Indicó que en el país no se ha hecho un estudio serio sobre la situación de salud pública de la población colombiana, ni sobre las enfermedades que se presentan con mayor o menor frecuencia. Agregó que tampoco se ha establecido cuáles deberían estar cubiertas por un contrato de seguro de tal manera que sean asumidas por las EPS.

### ***3.1.2.6. Fiscalía General de la Nación.***

- **Auto 110 de 2011**<sup>95</sup>. Reiteró su compromiso de perseguir las conductas punibles generadas en contra del sistema de salud, incluido el delito de la omisión de control. En relación con la actualización adujo que existe disparidad entre las diferentes bases de

---

<sup>92</sup> Vid nota 127.

<sup>93</sup> Vid nota 127.

<sup>94</sup> Vid nota 127.

<sup>95</sup> Vid nota 127.

datos y enfatizó que las zonas grises muestran la diversidad de criterios existentes sobre el contenido del plan obligatorio de salud de ambos regímenes. Finalmente, subrayó que no hay controles efectivos y que las auditorías son pobres lo que facilita la corrupción dentro del sistema.

### **3.1.3. Informes presentados por los Peritos Constitucionales Voluntarios y Grupos de Seguimiento.**

**3.1.3.1. Auto 317 de 2010.** A través de esta providencia la Sala Especial de Seguimiento formuló una serie de interrogantes a las Universidades, Grupos de Investigación Especializados y Grupos de Seguimiento, a lo que respondieron, el 1 de febrero de 2011:

**Acemi** indicó que para valorar la actualización de los planes de beneficios se debe tener en cuenta: (i) si existe un instructivo explícito y público de cómo radicar solicitudes de inclusión en el POS y cuál es el proceso y los tiempos de procedimiento de las mismas; (ii) que los requisitos de estas solicitudes contemplen todos los requerimientos de las guías metodológicas para la elaboración de guías de atención integral; (iii) si cuenta con un registro público donde se puedan consultar los análisis y respuestas dadas por la CRES a las solicitudes de inclusión o exclusión del POS; (iv) cómo se procesan las solicitudes radicadas ante la Comisión donde se establezca la viabilidad de cada una de ellas; (v) la manera en que se debe realizar la consulta ciudadana que integre a las sociedades científicas y representantes de las EPS para que participen en las decisiones de inclusión o exclusión y se puedan debatir las decisiones tomadas al respecto; (vi) la elaboración de estadísticas consolidadas de aquellas solicitudes que no fueron incluidas en el POS; y (vii) las actualizaciones correspondan a las necesidades técnicas prioritarias.

**La Universidad de los Andes** afirmó que la participación ciudadana en la actualización del POS no ha sido suficiente, ni efectiva por las siguientes razones: (i) las personas que han participado en las consultas no son representativas de los grupos poblacionales a los que está dirigido el proceso de participación; (ii) los instrumentos utilizados no permiten una participación real de los usuarios y la comunidad médica; (iii) los mecanismos de participación corren el riesgo de producir un mero efecto simbólico; (iv) no se han involucrado a las comunidades vulnerables como grupos indígenas, etnias, etc., ni se ha permitido la participación ciudadana en la ejecución de políticas públicas.

**La Universidad de la Sabana** advirtió que la actualización de los planes de beneficios y la fijación de la UPC dependen de la priorización y las expectativas que le den a su alcance.

**La Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social –CSR-** indicó que el proceso participativo debe partir por establecer niveles de representatividad sectorial, poblacional y de alcances geográficos, con lo que no cumplió la convocatoria efectuada por la CRES, por lo que catalogó la participación de la comunidad médica, las organizaciones de usuarios y la ciudadanía en general, como nominal y sin representatividad.

**3.1.3.2. Auto 110 de 2011.** En esta decisión la Sala Especial de Seguimiento convocó a audiencia pública de rendición de cuentas en relación con las disposiciones decimoséptima y decimoctava, entre otras, la cual se llevó a cabo el 7 de julio de 2011. En ella intervinieron algunas organizaciones internacionales, la sociedad civil y la

academia, las cuales, refiriéndose a la actualización de los planes de beneficios, indicaron lo siguiente:

**Acemi** señaló que se ha logrado una cobertura importante, no sólo en carnetización, sino en garantía real de atención de las necesidades de salud. Aseguró que si bien con el Acuerdo 008 se avanzó en la actualización del POS, aún persisten inquietudes sobre los dispositivos médicos y sobre el nivel de la tecnología que cubre el Sistema, lo cual impacta negativamente en la claridad y racionalidad.

**Ascofame** aseveró que los planes de beneficios deben estar basados en estrategias de salud pública, en la atención primaria y en la interdisciplinariedad del POS. Agregó que para actualizar es indispensable un mejor sistema de información, que tenga una definición desde el punto de vista participativo.

**La CSR** indicó que el Gobierno está lejos de satisfacer las órdenes de la sentencia T-760 de 2008. Señaló que el modelo de aseguramiento debe ser público y que el mayor obstáculo en materia de actualización de los planes de beneficios obedece a la insuficiencia en la información. Así mismo aseguró que las zonas grises persisten y configuran otra gran problemática al interior del sistema, puesto que no se ha acudido al perfil epidemiológico, ni al uso real y efectivo de los servicios POS. Reiteró que el plan de beneficios no solo debe ser efectivo sino apearse a las necesidades culturales de la población.

**El Proyecto Así Vamos en Salud** destacó que el modelo que necesita el país debe cumplir con la gestión del riesgo, por lo cual resulta importante que la intermediación se defina concretamente y se cualifiquen reglas claras para todos los actores. De igual modo, resaltó la necesidad de que el Estado ejerza su papel de regulador del sistema.

**El Centro de Investigación para el Desarrollo -CID- de la Universidad Nacional** afirmó que las fuentes de datos para el cálculo de la UPC no permiten su corroboración con otras bases porque no existen. En consecuencia, adujo que era importante realizar tal contraste en tiempo real e impulsar un proceso abierto y democrático para reconstruir el sistema de salud. Así mismo, debe haber una garantía de que la información sobre servicios, medicamentos y procesos a nivel nacional y territorial no será reservada sino pública y de fácil acceso especialmente entre los actores del sistema.

**Dejusticia** coligió que la CRES adoptó el Acuerdo 008 de 2009, que entró a regir el 1° de enero de 2010, sin que hasta la fecha haya proferido otra actualización del POS. Advirtió que en dicho acto hay ausencia absoluta de información sobre lo que se excluyó, las razones de esta decisión y lo que sería incluido gradualmente.

Sostuvo que dicho acto administrativo no implica una actualización integral del POS ya que no tuvo en cuenta los parámetros de la sentencia (revisión sistemática conforme a cambios en la estructura demográfica, perfil epidemiológico nacional, tecnología apropiada disponible en el país y condiciones financieras del sistema), como se evidencia con la tardía publicación (en junio de 2011) de la *“Metodología para la actualización del plan obligatorio de salud del sistema general de seguridad social en salud”*. A manera de ejemplo destacó algunos aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres<sup>96</sup>.

---

<sup>96</sup> En relación con este aspecto destacó: (i) Existencia de retrocesos en la cobertura en salud para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE); (ii) se han excluido métodos del régimen subsidiado destinados a permitir la

**La Organización Iberoamericana de Seguridad Social** sostuvo que es evidente la falta de sistematización y racionalidad legal en cuanto a la elaboración del plan de beneficios. Afirmó que *“se requiere fortalecer la regulación con un marco claro y preciso que evite los espacios a la controversia interpretativa, que busque avanzar en la sistematización y ordenación jurídica como un imperativo para lograr un mayor y mejor conocimiento de las normas por los ciudadanos, una más clara interpretación por parte de quienes deban aplicarlas y prevenir los litigios que generan la falta de precisión de la normativa”*. Por lo anterior, recomendó la simplificación del régimen normativo que rige el funcionamiento del Sistema de Salud.

- El 7 de diciembre del mismo año, la **Universidad de los Andes**, en calidad de Perito Constitucional Voluntario, allegó un estudio enfocado en la participación de pacientes y sus organizaciones en la toma de decisiones en materia salud, en el cual concluyó que este es un derecho que a su vez implica una responsabilidad correlativa del Estado de respetarlo, protegerlo y garantizarlo. En este sentido desarrolló el derecho a la participación en salud, enfocándose su contenido, problemas prácticos para su goce efectivo y finalmente haciendo una recomendación de cómo el gobierno podría tomar decisiones que lo garanticen, minimizando los problemas que surgen de su ejercicio<sup>97</sup>.

### 3.2. Acuerdos 028 y 029 de 2011<sup>98</sup>.

#### 3.2.1. Informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social y la CRES

##### 3.2.1.1. Comisión de Regulación en Salud.

- **12 de diciembre 2011**<sup>99</sup>. Explicó que este plan de beneficios surgió de la metodología aprobada por la CRES, la cual contempló los siguientes criterios: (i) cambios de la estructura demográfica de la población; (ii) perfil epidemiológico nacional; (iii) tecnología apropiada disponible en el país; (iv) el equilibrio y las condiciones financieras del sistema y (v) los medicamentos extraordinarios no explícitos en el plan de beneficios. Para ello se tomó como fuente, entre otras, la Encuesta Nacional de Salud 2007, los Registros individuales de Prestación de Servicios -RIPS- 2008, las Frecuencias de Mortalidad de las Estadísticas Vitales del DANE 2009, el Estudio de Carga de Enfermedad Colombiana 2005 y la Base de Datos de los 150 medicamentos más recobrados al Fosyga.

---

práctica de IVE que antes se encontraban incluidos (aspiración del útero), sin cumplir con la carga de argumentación requerida por la Sentencia; (iii) falta de argumentación técnica en relación con la no inclusión del Misoprostol, con lo cual el POS se queda sin métodos de IVE no quirúrgicos; y (iv) no se incluyó método alguno de IVE no quirúrgico, lo cual adoleció de explicación.

<sup>97</sup> Cfr. AZ Orden XVII - H, folio 3134 a 3156.

<sup>98</sup> Mediante el Acuerdo 028 de 2011 CRES definió, aclaró y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud del SGSSS, el que entraría en vigencia a partir del 1° de enero de 2012. Una vez expedido y publicado el mencionado acto a través del sitio web oficial [www.cres.gov.co](http://www.cres.gov.co), se abrió un espacio del 5 al 21 de diciembre de 2011 con el fin de que se remitieran comentarios, observaciones y aportes con el propósito de analizarlas y hacer las correcciones que fueren pertinentes. Una vez cumplida esta etapa se consideró procedente realizar algunas modificaciones y correcciones al contenido del Acuerdo 028 de 2011 con el fin de procurar la mayor precisión posible del Plan de Beneficios. En este contexto se expidió un nuevo cuerpo normativo como lo fue el Acuerdo 029 de 2011, con vigencia a partir del 1° de enero de 2012.

<sup>99</sup> En cumplimiento a lo dispuesto en el Auto 226 de 2011 y a lo dispuesto en la Ley 1438 del mismo año, la CRES remitió el Acuerdo 028 de 30 de noviembre de 2011 *Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud* y los reportes sobre el proceso de participación ciudadana y sus resultados.

Agregó que este proceso de actualización se surtió con la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, así como de la ciudadanía en general. Es así como, a través de la página web se dejó a disposición el Acuerdo 028 de 2011, para que a través de una participación abierta al público se hicieran las correcciones pertinentes, con plazo hasta 21 de diciembre de esa anualidad.

- **16 de marzo de 2012**<sup>100</sup>. Manifestó que el Acuerdo 008 de 2009 que entró en vigencia el 1 de enero de 2010, es el punto de partida para la actualización del POS. Además, destacó que la revisión constante del plan de beneficios ha llevado a la adopción de medidas regulatorias<sup>101</sup>.

En el proceso de actualización se identificaron dos momentos: (i) Estudios y análisis del POS objeto de actualización<sup>102</sup>; y (ii) análisis y evaluaciones de tecnologías en salud y construcción de la propuesta de actualización del POS<sup>103</sup>.

A partir de estos parámetros se construyó la propuesta de Actualización Integral del POS, donde se adelantó un proceso de jerarquización de las tecnologías en orden de importancia de mayor a menor según su relación con los siguientes criterios: (i) carga de enfermedad; (ii) contribución a la atención integral en salud; (iii) impacto poblacional; (iv) política pública; e (v) impacto económico.

Cada una de las tecnologías propuestas para inclusión al POS fue objeto de un nuevo análisis a partir de los siguientes elementos: (i) Observaciones efectuadas por los actores del sistema en el proceso de participación ciudadana (noviembre); (ii) observaciones recibidas por consulta ciudadana a través de la página Web de la CRES; (iii) análisis de consideraciones metodológicas, procedimentales y de resultado definidas por la Corte Constitucional en el Auto 226 de 2011.

- **4 de mayo de 2012**. Alegó escrito en el que describió los medios de convocatoria utilizados para asegurar el mayor alcance, impacto y cobertura de las asociaciones de pacientes y de usuarios en salud, las veedurías ciudadanas, los comités de participación

<sup>100</sup> Por medio de Auto del 5 de marzo de 2012, la Sala Especial de Seguimiento ordenó a la CRES que explicara cuál fue el mecanismo adoptado para la transición con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

<sup>101</sup> Al respecto hace referencia a los Acuerdos: 017 de 2010 “*Por el cual se aclara el nombre de un medicamento contenido en el Plan Obligatorio de Salud*”; 020 de 2010 “*Por el cual se aprueba someter a consulta de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la comunidad médico - científica y de la ciudadanía en general unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*”; 21 de 2011 “*Por el cual se amplían unas concentraciones de algunos medicamentos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud dispuesto por el Acuerdo 008 de la CRES*”; 025 de 2011 “*Por el cual se realizan unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*”. El **Acuerdo 21 de 2011**, amplió las concentraciones de los siguientes medicamentos: Hidromorfona Clorhidrato 5 mg. tableta, la Metadona Clorhidrato 40 mg tableta y la Morfina Clorhidrato 3% solución inyectable. Esto, sin sustituir los medicamentos cuyos principios activos hacen parte del Anexo 1 del Acuerdo 008 de 2009 y conservando las mismas indicaciones o usos terapéuticos contenidos en esta norma. Para esta decisión, la CRES adelantó el estudio técnico que comprendió el análisis de dosificación y de las indicaciones clínicas previstas en el Plan de Beneficios y la evaluación de impacto en la UPC de cada una de estas tecnologías. A su vez, en el **Acuerdo 025 de 2011** aprobó la inclusión al POS de los medicamentos: Alendronato Acido (10-70 mg tableta cápsula) y Clopidogrel (75 mg de base tableta).

<sup>102</sup> En este momento correspondía analizar las tecnologías en salud del POS contenido en los Acuerdos 008 de 2009; 014 y 017 de 2010; y 021 y 025 de 2011 según el tipo y uso respecto de las etapas de la atención en salud, así como de las necesidades en salud de la población colombiana para identificar los aspectos en los cuales era necesario fortalecer el plan de beneficios y responder a las Políticas Pública en promoción y prevención y al equilibrio financiero del sistema. Posteriormente se procedía a identificar las nuevas tecnologías y las ya existentes en el POS que requerían aumento de coberturas, para así priorizar y determinar el alcance de la evaluación durante este periodo.

<sup>103</sup> Este momento respondió a los procesos de análisis y evaluación de las tecnologías existentes en salud excluidas del plan de beneficios, a fin de verificar la efectividad, seguridad y costo para su posible inclusión al POS, así como la ratificación o posible supresión del POS de aquellas ya enlistadas en el plan.

comunitaria en salud -Copacos-, la comunidad médica y la científica.

Además, se identificaron las organizaciones que representan a los usuarios en salud en organizaciones clasificadas como Asociaciones de Pacientes, Asociaciones de Usuarios en Salud, Veedurías Ciudadanas y Copacos<sup>104</sup>.

Respecto a la comunidad científica, la convocatoria se hizo a través de la Academia Nacional Medicina, la Federación Médica Colombiana, el Colegio Médico Colombiano y a la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y de manera individual 42 sociedades miembros de especialidades médicas.

### **3.2.2. Informes presentados por otras entidades estatales**

#### **3.2.2.1. Defensoría del Pueblo.**

- **16 de marzo de 2012**<sup>105</sup>. Indicó que en el transcurso del seguimiento recibió dos informes. Resaltó que teniendo en cuenta lo ordenado por la Corte Constitucional, los estos deberían ser presentados así: (i) 31 de julio de 2009; (ii) 31 de julio de 2010; y (iii) 31 de julio de 2011.

En el primer año -31 de julio de 2009- se hizo referencia al Acuerdo 03 de 2009, en el que se incluyeron 543 procedimientos en el plan de beneficios. En esa oportunidad se otorgó un margen de tiempo para que las partes interesadas revisaran su contenido y de esta manera se pronunciaron sobre las inclusiones o exclusiones del POS. Además se realizó un ejercicio de participación ciudadana a través de un formato prediseñado.

El 24 de febrero se recibió otro informe de la CRES, en el que se indicó que se expedía el acuerdo 008 de 2009 –derogó el Acuerdo 03 de 2009, a fin de aclarar y actualizar el contenido de los planes obligatorios de salud, a partir de las inquietudes, recomendaciones y solicitudes de las partes interesadas. Con ocasión de esta transición se consideraron incluidos más de 300 procedimientos, en su mayoría por el cambio de nomenclatura de Mapipos<sup>106</sup> a CUPS<sup>107</sup>, que registra mayor detalle y en consecuencia más precisión en los contenidos.

Teniendo en cuenta que a 31 de julio de 2010 la CRES no había enviado el segundo informe, la Defensoría del Pueblo remitió requerimiento expreso para que se cumpliera con dicha obligación. El 04 de mayo de 2011, la Comisión remitió lo solicitado, donde no se evidenciaban incorporaciones al plan de beneficios sobre actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos posteriores al Acuerdo 08 de 2009.

En cuanto al Acuerdo 028 de 2011, en el que se actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud, destacó que no abordó todos los ítems establecidos por la Corte Constitucional, en cuanto a: (i) Qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios; (ii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad; y (iii)

---

<sup>104</sup> En las reuniones de las ciudades que superaban 25 asistentes se surtió un proceso de elección de representantes de usuarios por tipo de organización.

<sup>105</sup> Teniendo en cuenta que en el expediente de seguimiento no obraba prueba del envío de los informes por parte de la CRES a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, la Sala Especial de Seguimiento a través del Auto del 5 de marzo de 2012 ordenó que los citados órganos de control indicaran cuántos reportes habían recibido de la Comisión.

<sup>106</sup> Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del POS.

<sup>107</sup> Código Único de Procedimientos en Salud.

la justificación de la decisión, en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.

**- 8 de noviembre de 2012.** Remitió informe de seguimiento donde destacó los siguientes aspectos positivos: “*i) actualización y ampliación del plan de beneficios y ii) el ejercicio de participación ciudadana que adelanta la CRES a nivel nacional*”<sup>108</sup>. Igualmente, subrayó algunas de las falencias: “*i) persistencia de las negaciones POS por parte de las EPS, sin que se adopten medidas para evitar que siga sucediendo y ii) la incertidumbre existente respecto al periodo de actualización del POS, por cuanto la Sentencia T- 760/2008 indica que debe realizarse cada año y la Ley 1438 de 2011 indica que es cada 2 años*”<sup>109</sup>.

Expuso que las dificultades en el proceso de actualización se presentaron principalmente por: *i) la negación de servicios que hacen parte del plan obligatorio de salud por parte de las aseguradoras, amparándose en las llamadas “zonas grises”, ii) la falta de consenso entre los representantes de los usuarios para priorizar las actualizaciones del POS y, iii) las incorporaciones a la canasta de servicios del plan de beneficios realizadas por los ministerios de Salud y de Hacienda y Crédito Público.*

**- 24 de julio de 2013.** En posterior informe de cumplimiento señaló respecto de la orden decimoctava los siguientes puntos positivos: “*i) actualización del POS, según la metodología propuesta, con participación ciudadana; ii) se realizaron todos los estudios pertinentes sobre el medicamento Misoprastol y su efecto en la UPC; iii) se realizaron dos consensos de expertos para identificar los criterios de priorización del POS; y iv) actualización del POS a partir de solicitudes de terceros*”.

Por otra parte, efectuó unas observaciones con relación a las dificultades evidenciadas: “*i) para el 2012, el aplazamiento de algunas propuestas presentadas, ii) solicitud del Procurador de abstenerse de introducir servicios quirúrgicos o médicos para la interrupción del embarazo y, iii) nuevas dinámicas por la supresión de la CRES y la creación del IETS, Instituto de evaluación de las tecnologías en salud, así mismo la definición de rutas metodológicas para la actualización por solicitud de terceros*”.

### **3.2.2.2. Procuraduría General de la Nación.**

**- 14 de marzo 2012<sup>110</sup>.** Precisó no haber recibido documento alguno por parte de la CRES, de acuerdo con lo dispuesto en la orden 18 de la Sentencia T-760 de 2008.

### **3.2.3. Informes presentados por los Peritos Constitucionales Voluntarios y Grupos de Seguimiento**

#### **3.2.3.1. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.**

**- 10 de mayo de 2012.** Refirió que una de las preocupaciones en la operación plan de beneficios es el acceso real y efectivo a la asistencia sanitaria en el marco de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Destacó que el POS en la actualidad ha fragmentado

<sup>108</sup> Cfr. AZ Orden XVII - J, folio 4310.

<sup>109</sup> *Ibidem*.

<sup>110</sup> Teniendo en cuenta que en el expediente de seguimiento no obraba prueba del envío de los informes por parte de la CRES a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación, la Sala Especial de Seguimiento a través del Auto del 5 de marzo de 2012 ordenó que los citados órganos de control indicaran cuántos reportes habían recibido de la Comisión.

la atención de la enfermedad mental; además, no desarrolló de manera transparente la interpretación de las tecnologías amparadas y las no cubiertas, lo cual se ha venido convirtiendo en un espacio para la interpretación de las EPS que dilatan el acceso a servicios y en algunos casos hacen nugatorio el derecho a la salud.

**3.2.3.2. Auto 133A de 2012.** En esta oportunidad, la Sala Especial de Seguimiento planteó unos interrogantes<sup>111</sup> dirigidos a los Peritos Constitucionales Voluntarios.

- **La CSR** insistió en que lo más beneficioso era el replanteamiento del POS como un sistema que se actualizaría mediante exclusiones y no a través de inclusiones. Advirtió que el POS se ha utilizado para limitar el goce efectivo del derecho a la salud, aumentando la inequidad del sistema y facilitando procesos de corrupción.

Criticó que los informes técnicos de evaluación publicados no son homogéneos debido a que la CRES tercerizó la evaluación en varios grupos de expertos, hecho que se percibe en la calidad tan variable de los documentos presentados. Se pasa de evaluaciones rigurosas y objetivas a otras de “calidad reprochable”<sup>112</sup>.

Finalizó advirtiendo que a esa la fecha no se habían hecho públicos todos los documentos de soporte técnico-científico ni técnico-económico para la toma de decisiones, ni tampoco están disponibles las actas de reunión en las cuáles la CRES decidió y formuló el Acuerdo 029 de 2011, por tanto existe una gran incertidumbre en cómo se llevó a cabo el proceso.

Informó que de acuerdo con la información recibida respecto al proceso de actualización del POS que terminó con el Acuerdo 029 de 2011, persisten las limitaciones propias del modelo de organización del sistema de seguridad social en salud. En particular destacó:

a) La afirmación de la CRES sobre las inclusiones según la cual “[E]n el marco del proceso de actualización del POS se incluyeron 197 Tecnologías en Salud...”<sup>113</sup> es imprecisa, toda vez que se encuentran contabilizados muchos medicamentos y procedimientos que podrían corresponder a uno solo<sup>114</sup>.

<sup>111</sup> “1.1.1. En relación con la progresividad del derecho a la salud, ¿Cuál es su opinión respecto del POS fijado en el Acuerdo 029 de 2011? Justifique su respuesta. / 1.1.2. ¿Qué otros medicamentos, aparte de los contenidos en el Anexo 1 del Acuerdo 029 de 2011, considera que deben ser cubiertos por el POS? Justifique su respuesta partiendo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la financiación de los servicios de salud y los requerimientos legales para la actualización del POS, tales como: cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad en Colombia. / 1.1.3. ¿Qué otros procedimientos y servicios, diferentes de los contenidos en los Anexos 2 y 3 del Acuerdo 029 de 2011, considera que deben ser cubiertos por el POS? Justifique su respuesta partiendo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la financiación de los servicios de salud y los requerimientos legales para la actualización del POS, tales como: cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad en Colombia. / 1.1.4. ¿Se considera que en el proceso de actualización de los Planes Obligatorios de salud se garantizó la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud de conformidad con las normas que regulan el sistema y en subsidio, con las normas generales que rigen la adopción de decisiones de alcance general en materia administrativa?”.

<sup>112</sup> La CSR específicamente en materia de inclusiones de nuevas tecnologías enfatizó que en el caso de medicamentos, el 50% de las nuevas inclusiones corresponde a medicamentos que estaban condicionados a un control de precios y que no mostraban ventajas frente a sus equivalentes, disponibles en acuerdos anteriores. Respecto de los principios activos, el 20% no siguieron el proceso de priorización y no tienen informe técnico de evaluación publicado, no obstante corresponde a entidades químicas que representaron un alto porcentaje de los recobros al Fosyga, sin tener en cuenta los criterios de seguridad, eficacia y costo-efectividad.

<sup>113</sup> Oficio CRES-20123100037811, 3 de mayo de 2012, Pág. 28 y anexo 10.

<sup>114</sup> En concreto indicó que “de las 197 Tecnologías en Salud, más de 50 corresponden a presentaciones múltiples de medicamentos de uso común, como los antibióticos Amoxicilina-Clavulinato y la Azitromicina, el antipsicótico Risperidona o los medicamentos contra la enfermedad de Parkinson precursores de la Dopamina. Adicionalmente, se incluyeron 25 procedimientos que corresponden al uso de la técnica de laparoscopia en diferentes enfermedades ginecológicas, usadas en el país de tiempo atrás y con indudable superioridad respecto de procedimientos más

b) De acuerdo con los lineamientos aplicados por la CRES, prima el criterio de los recursos disponibles, toda vez que ha advertido que existe una limitante presupuestal establecida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en orden a priorizar las tecnologías que serían finalmente incluidas.

c) Con cada actualización del POS, las EPS encuentran nuevas “zonas grises”, ya que de eso depende su rentabilidad, basada en la decisión de cubrirlos con los recursos de la UPC o recobrarlos al Fosyga, a precios inexplicablemente más altos.

- **La Universidad Nacional de Colombia** manifestó que el nuevo POS amplió las alternativas de medicamentos para patologías ya cubiertas, pero no para otras nuevas como las enfermedades huérfanas o las oftalmológicas. Resaltó que si bien con dicho aumento se agiliza el procedimiento al obviarse el trámite ante el Comité Técnico Científico, esta medida también se puede prestar para un uso inadecuado de los fármacos ampliados (indicaciones no aprobadas por el Invima, cambios injustificados de tratamiento, entre otros).

Aconsejó que para la escogencia de las medicinas se debería tener en cuenta su financiación selectiva en función de la utilidad, así como el hecho de que el ser innovadora no implica *per se* que sea más eficaz o mejor que otra de menor costo.

- **La Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud – Gestarsalud-** afirmó que a pesar de que el Acuerdo 029 de 2011 se avanzó hacia la incorporación de nuevas tecnologías en el régimen subsidiado, continúa sin ser claro, lo que da cabida a interpretaciones en perjuicio de los usuarios del sistema.

En lo que concierne a la participación en la actualización apuntó que es mucho más fácil dar prelación a los usuarios y la comunidad médica ubicada en ciudades capitales e intermedias, respecto de quienes residen o trabajan en municipios pequeños, áreas apartadas y lugares con difícil acceso a tecnologías de la información y la comunicación. Esto implica que hay un segmento de la colectividad médica y de la general que no puede intervenir en estos procesos y que puede tener una realidad y unas necesidades diferentes a las de aquellos que está actuando y, en este sentido, pueden no verse representados en los resultados.

- **La Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar -Asocajas-** y **la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-**, remitieron conjuntamente respuesta al Auto 133A de 2012 y señalaron que si bien es innegable la inclusión de nuevos contenidos en el plan de beneficios, no les era posible determinar si el Acuerdo 029 de 2011 fue progresivo en materia del derecho a la salud, como quiera que la CRES no estableció algunas definiciones necesarias para ello, entre las cuales destacaron el nivel de tecnología que financia el POS.

En lo relacionado con la participación aseguraron que las EPS desconocen la forma en que se priorizan las tecnologías para ser evaluadas, la forma en que se adopta la decisión final de inclusión y los modelos de costeo. Afirmaron que estos últimos no fueron

---

*invasivos. De manera sorprendente, se incluyó la presentación de 800 mg. de Ibuprofeno, ya que no se encontraba en el POS. Tampoco se encontraban procedimientos comunes para tomar biopsias de mama cuando se sospecha un cáncer, y por tal razón, muchas mujeres dejaron de recibir la atención oportuna y probablemente murieron”.*

entregados ni publicados y, por tanto, no pueden ser verificados por parte de ningún actor.

- **El Grupo de Seguimiento “Así Vamos en Salud”** afirmó que el POS fijado en el Acuerdo 029 de 2011 contribuyó con la búsqueda de la progresividad del derecho a la salud, al mejorar el acceso de los usuarios del sistema a los medicamentos, los procedimientos y las nuevas tecnologías. Así mismo, señaló que la CRES estableció un mecanismo de convocatoria abierto, democrático y visible que garantizó la participación de los interesados. Destacó que a pesar de las faltas en la continuidad de la asistencia tanto de representantes de los usuarios, como comunidad médica y científica, se continuó con la autonomía para tomar decisiones y seguir con la agenda de trabajo.

- **La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -Ascofame-** manifestó que “[e]l POS fijado en el acuerdo 029 de 2011 es una actualización de un listado claramente antiguo, realizado en su momento sin consideraciones fundamentadas en mejorar la salud de los colombianos, sino en una sostenibilidad financiera que hizo que se mantuviese durante muchísimos años, y mantuviera inefectivo el sistema de salud de los colombianos, generando el caos conocido por todos. Esta nueva actualización continúa con ese fantasma; centrado más en los recursos financieros que en la aplicación de los derechos, en la necesidad de los pacientes...”<sup>115</sup>. En cuanto a la garantía de participación afirmó haber evidenciado los aportes de las sociedades científicas en el proceso mas no en la decisión por lo que consideró el trámite como ineficaz.

### 3.3. Resolución 5521 de 2013<sup>116</sup>.

#### 3.3.1. Informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social

- **28 de febrero de 2014.** La cartera ministerial informó sobre la expedición de la Resolución 5521 de 2013, por medio de la cual se define, aclara y actualiza integralmente el POS y explicó el proceso seguido para cumplir con lo ordenado por la Corte.

En primer término procedió a establecer la metodología utilizada para clarificar y actualizar integralmente el POS 2011<sup>117</sup>. En consecuencia el Ministerio de Salud y Protección Social presentó cada uno de los elementos mencionados en el Auto 226 de 2011. Sobre el particular destacó los siguientes aspectos.

#### 1. Análisis de la carga de enfermedad y Perfil Epidemiológico.

<sup>115</sup> Cfr. AZ Orden XVII - J, folio 4246.

<sup>116</sup> Teniendo en cuenta que la Comisión de Regulación en Salud –CRES, fue liquidada mediante el Decreto 2560 de 2012, todas sus funciones y competencias fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social el cual fue modificado en su estructura para tal efecto. En este contexto esa cartera expidió el acto mediante el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS), de acuerdo con lo establecido en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011.

<sup>117</sup> De acuerdo a lo consagrado en el Auto 226 de 2011 (parámetro i de la consideración 2.1), debía existir un instrumento unificado para realizar la actualización integral del POS, diseñado a partir de una metodología que muestre cómo clarificar y actualizar integralmente el mismo teniendo en cuenta: (i) los cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población; (ii) la disponibilidad de recursos; (iii) el acceso a tecnología; (iv) el equilibrio financiero y macroeconómico; y (v) la posible incorporación de medicamentos, dispositivos o procedimientos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

Tuvo como eje el análisis la carga de la enfermedad, toda vez que aportan información más detallada en relación con los años de vida saludable (Avisas<sup>118</sup>) perdidos como consecuencia de la discapacidad o de la mortalidad.

## *2. Medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios -POS-.*

Se identificaron las tecnologías que fueron objeto de recobro, es decir, principios activos, procedimientos y dispositivos médicos que conformaban los listados de recobros por mayor valor de acuerdo con base de datos del Ministerio de la Protección Social, correspondiente al primer semestre del 2011.

## *3. Disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema.*

Se tuvo en cuenta de cara al marco fiscal de corto y mediano plazo una vez se contó con el cálculo de impacto presupuestal de las tecnologías que cumplieron con criterios de seguridad, efectividad y estudios económicos, para ser candidatas a inclusión al POS y de esta manera se llevaron a discusión en las sesiones de Comisión donde el Ministerio de Hacienda y Crédito Público presentó los estudios correspondientes. Posteriormente, se evaluó la disponibilidad de recursos a fin de establecer la viabilidad de las inclusiones de nuevas tecnologías al POS con el debido soporte financiero de sostenibilidad.

### **3.3.2. Informes presentados por otras entidades estatales**

#### *3.3.2.1. Defensoría del Pueblo.*

El 11 de junio de 2014, remitió informe de cumplimiento haciendo un balance general de las órdenes. Respecto de la orden decimoctava, consideró que se encuentra *cumplida*, sin embargo, indicó que persisten las falencias en la función del control coordinado, nacional y local, así como en la información para la detección rápida de las violaciones al derecho a la salud y las actuaciones oportunas de cara a los casos, las situaciones o los responsables.

### **3.4. Resolución 5592 de 2015<sup>119</sup>.**

#### **3.4.1. Informes presentados por el Ministerio de Salud y Protección Social**

- **24 de diciembre de 2015<sup>120</sup>**. Advirtió que este acto abrió en todo el país espacios de participación ciudadana, encaminados a garantizar a los usuarios del Sistema, tanto de manera individual como colectiva, por representación de las diferentes organizaciones de usuarios, pacientes y comunidad médica, su participación directa y efectiva,

---

<sup>118</sup> De acuerdo con el presente informe, el concepto de AVISA se constituye en un indicador válido para identificar las necesidades en salud, toda vez que incluye la medición de cualquier consecuencia para el bienestar de las personas que represente una pérdida de por discapacidad y por muerte prematura; considera como únicas variables que modulan este indicador la de edad y el sexo. En concreto explicó que: “*Un AVISA correspondería a un año de vida sana perdido y la medición de la carga de enfermedad por este indicador significaría la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad*”. En la medida en que, la discapacidad o el impedimento funcional, sea mayor el valor de AVISAS aumenta. En consecuencia, el indicador AVISA (años de vida saludable perdidos) permite conocer cuánto se gana por una intervención al evitar la mortalidad o la discapacidad por una condición de pérdida en salud.

<sup>119</sup> Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

<sup>120</sup> En esta fecha el Ministerio de Salud y Protección Social informó que se había adelantado una actualización integral del plan de beneficios.

expresando sus preferencias, opiniones y recomendaciones a la actualización integral del POS.

Adicionalmente, dicho proyecto fue publicado en la página web de este Ministerio en el período comprendido entre el 15 y el 18 de diciembre de 2015.

En tal sentido se afirmó que los aportes y comentarios de los participantes presenciales y virtuales fueron analizados por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, algunos de los cuales se encuentran recogidos en la expedida resolución.

- **20 de abril de 2016**<sup>121</sup>. Informó que se retomaron los lineamientos generales de la metodología de actualización del año 2013 para inclusiones de nuevas tecnologías en salud al POS, aumento de cobertura de medicamentos POS, análisis para posible supresión de tecnologías medicamentos y procedimientos, y se adelantaron otros desarrollos metodológicos.

En relación con los objetivos y metodologías la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento<sup>122</sup> en la sesión, de 23 de mayo de 2013 recomendó avanzar hacia un plan implícito, desarrollar los agrupamientos en medicamentos y procedimientos y fortalecer la participación directa y efectiva de usuarios y actores, entre otros.

En ese orden de ideas, se propuso que la actualización integral del POS de 2015 se hiciera con cargo a la UPC para garantizar el derecho fundamental a la salud y su goce efectivo, para ello buscó implementar un plan cada vez más implícito. En este sentido se mantuvieron las metodologías y herramientas específicas tendientes a aumentar las posibilidades terapéuticas para la prestación de servicios a los afiliados.

Afirmó que se fortaleció la participación ciudadana en los temas de nominación de tecnologías en salud, metodologías de priorización de tecnologías para evaluar, y se desarrolló un proceso participativo con expertos y pacientes en el tema de enfermedades huérfanas.

En relación con las exclusiones quedaron expresamente señaladas en la Resolución 5592 de 2015. Respecto a la valoración para posible inclusión de los medicamentos incluidos en la Lista Modelo de la Organización Mundial de la Salud, se desarrolló un análisis comparativo entre el listado de medicamentos esenciales en su versión número 19 y la estructura final del POS 2015, identificando un listado de posibles tecnologías a analizar, las cuales tienen otras alternativas terapéuticas amplias y suficientes en plan de beneficios. En este sentido, adujo que Colombia tiene cubiertos todos los medicamentos

---

<sup>121</sup> Se convocó a una sesión técnica a efectos de profundizar sobre algunos componentes de la política pública de acuerdo a las últimas actualizaciones del Plan Obligatorio de Salud expedidas mediante las resoluciones núm. 5521 de 2013 y 5592 de 2015. En esa medida, se citó al Ministerio de Salud y Protección Social para que explicara: (i) los parámetros de estructura, esto es, la metodología, estrategia o plan de acción, definidos para llevar a cabo las dos últimas actualizaciones del POS (resoluciones núm. 5521 de 2013 y 5592 de 2015); (ii) el procedimiento y/o las acciones concretas realizadas para lograr la consecución de las dos últimas actualizaciones del POS; y (iii) los criterios de priorización aplicados para seleccionar las tecnologías en salud incluidas y excluidas en las dos últimas actualizaciones del POS.

<sup>122</sup> Por mandato del Decreto 2560 de 2012, que suprimió la CRES y ordenó trasladar unas de sus funciones al Ministerio de Salud y Protección Social, en este sentido se modificó la estructura de esa Carter Ministerial, creándose: (i) el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS); (ii) la Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud; y (iii) la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas y Operación del Aseguramiento en Salud.

esenciales de la OMS o cuenta con alternativas terapéuticas en el plan de beneficios (excepto aquellos que están asociados a enfermedades no existentes en el país).

De cara a la metodología implementada para adelantar la actualización de POS, explicó que es un proceso continuo y permanente. En este sentido en primer lugar hizo alusión a un esquema general que se refiere a las diferentes etapas que se siguen para establecer la posible inclusión de una tecnología en salud, así: (i) Puerta de entrada de la tecnología en salud<sup>123</sup>; (ii) nominación de tecnologías en salud<sup>124</sup>; (iii) priorización de tecnologías en salud<sup>125</sup>; (iv) evaluación de tecnologías en salud<sup>126</sup>; (v) valoración de criterios de inclusión<sup>127</sup>; (vi) toma de decisión<sup>128</sup>; (vii) acto administrativo<sup>129</sup>; y (viii) socialización<sup>130</sup>.

En febrero de 2014 el Ministerio indicó que con base en la actualización integral de 2015 abordaría el tema de padecimientos de baja representación con la Mesa Nacional de trabajo de Enfermedades Huérfanas en virtud del principio de equidad y que en 2013 la actualización integral había priorizado las enfermedades de carácter general. Para ello se realizó un censo con los pacientes que las están padeciendo. Esta situación llevó a establecer criterios de priorización específicos para “las ayudas diagnósticas estándar o No POS”, a saber: (i) el valor agregado de incluirla en el POS en relación con las otras

<sup>123</sup> Inicia tras la autorización de comercialización otorgada por el Invima para el caso de medicamentos y dispositivos médicos o la autorización de servicios en salud y de procedimientos que otorgue el Ministerio de Salud y Protección Social.

<sup>124</sup> Esta etapa la impulsan los actores (ciudadanía en general, usuarios o pacientes) a través de la página web del Ministerio en los meses de marzo y abril de cada año, en donde se identifica la tecnología en salud sobre la cual se pretende su inclusión, por medio de un sistema de formatos que pretenden medir aspectos como seguridad, eficacia, efectividad, población beneficiaria, indicaciones, resultados esperados, entre otros. A su vez, la cartera ministerial identifica e incluye en la lista de nominadas aquellas que son recomendadas en: (i) las guías de práctica clínica (GPC); (ii) la base de recobros al sistema; y (iii) la lista de espera de aquellas tecnologías que en procesos previos han sido nominadas o evaluadas para su inclusión al plan de beneficios.

<sup>125</sup> Una vez las nominaciones cumplen con los requisitos, se hace una puntuación basada en criterios de priorización, de acuerdo a lo establecido en la Ley 100 de 1993 (cambios en el perfil epidemiológico; cambios en la estructura demográfica de la población; tecnología apropiada disponible en el país; las condiciones financieras del sistema) y la Ley 1438 de 2011 (carga de la enfermedad de la población; disponibilidad de recursos; equilibrio; medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del plan de beneficios).

Finalmente los criterios fueron definidos así: (i) carga de la enfermedad, con base en los estudios adelantados por CENDEX en el año 2008; (ii) frecuencia y valor con en que una tecnología es recobrada; (iii) primera línea de atención, uso cotidiano o promoción y prevención de uso individual; (iv) y su relación en la Guía Práctica Clínica.

<sup>126</sup> En general todas las tecnologías pasan por una evaluación, las cuales se desarrollan a través de exámenes por tecnología, grupos de tecnologías para una misma indicación, pruebas de oro para el diagnóstico de enfermedades huérfanas, extracción de información de Guías de Práctica Clínica para la tecnología en salud especificada, análisis del impacto presupuestal, aumento de concentración y forma farmacéutica, análisis de costos a grupos de tecnologías comparables o sustitutas, de similar efecto terapéutico, procedimientos cubiertos por criterio médico, medicamentos esenciales de la OMS, seguimiento a procedimientos propios de las culturas indígenas (adecuación socio cultural).

Respecto a la supresión de cobertura se adelantó un análisis de obsolescencia de procedimientos con la ayuda de las sociedades científicas y de las condiciones de comercialización de los medicamentos, lo que incluye alertas de seguridad, obsolescencia, norma farmacológica, etc.

<sup>127</sup> Una vez obtenidos los resultados de la evaluación de las tecnologías, se aplican los criterios de priorización por parte de sociedades científicas, agremiaciones de pacientes y el Ministerio consolida la puntuación y establece un único puntaje que da orden de prioridad a las tecnologías a considerar para la inclusión en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud.

<sup>128</sup> Corresponde al Ministro de Salud y Protección Social, decidir si finalmente una tecnología debe ser incluida en el plan de beneficios, para ello observa aspectos como: (i) población potencialmente beneficiada con la tecnología en salud; (ii) tecnologías disponibles para misma indicación analizada; (iii) impacto presupuestal y en la UPC con la incorporación de la tecnología en el POS; (iv) panorama del mercado con la inclusión de la tecnología al plan de beneficios; y (v) disponibilidad de recursos y equilibrio del sistema.

<sup>129</sup> En primer lugar se publica un acto administrativo que contiene el plan de beneficios para que sea objeto de comentarios y aportes. Hechos los ajustes se da paso a la publicación de resolución definitiva, la cual en forma histórica comienza a regir a partir del 1 de enero del año siguiente.

<sup>130</sup> Esta etapa está dirigida a poner en conocimiento el nuevo POS a sociedades científicas, agremiaciones de pacientes, EPS e IPS para su correcta utilización.

tecnologías nominadas; (ii) la utilidad de la ayuda diagnóstica estándar de oro para la identificación de varias patologías; y (iii) si la patología tiene tratamiento y si el diagnóstico temprano mejora los resultados en salud<sup>131</sup>.

### **3.4.2. Informes presentados por otras entidades estatales**

#### **3.4.2.1. Defensoría del Pueblo.**

- **17 de junio de 2016.** Presentó informe de seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, de acuerdo con los reportes presentados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Superior de la Judicatura, con corte a 31 de diciembre de 2015.

Valoró el progreso del cumplimiento destacando la inclusión de tecnologías “estándar de oro” para la patología de enfermedades huérfanas (ENHU). Como aspectos positivos resaltó la ampliación en el tiempo de la cobertura de la fórmula láctea para hijos de madres infectadas con VIH (de 6 a 12 meses). Entre los señalamientos negativos refirió que la publicación en la página web del Ministerio del proceso de participación ciudadana, no llega a toda la comunidad. A pesar de ser un sitio público, la Defensoría ha constatado que algunas asociaciones y especialmente usuarios, no acceden a dicha página por desconocimiento en el manejo de la misma. Agregó que el proceso de participación solo se dio en 9 ciudades capitales de las 32 existentes en Colombia, por lo que no se puede considerar representativo. Por último señaló que se presenta una falta de claridad sobre las 565 tecnologías seleccionadas para ser incluidas en el POS, toda vez que no se conoce el resultado de su evaluación.

En este contexto advirtió sobre las principales dificultades que persisten y sus causas, en relación con la actualización integral del plan de beneficios, así: (i) insuficiente convocatoria y publicidad en el proceso de participación ciudadana; (ii) falta de participación del Invima y de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos en estos procesos; (iii) ausencia de convocatoria a la Defensoría del Pueblo dentro del proceso de participación ciudadana.

En consecuencia concluye que no existe claridad en la forma y el procedimiento operativo con el cual se están incluyendo las sugerencias y peticiones de las inclusiones del POS a nivel nacional y local. Consideró que el proceso debe ser más abierto, para crear la cultura de la participación en salud, la cual a la fecha es mínima, y creando mecanismos que lleguen directamente al usuario, para que participe de manera activa y así mismo, observe los resultados de su intervención.

### **3.4.3. Informes presentados por los Peritos Constitucionales Voluntarios y Grupos de Seguimientos**

**28 de abril de 2016. Gestarsalud** se refirió a la metodología aplicada por el Ministerio de Salud, advirtiendo que la principal fuente de información para seleccionar las tecnologías objeto de evaluación, se refiere a aquellas que generan un mayor impacto

---

<sup>131</sup> En cuanto al trámite desarrollado el Ministerio indicó que este proceso involucró expertos de 5 sociedades científicas y 5 delegados que representaron a 42 asociaciones de usuarios de enfermedades huérfanas. Como producto de su participación se identificaron 126 Tecnologías estándar de oro para su posible inclusión al POS, identificando 16 tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios. Una vez surtido el proceso de evaluación por parte del IETS se incluyeron en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC las 10 tecnologías reportadas en la ETES como útiles para el diagnóstico.

financiero en los recobros al sistema, principalmente los que se hacen por el régimen contributivo al Fosyga, situación que termina por condicionar la actualización del POS a las presiones del mercado farmacéutico.

Agregó que el Ministerio no publica los estudios técnicos en los que se soporta para los cambios estructurales en las coberturas del plan de beneficios, en donde elevan del nivel de subcategorías a categorías los procedimientos descritos en la codificación única de procedimientos y en este mismo sentido se han decidido la ampliación de nuevas concentraciones y formas farmacéuticas, nuevas indicaciones de uso de los medicamentos, y la inclusión reciente de grupos terapéuticos de medicamentos sin que se conozcan los estudios de impacto en la UPC de estas nuevas coberturas.

A partir de esta situación cuestiona la responsabilidad de esa cartera ministerial para resolver las asimetrías de información existentes en el sistema, acorde con las la política integral de atención en salud.

#### **4. Marco normativo y jurisprudencial alusivo referente a la actualización integral del plan de beneficios.**

4.1. El artículo 153 de la Ley 100 de 1993 advierte que “[a]demás de los principios generales consagrados en la Constitución política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del sistema general de seguridad social en salud las siguientes: (...) 3. *Protección integral. El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.*”

Con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de salud de los colombianos, se estableció por parte del Legislador el Plan Obligatorio de Salud (art. 162<sup>132</sup> Ley 100 de 1993), por medio del cual se pretende garantizar una protección integral a todas las personas con relación a su estado de salud, en las fases de promoción, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

En principio, la competencia para efectuar esta actualización del POS fue atribuida al Consejo Nacional de Seguridad Social, así: “*El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones: 1. Definir el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado, de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer título de este libro. (...) 5. Definir los medicamentos esenciales y genéricos que harán parte del Plan Obligatorio de Salud.*” (art. 162 Ley 100 de 1993).

Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 dio esta misma competencia a la Comisión de Regulación en Salud -CRES en los siguientes términos: “*Artículo 7°. Funciones. La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones: 1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de*

---

<sup>132</sup> Artículo 162. “*Plan de salud obligatorio: El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan (...)*”.

*Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. 2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios”.*

Ahora bien, esta Corporación ha sido consistente en resaltar la importancia de la actualización integral del POS de acuerdo a las necesidades de la población colombiana. Es así como en la sentencia T-760 de 2008<sup>133</sup> se estableció que para estos efectos es necesaria una revisión sistemática al plan de coberturas atendiendo a los factores previamente establecidos en la Ley. En concreto se indicó:

*“La actualización supone, más allá de ajustes puntuales, una revisión sistemática del POS conforme a (i) los cambios en la estructura demográfica, (ii) el perfil epidemiológico nacional, (iii) la tecnología apropiada disponible en el país y (iv) las condiciones financieras del sistema. Teniendo en cuenta que el POS que actualmente se aplica fue adoptado en 1994, cuando apenas empezaba a funcionar el SGSSS y que este lleva 14 años de vigencia, se puede inferir que ha transcurrido un lapso razonable para verificar la necesidad de adaptar el POS a las nuevas condiciones en salud que se presentan en el país, según lo establecido en la ley. Esta actualización puede comprender un enfoque distinto al del POS vigente, según lo determine el órgano competente para ello, por ejemplo, a partir de patologías.”*

En aquella oportunidad se advirtió sobre las dudas existentes a cerca de lo incluido y excluido del POS, así como la ausencia de mecanismos institucionales dentro del Sistema para esta situación. En tal sentido, se establecieron unas subreglas que debían ser tenidas en cuenta cuando se presentaran dudas en relación con un servicio de salud. En términos precisos indicó:

*“El Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la regulación, no prevé un mecanismo específico, ni unos criterios de interpretación (...) para resolver las dudas acerca de si un servicio de salud se encuentra incluido, no incluido o excluido. Por su parte, la jurisprudencia, a partir de este vacío regulativo y de la necesidad de resolver casos concretos en los cuales se presentaban desacuerdos acerca de la inclusión o no de un servicio de salud en el POS, ha ido señalando algunos criterios de interpretación que se deben tener en cuenta en estos casos.*

*Así pues se han elaborado algunas reglas generales para resolver dudas acerca de la pertenencia de un servicio de salud al POS, y otras reglas específicas aplicables a hipótesis concretas de exclusión.*

---

<sup>133</sup> Esta decisión se adoptó a partir de la selección y acumulación de veintidós asuntos de tutela, con el propósito de tener una muestra lo más comprensiva posible de los tipos de problemas que han llevado a las personas a acudir a los jueces de tutela, la Corte formuló dos tipos de problemas jurídicos: unos de carácter concreto y otros de índole general, como respuesta a los problemas generados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sobre el derecho fundamental a la salud se estableció que toda persona cuenta, entre otros, con los siguientes derechos constitucionales: i) existencia de un sistema de salud que garantice el acceso a los servicios de salud, ii) pertenencia al sistema y garantía de las prestación de servicios de salud, iii) conocimiento de la información adecuada y necesaria para acceder a los servicios de salud con libertad y autonomía, iv) derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud con calidad, eficacia y oportunidad, y v) acceso a los servicios de salud que requieran los sujetos de especial protección constitucional como las niñas y los niños. Lo anterior significa en relación con los fallos de tutela examinados: Acceso a servicios; Protección especial a niños y niña; Concepto del médico adscrito y externo; Acceso sin obstáculos por pagos; Acceso al diagnóstico; Allanamiento a la mora; Protección a las enfermedades catastróficas y de alto costo; Acceso con continuidad a la salud; Información, acompañamiento y seguimiento; Prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la EPS; y Acceso a los servicios de acuerdo al principio de integralidad; Libertad de elección de EPS.

(i) *Las inclusiones y exclusiones del POS deben ser interpretadas conforme a un criterio finalista, relacionado con la recuperación de la salud del interesado y el principio de integralidad.*<sup>134</sup> *La aplicación concreta de este criterio se ha orientado a señalar que en los casos en los que un procedimiento, tratamiento o actividad se encuentra incluido en el POS hay que entender que también lo están, de conformidad con el principio de integralidad, los implementos y demás servicios de salud necesarios para su realización de tal forma que cumpla su finalidad de lograr la recuperación de la salud.*<sup>135</sup> *Sobre la justificación de este criterio a la luz del derecho a la salud señaló la Corte: ‘El derecho a la salud, en los términos de la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se entiende como el derecho al máximo nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Lo anterior supone una clara orientación finalista de este derecho, lo que impone la adopción del mismo criterio para efectos de interpretar las disposiciones que regulan la materia. (...) Si se busca garantizar el mayor nivel de salud posible, autorizar un procedimiento implica autorizar los elementos requeridos para realizar el procedimiento, salvo que sea expresamente excluido uno de tales elementos. (...) A esta solución podría oponerse la regla establecida en el artículo 18 literal i) de la misma resolución, conforme a la cual están excluidas las “actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente consideradas en el presente Manual”. (...) dicha disposición no prohíbe el suministro de los elementos requeridos para realizar el procedimiento, intervención o actividad, sino que prohíbe actividades, procedimientos e intervenciones no contenidas en el manual.’*<sup>136</sup>

(ii) *En caso de duda acerca de la exclusión o no de un servicio de salud del POS, debe aplicarse la interpretación que resulte más favorable a la protección de los derechos de la persona, de conformidad con el principio ‘pro homine’. En consecuencia, la interpretación de las exclusiones debe ser restrictiva a la vez que la interpretación de las inclusiones debe ser amplia. Al respecto la Corte ha señalado que ‘si se presentan dudas acerca de si un servicio, elemento o medicamento están excluidos o no del POS, la autoridad respectiva tiene la obligación de decidir aplicando el principio pro homine, esto es, aplicando la interpretación que resulte más favorable a la protección de los derechos de la persona.’*<sup>137</sup> *Por ello, una interpretación expansiva de las exclusiones es incompatible con dicho*

<sup>134</sup> En la Sentencia T-941 de 2000, la Corte estudió la acción de tutela ejercida contra una IPS, por negarse a suministrar las prótesis ortopédicas requeridas por el actor, para recuperar la función motriz perdida tras la amputación de sus extremidades inferiores. En dicha oportunidad, esta Corporación consideró que el amparo procede no solamente cuando la vida del demandante se encuentre en grave peligro, sino también cuando la vida digna del ciudadano se verá seriamente lesionada. Se planteó, así mismo, el problema hermenéutico respecto de la inclusión o no de las prótesis en el POS. Concluyó el alto Tribunal que las prótesis de extremidades inferiores estaban incluidas en el plan, por cuanto su finalidad es complementar la capacidad física del paciente. En este caso se realizó una aplicación amplia de éste criterio de interpretación.

<sup>135</sup> Algunos casos en los cuales se ha aplicado este criterio: T-221 de 2004, en la cual se estudiaba el caso de una persona de la tercera edad a quien le habían ordenado un trasplante de Córnea, procedimiento que se encuentra incluido en el POS, para cuya práctica requería un examen de tejido corneal, el cual no se encuentra expresamente incluido, la Corte señaló: “*Que el procedimiento de trasplante de córnea esté expresamente incluido, implica que todos los implementos necesarios para su realización también lo están. Por la razón anterior, mal puede decirse que el tejido corneal, imprescindible para la realización de la cirugía puede ser funcionalmente excluido del “procedimiento” como un todo*”. Ver también Sentencia T-859 de 2003 y Sentencia T-860 de 2003. Un grupo de casos importante en la aplicación de éste criterio es el del lente intraocular en la cirugía de cataratas, en muchas ocasiones las EPS han autorizado la cirugía de cataratas pero han negado el lente intraocular, necesario para la misma, por considerar que no se encuentra expresamente incluido en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994 como una prótesis, sin embargo, en la misma resolución bajo el código 02905 aparece el procedimiento “*Extracción catarata más lente intraocular*”. La Corte ha afirmado que si bien no se encuentra incluido expresamente en el artículo 12, si se incluye en el POS y debe ser por tanto suministrado en aplicación de un criterio finalista, se trata de una prevalencia de las inclusiones particulares sobre las exclusiones generales. Sentencias en las cuales se ha decidido así: Sentencia T-1081 de 2001, T-852 de 2003, y T-007 de 2004. Con todo, hay que reconocer que en algunos casos la Corte ha ordenado el suministro del lente intraocular como si estuviera excluido del POS.

<sup>136</sup> Sentencia T- 859 de 2003.

<sup>137</sup> La Corte Constitucional ha aplicado en numerosas ocasiones el principio *pro homine*, por ejemplo, como regla interpretativa de la convenciones internacionales se ha señalado que “*(...) en caso de conflictos entre distintas normas que consagran o desarrollan estos derechos, el intérprete debe preferir aquella que sea más favorable al goce de los derechos*”, Sentencia C-251 de 1997. Ver también Sentencia C-148 de 2005 y C-318 de 1998.

*principio.’<sup>138</sup> Con idénticos efectos la Corte ha señalado que en los casos de duda acerca de si un servicio médico se encuentra excluido se debe acudir a una interpretación que permita el goce efectivo del derecho. Ha dicho que el ‘Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sujeta el goce de los derechos definidos en ella al principio de progresividad. Ello supone que únicamente cuando se ha incluido, por así requerirlo el derecho en cuestión, la prestación dentro del sistema de salud (en este caso), éste es exigible. Ello podría llevar a pensar que, aún con las imprecisiones antes indicadas, sólo son exigibles aquellas prestaciones definidas por el Estado, pues de esta manera se asegura que el cubrimiento corresponde al nivel de desarrollo y a los recursos existentes. La Corte comparte este argumento, salvo en los casos de duda. En tales eventos, en atención a los principios pro libertatis y de buena fe en el cumplimiento de los tratados, en concordancia con el principio de dignidad humana, debe preferirse la opción que extienda o amplíe el aspecto de goce del derecho fundamental. Visto en sentido contrario, toda restricción a un derecho debe ser expresa y no dejar asomo de duda. Tal es la carga que debe asumir el garante del derecho.’”<sup>139</sup>*

En consecuencia, encontró este Tribunal que existía una necesidad imperiosa de determinar qué servicios de salud se encontraban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y qué prestaciones no lo estaban, dado que esta situación no solo iba en detrimento del derecho a la salud de las personas, sino que impedía asegurar la financiación del SGSSS. Al respecto se dijo:

*“Además de la importancia de la definición clara de los contenidos de los planes de beneficios para efectos de la protección del derecho a la salud de los usuarios, este aspecto es esencial para aclarar el ámbito de financiación de la UPC y los casos en los cuales procede el recobro ante el Fosyga, ya que estos recursos sólo están previstos para los casos en los cuales el servicio no se encuentra en el POS y la persona carece de recursos propios para sufragarlo.<sup>140</sup> Así pues, la incertidumbre con relación a los contenidos del plan obligatorio de servicios de salud afecta gravemente el derecho a la salud de las personas, no sólo por cuánto impone barreras en el trámite para acceder a los servicios, sino también porque impide adoptar las medidas adecuadas y necesarias para asegurar la financiación de éstos con miras a asegurar el goce efectivo del derecho a la salud.”*

Atendiendo lo expuesto, este Tribunal ordenó una revisión y actualización integral del POS, donde se definiera con claridad qué se encuentra incluido, qué no está incluido y qué se encuentra excluido de los planes de beneficios, teniendo en cuenta los criterios de interpretación adoptados por la Corte, esto es, el principio de integralidad<sup>141</sup> y el principio *pro homine*.

<sup>138</sup> Sentencia T-037 de 2006, en la cual se estudió en caso de una menor con un déficit del aprendizaje a quien le habían ordenado terapia del lenguaje, psicológica y ocupacional, las cuales fueron negadas por la EPS por considerar que se encontraban excluidas del POS. La Corte analizó el caso y encontró que estas exclusiones no eran absolutas sino que dependían del cumplimiento de ciertas condiciones que la EPS no había evaluado para negar el servicio y que en el caso concreto no había lugar a la exclusión. La Corte señaló que en aquellos casos en los que la exclusión depende del cumplimiento de unas condiciones la EPS, antes de negar la prestación del servicio, está obligada a evaluar el caso concreto.

<sup>139</sup> Sentencia T-859 de 2003.

<sup>140</sup> Algunas decisiones en las cuales se consideró que la EPS no podía repetir contra el Fosyga por aquello que si se encontraba incluido en el POS: T-750 de 2004, Sentencia T-859 de 2003, T-860 de 2003, T-112 de 2005, T-1278 de 2005 y T-078 de 2005.

<sup>141</sup> En este punto la T-760 de 2008 sostuvo: “Como se dijo el principio de integralidad no significa que el interesado pueda pedir que se le suministren todos los servicios de salud que desee o estime aconsejables. Es el médico tratante adscrito a la correspondiente EPS el que determina lo que el paciente requiere. De lo contrario el principio de integralidad se convertiría en una especie de cheque en blanco, en lugar de ser un criterio para asegurar que al usuario le presten el servicio de salud ordenado por el médico tratante de manera completa sin que tenga que acudir a otra acción de tutela para pedir una parte del mismo servicio de salud ya autorizado”.

Por otra parte, la Sentencia T-760 de 2008 advirtió que la decisión de suprimir servicios que antes estaban incluidos en los POS, debía obedecer a *“razones técnicas acerca de la pertinencia de su provisión, como también, en fundamentos relativos a la priorización de los recursos de la salud y a la evaluación del impacto social de la provisión de distintos servicios”*.

Si bien se reconoció que el derecho a la salud no es absoluto, se preponderó que *“las limitaciones al derecho deben ser razonables y proporcionales. O sea, que si bien el plan de beneficios no tiene que contener una canasta de servicios infinita, la delimitación de los servicios de salud incluidos debe respetar los principios de **razonabilidad** y **proporcionalidad** en un contexto de asignación de recursos a las prioridades de la salud”* (negrilla fuera del texto original). En consecuencia, destacó la importancia de justificar cuidadosamente cada supresión de servicios, en procura de atender nuevas prioridades en salud y no como una restricción a este derecho. Sobre el particular señaló:

*“La Comisión deberá (i) establecer cuáles son los servicios que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas (ii) decidir qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión en aras de una mayor protección del derecho según las prioridades de salud, y (iii) tener en cuenta para las decisiones de incluir o excluir un servicio, la sostenibilidad del sistema de salud y la financiación del plan de beneficios por la UPC y las demás fuentes de financiación.”*

También en la Sentencia C-252 de 2010<sup>142</sup> se hizo énfasis en el carácter prestacional del derecho a la salud, advirtiendo que el Plan de Beneficios no tiene que ser ilimitado, toda vez que puede circunscribirse a las necesidades y prioridades que determinen los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos disponibles y hacer sostenible el sistema. No obstante, las limitaciones que se establezcan deben observar los principios de razonabilidad y proporcionalidad en el contexto de la asignación de recursos a las prioridades de la salud. Es necesario justificar cuidadosamente la supresión de un servicio como una medida que permita atender de una mejor manera las nuevas prioridades de salud y no como una reducción del alcance del derecho. Todo esto debe atender al principio de progresividad, con lo cual se busca avanzar hacia una cobertura plena de este derecho. Al respecto se indicó:

*“6.4.5. Ahora bien, los derechos como la salud tienen facetas prestacionales -positiva o deberes de realización- y facetas no prestacionales -negativas o deberes de abstención-. En esa medida, el derecho a la salud si bien tiene una marcada dimensión positiva también posee una negativa. Pero no siempre coincide la categoría de los derechos civiles y políticos con la faceta no prestacional y los derechos sociales, económicos y culturales con la faceta prestacional. De ahí que existan “múltiples facetas de los derechos sociales, económicos y culturales, concretamente del derecho a la salud, que son de carácter negativo y su cumplimiento no supone la actuación del Estado o de los particulares sino su abstención”.*<sup>143</sup>

*De este modo, las obligaciones que se derivan del derecho fundamental a la salud en su faceta prestacional son i) de cumplimiento inmediato al tratarse de una acción simple del Estado que no requiere mayores recursos o requiriéndolos la gravedad y urgencia del*

<sup>142</sup> En esta oportunidad la Corte Constitucional adelantó la revisión del Decreto Legislativo número 4975 del 23 de diciembre de 2009, *“Por el cual se declara el estado de emergencia social”*.

<sup>143</sup> Cfr. Sentencia T-760 de 2008.

*asunto demandan una acción estatal inmediata, o ii) de cumplimiento progresivo por la complejidad de las acciones y recursos que se requieren para garantizar de manera efectiva el goce del derecho.*<sup>144</sup>

(...)

*6.4.6. Precisamente el principio de progresividad significa que para la satisfacción plena del derecho a la salud se requieren decisiones políticas e inversiones considerables de recursos públicos con los cuales no cuenta el Estado inmediatamente, por lo que su satisfacción se encuentra sujeta a cierta gradualidad. Sin embargo, el deber de realización progresiva no significa que su exigibilidad se traduzca en una facultad intemporal y, por lo tanto, que pueda ser incumplido perennemente. Según los Principios de Limburgo<sup>145</sup> y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,<sup>146</sup> los Estados tienen la obligación de iniciar inmediatamente el proceso encaminado a la completa realización de los derechos contenidos en el Pacto.*

*El avanzar con la mayor oportunidad posible hacia la satisfacción del servicio de la salud deriva en lo que se ha llamado la prohibición prima facie de retrocesos, consistente en que toda pretensión de regresividad frente al nivel de protección constitucional alcanzado debe presumirse inconstitucional al contradecir el mandato de progresividad.*<sup>147</sup>

Con todo, la faceta prestacional del derecho a la salud implica para el Estado colombiano el compromiso inmediato de adoptar todas y cada una las medidas indispensables hasta el máximo de los recursos disponibles para lograr lo más pronto posible la plena efectividad del derecho.

4.2. Ahora bien, a partir del marco general decantado por la ley que crea el sistema de seguridad social integral, el legislador se ha ocupado de la periodicidad y criterios que se deben tener en cuenta al momento de actualizar el plan de beneficios. Es así como la Ley 1438 de 2011<sup>148</sup> en su artículo 25 estableció que “*El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios*”. Esta disposición advierte, además, que “*Las metodologías utilizadas para definición y actualización del Plan de Beneficios deben ser publicadas y explícitas y consultar la opinión, entre otros, de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de los afiliados y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes*”.

<sup>144</sup> En la Sentencia T-760 de 2008, se señaló: “Tanto la decisión democrática acerca del grado de protección que se brindará a un derecho fundamental en sus facetas prestacionales, como la adopción e implementación de las formas específicas de garantizar su efectivo respeto, protección y cumplimiento, suponen que el cumplimiento de este tipo de obligaciones se logre progresivamente. En tal sentido, el cumplimiento de este tipo de obligaciones no se satisface con la simple actuación estatal, ésta debe ser ajustada a la Constitución, por lo que debe estar encaminada a garantizar el goce efectivo de los derechos.”

<sup>145</sup> 16 y 21. Los llamados “Principios de Limburgo” fueron adoptados por unos expertos reunidos en Maastrich, Holanda, en junio de 1986, que constituyen la interpretación académica más respetada sobre el sentido y la aplicación de las normas internacionales sobre derechos económicos, sociales y culturales. Se reunieron en la facultad de derecho de la Universidad de Limburgo.

<sup>146</sup> La Observación General No. 3 del Comité de DESC señala que se impone la obligación de proceder lo más expedita y eficazmente posible con miras a lograr el objetivo. Cfr. Sentencias C-507 de 2008, C-463 de 2008 y C-251 de 1997.

<sup>147</sup> Observación General No. 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Se señala que las medidas de carácter deliberadamente retroactivo requerirá una consideración más cuidadosa y deberá justificarse plenamente por referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos que se disponga. Cfr. Sentencias C-507 de 2008 y C-257 de 2008.

<sup>148</sup> Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

A su vez, a través del Decreto 2560 de 2012 se dispuso suprimir la CRES, se ordenó su liquidación y se trasladaron sus funciones al Ministerio de Salud y Protección Social. En concreto el artículo 26 de este acto dispone: *“Traslado de las funciones. A partir de la vigencia del presente decreto y como consecuencia de la liquidación de la Comisión de Regulación en Salud, trasládense las siguientes funciones al Ministerio de Salud y Protección Social, así: 1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. 2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios”*.

En estos términos, actualmente es el Ministerio de Salud y Protección Social el encargado de estructurar el POS, a través de un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Por su parte, la Ley 1751 de 2015 *“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*, hizo alusión a los elementos del derecho fundamental a la salud, dentro de los que se destaca, entre otros, el principio *pro homine*, advirtiendo que *“Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas”* (inc. 2 lit. b art. 6).

Respecto al principio *pro homine* la sentencia C-313 de 2014<sup>149</sup> estableció que este se concretaría en la siguiente fórmula: *“la interpretación de las exclusiones debe ser restrictiva a la vez que la interpretación de las inclusiones debe ser amplia. (...)”*<sup>150</sup>. La que varía si el ordenamiento jurídico supone como punto de partida para el goce efectivo del derecho la inclusión como regla y la exclusión de servicios como excepción. Al respecto hizo referencia a algunos planteamientos jurisprudenciales donde se estudia el referido principio, de cara a un sistema de restricciones y otro de inclusiones, así:

*“En materia de restricciones<sup>151</sup>, este Tribunal se ha pronunciado en distintas ocasiones frente a limitaciones y exclusiones del Plan Obligatorio de Salud. Ante este panorama ha confirmado la Corte: ‘...esta Corporación, en virtud de la supremacía de la Constitución sobre las demás fuentes del derecho, ha inaplicado la reglamentación que excluye el tratamiento, medicamento o diagnóstico requerido, para ordenar que sea suministrado y evitar de ese modo que una reglamentación legal o administrativa impida el goce efectivo de garantías constitucionales y de los derechos fundamentales a la vida, a la integridad y a la salud (...)’*

*Cuando es el procedimiento quirúrgico el que aparece señalado en el P.O.S. más no lo insumos que se requieren para ponerlo en práctica, debe hacerse una interpretación acorde con el predicado que orienta el derecho a la salud, en los términos de la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual se ha entendido como el derecho al máximo nivel posible de salud que le permita a las personas vivir dignamente. Lo anterior supone entonces, una clara orientación finalista de este derecho, lo que impone la adopción del mismo criterio para efectos de interpretar las disposiciones que regulan la materia’<sup>152</sup>.*

<sup>149</sup> A través de esta decisión se adelantó la revisión constitucional del proyecto de Ley Estatutaria 209 del Senado y 267 de la Cámara de Representantes del 2013 *“por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*.

<sup>150</sup> Sentencia T 760 de 2008.

<sup>151</sup> Ver también Sentencias T-278 de 2009, T-308 de 2006.

<sup>152</sup> Sentencia T-945 de 2006.

De igual forma ha reiterado: *‘Tratándose de un caso límite, en el cual existe duda acerca de la protección de un derecho fundamental, resulta pertinente la aplicación del principio pro homine que ordena la adopción de la decisión que mejor se compadece con la garantía de los derechos fundamentales en juego, que en este caso se materializa en la orden del tratamiento prescrito por el médico tratante...’*<sup>153</sup>

En cuestión de inclusiones precisa la Corte: *‘El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sujeta el goce de los derechos definidos en ella al principio de progresividad. Ello supone que únicamente cuando se ha incluido, por así requerirlo el derecho en cuestión, la prestación dentro del sistema de salud (en este caso), este es exigible. Ello podría llevar a pensar que, aún con las imprecisiones antes indicadas, sólo son exigibles aquellas prestaciones definidas por el Estado, pues de esta manera se asegura que el cubrimiento corresponde al nivel de desarrollo y a los recursos existentes. La Corte comparte este argumento, salvo en los casos de duda. En tales eventos, en atención a los principios favor libertatis y de buena fe en el cumplimiento de los tratados, en concordancia con el principio de dignidad humana, debe preferirse la opción que extienda o amplíe el aspecto de goce del derecho fundamental. Visto en sentido contrario, toda restricción a un derecho debe ser expresa y no dejar asomo de duda. Tal es la carga que debe asumir el garante del derecho.’*

*(...) En conclusión, la aplicación de un criterio finalista –búsqueda del logro del más alto nivel posible de salud- autoriza el argumento a fortiori, conforme al cual habiéndose dispuesto el cubrimiento en el P.O.S. de un procedimiento determinado, se entiende incluido todo aquello necesario para su realización’.*<sup>154</sup>

También, la Ley 1751 de 2015 se refirió a la integralidad indicando que *“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”*. Además destaca que en caso de duda sobre *“el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada”*.

En cuanto a la aplicación de este principio, en la referida sentencia C-313 de 2014 este Tribunal Constitucional estableció que se trata de un derecho cuyo arraigo constitucional se encuentra en el mandato del artículo 2 de la Carta, dado el fin estatal de alcanzar la efectividad de los derechos de los asociados y en el inciso 1° del artículo 49 de la Constitución, en razón de la garantía en el acceso al servicio de promoción, protección y recuperación de la salud. En este contexto hizo alusión a algunos pronunciamientos hechos por la Corporación, como se expone:

*“En relación con este derecho han sido varios los pronunciamientos de la Sala<sup>155</sup>, en los cuales ha definido el principio de integralidad en los siguientes términos:*

<sup>153</sup> Sentencia T-695 de 2007.

<sup>154</sup> Sentencia T-859 de 2003.

<sup>155</sup> Ver también, las Sentencias T-286 de 2012, T-321 de 2012, T-460 de 2012, T-899 de 2008, T-388 de 2012, entre otras.

*“(...) la Corte Constitucional ha manifestado que el servicio de salud se rige por una serie de axiomas, entre los que se encuentra el principio de integralidad<sup>156</sup>, que se refiere a la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que se les otorgue una protección completa en relación con todo aquello que sea necesario para mantener su calidad de vida o adecuarla a los estándares regulares (...)”.* (Sentencia T-316A de 2013).

En sentido similar se dijo en otro fallo: *“(...) la seguridad social en salud en Colombia se rige por el principio de la atención integral, lo que se ve reflejado en los contenidos del plan obligatorio de salud. De acuerdo con este principio, las personas afiliadas al régimen de seguridad social en salud tienen derecho a recibir los servicios de promoción y fomento de la salud, y de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, lo que significa que las empresas promotoras de salud están obligadas a prestar estos servicios a sus afiliados y a los beneficiarios de estos últimos, respetando en todo caso dicho principio de integralidad<sup>157</sup>(...)”.* (Sentencia T-586 de 2013).

En este escenario, la actualización integral del POS debe atender como punto de partida los principios de *integralidad* y *pro homine*, en procura de alcanzar la mayor y efectiva protección del derecho a la salud de toda la población colombiana, a partir de un plan de beneficios suficientemente claro, buscando en todo caso alcanzar la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías, en procura de lograr el goce efectivo de este derecho fundamental.

3. Finalmente, la Sala considera importante resaltar que la Ley 1751 de 2015 estableció una nueva forma de actualización del POS basado en un sistema de exclusiones, esto es, que en principio el sistema cubre todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios. De esta manera se pretende garantizar el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas (art. 15).

A manera de derrotero, esta disposición normativa específicamente advierte que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: a) que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) que se encuentren en fase de experimentación; y f) que tengan que ser prestados en el exterior.

La citada norma aclara que *“los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel,*

<sup>156</sup> Al respecto, en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 se señala que *“los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada (...)”.* (Subrayado fuera del texto original).

<sup>157</sup> Sentencias T-179 de febrero 24 de 2000 y T-988 de octubre 23 de 2003.

*de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión.”*

En garantía a la atención integral señala que *“Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad”*. Además advirtió que *“para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.”*

Para la implementación de esta nueva política de actualización el legislador otorgó un lapso de dos años, durante el cual el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud (art. 15 parágrafo 1), es decir, al 16 de febrero de 2017.

Entonces de cara al proceso evolutivo de actualización del plan de beneficios, se puede afirmar que corresponde al Ministerio de Salud y la Protección Social cumplir con este cometido cada 2 años, atendiendo a los cambios del perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población colombiana, disponibilidad de recursos y el equilibrio financiero del sistema. Esto atendiendo el nuevo sistema de aseguramiento que hace la transición de un programa de coberturas explícitas a uno de exclusiones explícitas, el que debe en todo caso contar con la participación activa de usuarios, comunidad científica, expertos, entre otros.

## **5. El derecho y obligación de brindar mecanismos de participación de los actores del SGSSS en relación con la actualización del POS.**

5.1. La participación ciudadana en materia de actualización integral del plan de beneficios cuenta con un desarrollo normativo específico que permite hacer un panorama global sobre esta prerrogativa. Así, en una primera oportunidad del Decreto 1757 de 1994 hizo expresa alusión a esta garantía en orden a canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos, además de garantizar la institucionalización de un sistema de información y atención a los usuarios a través personalizado y permanente, que en últimas se constituye en un control de calidad del servicio<sup>158</sup>.

<sup>158</sup> **Decreto 1757 de 1994. Participación Ciudadana. Artículo 3.** Servicio de atención a los usuarios. Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud sean públicas, privadas o mixtas, deberán establecer un servicio de atención a los afiliados y vinculados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. // **Artículo 4.** Servicio de atención a la comunidad. Los niveles de Dirección Municipal, Distrital y Departamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud organizarán un servicio de atención a la comunidad, a través de las dependencias de participación social, para canalizar y resolver las peticiones e inquietudes en salud de los ciudadanos. Para el adecuado servicio de atención a la comunidad en salud, se deberá a través suyo: 1. Velar porque las instituciones prestatarias de servicios de salud, sean públicas, privadas o mixtas, establezcan los mecanismos de atención a sus usuarios y canalicen adecuadamente sus peticiones. 2. Atender y canalizar las veedurías ciudadanas y comunitarias, que se presenten en salud, ante la institución y/o dependencia pertinente en la respectiva entidad territorial, sin perjuicio de los demás controles establecidos legalmente. 3. Controlar la adecuada canalización y resolución de inquietudes y peticiones que realicen los ciudadanos en ejercicio de sus derechos y deberes, ante las empresas promotoras de salud. 4. Exigir que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestatarias de salud, entreguen información sistematizada periódicamente a las oficinas de atención a la comunidad o a quienes hagan sus veces, de los niveles departamentales, distritales y municipales. 5. Garantizar que las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de los servicios de salud, tomen las medidas correctivas necesarias frente a la calidad de los servicios. 6. Elaborar los consolidados de las inquietudes y demandas recibidas, indicando las instituciones y/o dependencias responsables de absolver dichas demandas y la solución que se le dio al caso, con el fin de retroalimentar el servicio de atención a la comunidad. **Parágrafo.** El Servicio de Atención a la Comunidad dispondrá los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para el cumplimiento de sus funciones dentro del primer año de la fecha de publicación del presente decreto. // **Artículo 5.** Sistema de atención e información a usuarios. Las instituciones prestadoras de servicios salud, sean públicas, mixtas o privadas, garantizarán: 1. Un sistema de información y atención a los usuarios a

A su vez, la Ley 489 de 1998<sup>159</sup> se refirió a la democratización y control social en el ejercicio de la función administrativa, la prestación de servicios y/o bienes públicos, destacando la importancia de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública<sup>160</sup>.

Por su parte, la Ley 1437 de 2011<sup>161</sup> advierte sobre el deber de informar al público, entre otros aspectos, sobre los proyectos de regulación en cualquier materia, permitiendo la participación activa de la comunidad en general, a través de opiniones, sugerencias o propuestas alternativas.

En igual sentido en la Ley 1438 de 2011<sup>162</sup> se hizo alusión a la política nacional de participación social, con el objetivo de fin de fortalecer la participación ciudadana en la

---

través de una atención personalizada que contará con una línea telefónica abierta con atención permanente de veinticuatro (24) horas y garantizarán, según los requerimientos de ese servicio, el recurso humano necesario para que atienda sistemáticamente y canalice tales requerimientos. 2. Implantar articulado al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en el usuario. **Parágrafo 1.** El Servicio de Atención al usuario de los centros y puestos de salud podrá estar centralizado en el Hospital de Primer Nivel de Atención del Municipio o Distrito, con el cual se establecerán los mecanismos de retroalimentación y control que sean del caso. **Parágrafo 2.** Cuando las condiciones locales impidan disponer del servicio telefónico como un medio idóneo para el sistema de información de que trata el presente artículo, se deberá establecer un sistema de información permanente, consultando los medios más idóneos de los cuales se disponga en la localidad o la región. // **Artículo 6.** Atención de las sugerencias de los afiliados. Las empresas promotoras de salud garantizarán la adecuada y oportuna canalización de las inquietudes y peticiones de sus afiliados, pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado y designarán los recursos necesarios para tal efecto. **Parágrafo.** Las instituciones de que trata el presente artículo, contarán con un año a partir de la fecha de publicación del presente decreto para organizar y poner en funcionamiento el Servicio de Atención al Usuario.

<sup>159</sup> Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

<sup>160</sup> La disposición normativa en mención expresamente señala: Artículo 2º.- “*Ámbito de aplicación.* La presente Ley se aplica a todos los organismos y entidades de la Rama Ejecutiva del Poder Público y de la Administración Pública y a los servidores públicos que por mandato constitucional o legal tengan a su cargo la titularidad y el ejercicio de funciones administrativas, prestación de servicios públicos o provisión de obras y bienes públicos y, en lo pertinente, a los particulares cuando cumplan funciones administrativas”.

**Capítulo VIII Democratización y control social de la administración pública. Artículo 32 (modificado por el artículo 78 de la Ley 1474 de 2011).** Todas las entidades y organismos de la Administración Pública tienen la obligación de desarrollar su gestión acorde con los principios de democracia participativa y democratización de la gestión pública. Para ello podrán realizar todas las acciones necesarias con el objeto de involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública. Entre otras podrán realizar las siguientes acciones: a) Convocar a audiencias públicas; b) Incorporar a sus planes de desarrollo y de gestión las políticas y programas encaminados a fortalecer la participación ciudadana; c) Difundir y promover los derechos de los ciudadanos respecto del correcto funcionamiento de la Administración Pública; d) Incentivar la formación de asociaciones y mecanismos de asociación de intereses para representar a los usuarios y ciudadanos; e) Apoyar los mecanismos de control social que se constituyan; f) Aplicar mecanismos que brinden transparencia al ejercicio de la función administrativa. En todo caso, las entidades señaladas en este artículo tendrán que rendir cuentas de manera permanente a la ciudadanía, bajo los lineamientos de metodología y contenidos mínimos establecidos por el Gobierno Nacional, los cuales serán formulados por la Comisión Interinstitucional para la Implementación de la Política de rendición de cuentas creada por el CONPES 3654 de 2010.

<sup>161</sup> “Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo”, artículo 8 de la Ley en cita reza: Deber de información al público. Las autoridades deberán mantener a disposición de toda persona información completa y actualizada, en el sitio de atención y en la página electrónica, y suministrarla a través de los medios impresos y electrónicos de que disponga, y por medio telefónico o por correo, sobre los siguientes aspectos: (...) 8. Los proyectos específicos de regulación y la información en que se fundamenten, con el objeto de recibir opiniones, sugerencias o propuestas alternativas. Para el efecto, deberán señalar el plazo dentro del cual se podrán presentar observaciones, de las cuales se dejará registro público. En todo caso la autoridad adoptará autónomamente la decisión que a su juicio sirva mejor el interés general.

<sup>162</sup> “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” **Artículo 136. Política nacional de participación social.** El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos: 136.1 Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: diseño, ejecución, evaluación y ajuste. 136.2 Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores

construcción de las políticas públicas en salud. Además, se elevó a grado de “deber y obligación” de los usuarios participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema y en los procesos de diseño y evaluación de las políticas y programas de salud.

Finalmente, la Ley Estatutaria 1751 de 2015<sup>163</sup> hace alusión a la garantía y los mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud, destacando el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del SGSSS que las afectan o interesan, a partir de la construcción de la política pública en la materia, con ocasión de la elaboración del plan de beneficios. Específicamente el artículo 12 señala:

*“Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye: a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación; b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema; c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos; d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud; f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud; g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.”*

5.2. Vista la evolución normativa alusiva al derecho de participación, la Sala Especial de Seguimiento procede a hacer referencia a la evolución jurisprudencial que envuelve este aspecto. En la Sentencia T-760 de 2008 se resaltó la necesidad de garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del SGSSS, por tener un interés directo en el goce efectivo del derecho a la salud. Específicamente se refirió a *“las organizaciones de usuarios, que son los titulares del derecho a la salud y reciben los servicios dentro del sistema, así como las organizaciones de médicos, que son quienes deciden científicamente cuál es el servicio de salud adecuado en cada caso para proteger el derecho a la salud y aprecian cotidianamente las implicaciones que tienen las fallas en la regulación y las dificultades de funcionamiento que derivan en las barreras de acceso a los servicios”*.

Además, en la sentencia T-760 de 2008, la Corte recordó que *“la faceta prestacional y progresiva de un derecho constitucional permite a su titular exigir judicialmente, por lo menos, (1) la existencia de una política pública, (2) orientada a garantizar el goce*

---

de la salud. 136.3 Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios. 136.4 Participar activamente en los ejercicios de definición de política. 136.5 Participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud. 136.6 Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

**Artículo 139. Deberes y obligaciones.** Los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud deberán cumplir los siguientes deberes y obligaciones: (...) 139.10 Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema. (...) 139.14 Participar en los procesos de diseño y evaluación de las políticas y programas de salud; así como en los ejercicios de presupuestación participativa en salud.

<sup>163</sup> Ley Estatutaria 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” Específicamente el artículo 12 señala: **participación en las decisiones del sistema de salud.** El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye: a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación; b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema; c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos; d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud; f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud; g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

*efectivo del derecho y (3) que contemple mecanismos de participación de los interesados*<sup>164</sup>”. Respecto de esta última condición, indicó que la política pública en salud exige abrir espacios de participación en las diferentes etapas, la cual debe ser materialmente efectiva. En concreto se señaló:

*“En tal sentido, la jurisprudencia ha considerado inaceptable constitucionalmente que exista un plan (i) ‘que no abra espacios de participación para las diferentes etapas del plan’, o (ii) ‘que sí brinde espacios, pero éstos sean inocuos y sólo prevean una participación intrascendente.’<sup>165</sup> Cuál es el grado mínimo de participación que se debe garantizar a las personas, depende del caso específico que se trate, en atención al tipo de decisiones a tomar. Por ejemplo, en la sentencia T-595 de 2002, a propósito de la protección de la libertad de locomoción en el contexto del transporte público, la Corte indicó, con base en el pronunciamiento expreso del legislador, que el alcance mínimo que se debía dar a la participación ciudadana en esta área, debía contemplar “por lo menos, a la ejecución y al sistema de evaluación del plan que se haya elegido.”<sup>166</sup> La Corte resolvió proteger el derecho a la participación del accionante, en su condición de miembro de organizaciones para la defensa de las personas con discapacidad.<sup>167</sup>”*

La importancia de la participación ciudadana en la conformación y desarrollo del plan de beneficios, también fue objeto de análisis en la Sentencia C-252 de 2010<sup>168</sup>, donde se estableció que el respeto por el camino democrático de deliberación en la definición del alcance de los servicios de salud involucra distintos actores, ámbitos e intereses, esencialmente a la ciudadanía, lo cual hace necesario que sea activa en la búsqueda de la realización de los fines esenciales del Estado, como la efectividad de los principios, derechos y deberes constitucionales (arts. 2 y 95.5 C. Pol.)<sup>169</sup>. Específicamente, la citada decisión se refirió a la importancia de la democracia constitucional a través de la participación de la comunidad. En este sentido se dijo:

*“6.2.4. De ahí que la participación de la comunidad en la organización de los servicios de salud es de vital importancia para la democracia constitucional, que aparece recogida en el inciso 3º del artículo 49 superior, al señalar que ‘los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad’. Directiva que es recogida por el artículo 153.7 de la Ley 100 de 1993, al manifestar: ‘Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud*

<sup>164</sup> Estos elementos, fijados por la jurisprudencia en la Sentencia T-595 de 2002, han sido reiterados en varias ocasiones por la Corte Constitucional, entre ellas, en las sentencias T-792 de 2005, T-133 de 2006 y T-884 de 2006.

<sup>165</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-595 de 2002.

<sup>166</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-595 de 2002; la Corte consideró que el mandato de garantizar la participación ciudadana es reiterado específicamente para al ámbito del servicio público de transporte, por la Ley 105 de 1993 en los siguientes términos, “Artículo 3º — Principios del Transporte público. (...) || 4. De la participación ciudadana. Todas las personas en forma directa, o a través de las organizaciones sociales, podrán colaborar con las autoridades en el control y vigilancia de los servicios de transporte. Las autoridades prestarán especial atención a las quejas y sugerencias que se formulen y deberán darles el trámite debido.” Para la Corte, la norma resalta la importancia de la participación para controlar y vigilar la gestión del Estado. También prevé que en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas se ‘prestará especial atención a las quejas y sugerencias de las organizaciones sociales.’”

<sup>167</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-595 de 2002 la Corte resolvió, entre otras cosas, ordenar a Transmilenio S.A. que informara cada tres meses al accionante, en su condición de miembro de la junta directiva de ASCOPAR (Asociación Colombiana para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad), del avance del plan dispuesto para garantizar el acceso de los discapacitados al sistema de transporte, para que al igual que el representante de la Asociación, pudiera participar en las fases de diseño, ejecución y evaluación.

<sup>168</sup> En esta oportunidad la Corte Constitucional adelantó la revisión del Decreto Legislativo número 4975 del 23 de diciembre de 2009, “Por el cual se declara el estado de emergencia social”.

<sup>169</sup> Al respecto el artículo 2º de la Constitución trae a colación el facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación. Así mismo, el artículo 95.5 superior, establece que es deber de la persona y del ciudadano participar en la vida política, cívica y comunitaria del país.

*las siguientes: 7. Participación social. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto'. Además, 'El Estado garantizará la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les conciernen [bienes y servicios]' (art. 78 superior)."*

También en la sentencia T-437 de 2012, se hizo alusión al derecho a la participación ciudadana en la construcción y desarrollo de los derechos fundamentales, donde se destaca que esta debe generar efectos jurídicos como lo es el derecho a la salud, en la Sentencia T-347 de 2012, la Corte expuso:

*"Para iniciar, es importante hacer alusión a la teoría democrática en la determinación del contenido de los derechos fundamentales<sup>170</sup>. Desde esta perspectiva, el concepto democrático de persona se halla en el trasfondo de los enunciados constitucionales.<sup>171</sup> Así, unas de las manifestaciones del principio democrático son derechos de participación, cuya importancia radica en que '...las posiciones derivadas de los derechos fundamentales democráticos atribuyen al ciudadano un poder jurídico para obtener del Estado y del Derecho la modificación de una situación jurídica, como reacción a su conducta participativa'<sup>172</sup>. Esto es, los derechos de participación otorgan un poder jurídico a las personas para reclamar modificaciones de situaciones jurídicas, políticas, etc. y otorgan garantía de que la participación genere consecuencias. Por tanto, uno de los pilares de los derechos de participación es que la participación produzca efectos jurídicos<sup>173</sup>.*

*Además, el principio del Estado Social y Democrático de Derecho y la naturaleza expansiva del principio democrático, implican que las garantías democráticas, como el derecho a la participación, irradian todos los derechos fundamentales. En ese orden de ideas puede afirmarse que todos los derechos tienen una faceta participativa, que no se circunscriben únicamente a la participación política<sup>174</sup>.*

*Este enfoque puede evidenciarse en las órdenes de la sentencia T-760 de 2008, en las cuales se alude a la importancia de que los usuarios del sistema de seguridad social en salud participen en las decisiones que los afectan (...)"*

Más recientemente, la Sentencia C-313 de 2014 señaló que la participación ciudadana *"constituyen una fuente insoslayable del modelo actual del Estado colombiano, no solo en su construcción u organización, sino en su comprensión a partir de principios, valores y derechos constitucionales"*. Entonces, se advirtió que los actores del sistema deben contar con la posibilidad de tener una participación activa en las decisiones que

<sup>170</sup> BERNAL PULIDO, Carlos *"El principio de proporcionalidad y los derechos fundamentales"* en Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, Madrid, 2005. pág. 316 y siguientes."

<sup>171</sup> *Ibidem*

<sup>172</sup> Höfling, citado en *ibidem*, p. 319.

<sup>173</sup> Bernal Pulido explica: *"En primer término, estas posiciones consisten en el derecho fundamental a la no eliminación de sí mismas. En segundo lugar, garantizan iusfundamentalmente la libertad del ciudadano de participar y de no participar. En esta dimensión se erigen como derechos de defensa. En tercer lugar, las posiciones democráticas pueden ser entendidas como competencias iusfundamentalmente reforzadas, es decir, como derechos fundamentales a que el Estado produzca ciertos efectos jurídicos, una vez hayan tenido lugar determinados actos [s]e participación del ciudadano en la esfera pública, y también correlativamente, el derecho fundamental a que el Estado no produzca estos efectos, cuando los actos de participación no ocurran. Por último, estas posiciones también contienen algunos derechos de prestación." (Subraya fuera del texto) Cfr. p. 323".*

<sup>174</sup> "Bernal explica *"Todo lo anterior significa que las facultades del concepto democrático de persona, es decir, las concreciones de la capacidad de discernimiento, también se proyectan sobre otros derechos fundamentales, distintos de los derechos de participación política en sentido estricto. <<Ningún derecho fundamental es totalmente apolítico>>, ha enfatizado Höfling"*. Cfr. p. 333-334."

les conciernen en materia de salud. En este contexto, hizo referencia a la Observación Núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>175</sup>, así:

*“A propósito, específicamente del derecho a la salud, la Observación No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado la importancia de la participación del pueblo para asegurar la prestación efectiva de servicios de salud. Para tal efecto, ha dispuesto, en el párrafo 34, ‘(...) los Estados deben abstenerse de (...) censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, (...) y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud’ y en el párrafo 54 ha expuesto que: ‘Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud’. (Negrillas fuera de texto).”*

A su vez en la misma providencia se hace especial hincapié en este derecho aclarando que debe darse de manera efectiva, continua, activa y tener incidencia en la política de salud, dentro de lo que se destaca el plan de beneficios. En concreto señaló:

*“Para la Sala, la participación a la que se refiere el Art. 12 debe entenderse en consonancia con el Texto Superior, lo que implica también participar, además, respecto de las decisiones que se adoptarán por los agentes del sistema de salud, de tal modo que su participación en el marco del modelo democrático pueda ser efectiva, continua, activa y, pueda en efecto, como lo menciona la norma, participar en la formulación de la política de salud y en los planes para su implementación, fijar prioridades, evaluar resultados, participar en las decisiones sobre exclusión de servicios y tecnologías, participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud y, en fin, involucrarse ciertamente en los programas y estrategias propias del mencionado derecho.*

*(...)*

*Un segundo asunto importante en la valoración constitucional del artículo, guarda relación con las prerrogativas prescritas por el Art.12 en favor de la participación de los ciudadanos en las decisiones del sistema de salud, en cuanto no puede estimarse como una lista taxativa, sino apenas como una enunciación que no puede excluir, dado el carácter expansivo y universal del principio democrático, otro tipo de garantías o actuaciones que igualmente procuren satisfacer el derecho que tendrían los ciudadanos a participar activamente en tales decisiones. Así pues, la participación ha de valorarse como realizable, necesaria y posible en “los asuntos relacionados con la salud” (Observación 14), con lo cual, se desarrolla de mejor modo la Constitución, siempre tendiendo a lograr la realización efectiva del derecho a la participación acorde con los antes citados postulados del espíritu democrático contenidos en los artículos 1º, 2º y 113 del Texto Superior.”*

En este contexto, la organización de los servicios de salud debe llevarse a cabo con intervención de distintos actores, ámbitos e intereses, en procura de alcanzar una participación activa en la búsqueda de la realización de los fines esenciales del Estado, en donde se garantice que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública en esta materia.

Partiendo de lo reseñado hasta el momento, es dable extraer que la participación directa y efectiva que exige la Corte en la orden décima séptima de la Sentencia T-760 de 2008, impone al rector de la política pública en salud la obligación de crear ambientes para que la población pueda intervenir en la adopción de las determinaciones. Esta apertura de

<sup>175</sup> La observación 14 es el pronunciamiento del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), por medio del cual se determinó que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”.

espacios participativos debe ir acompañada de un proceso de difusión diferenciado que permita el acceso a la convocatoria para tener una representación real, en la que además se brinde la documentación y las herramientas sobre los temas que se vayan a discutir. Así, atendiendo lo expuesto, para que se cumpla con el requisito que se está abordando en este numeral, se deberán acreditar, cuando menos, los siguientes elementos: (i) información, (ii) consulta directa; (iii) deliberación; y (iv) correspondencia.

En lo referente a la **información** es importante indicar que la actualización del plan de beneficios tiene un alto grado de complejidad por su naturaleza técnica y científica, motivo por el cual se hace indispensable que el regulador provea a la comunidad interesada los datos y/o documentos necesarios para que pueda cumplirse con una participación plural, representativa, activa y eficaz, que influya de manera directa en la toma de decisiones sobre la política pública. Las estrategias para entregar los datos deben garantizar la igualdad de los participantes, de manera que deben tener prioridad aquellos sujetos con mayores restricciones para acceder a los planteamientos técnicos, a las bases de datos, etc<sup>176</sup>.

En tal sentido, el encargado de elaborar la política no sólo cumple el requisito de intervención ciudadana estableciendo formalmente espacios de opinión, sino que debe partir de brindar información previa y suficiente sobre el derecho de las personas de participar, los asuntos a tratar y el apoyo técnico pertinente para que haya una verdadera interacción que permita enriquecer la discusión que pueda darse.

En lo que atañe a la **consulta directa**, es necesario indicar que la participación que se predica en este mandato debe caracterizarse por facilitar la intervención de la mayor cantidad posible de interesados en los asuntos a abordar, con la posibilidad de que su interpelación se pueda efectuar sin intermediarios, salvo que se trate de asociaciones o agrupaciones de personas (usuarios, profesionales de la salud, etc.) en las que serán los delegados de las mismas quienes expongan la opinión de la colectividad que representan.

Respecto a la **deliberación**, es preciso recordar que estos procesos no pueden ser considerados simplemente como una socialización de las medidas adoptadas por el Ministerio, ya que de admitirse este enfoque estaríamos ante una actuación administrativa que solo tendría fines publicitarios y no de intervención e injerencia de la comunidad en la toma de decisiones, es decir, no se trataría de una participación efectiva. Por el contrario, debe darse paso al debate que permita a los participantes, no solo escuchar y aprobar o no una determinación previa del rector de la política pública, sino también presentar aportes, inquietudes e inconformidades a partir de las cuales se construyan las medidas a implementar por parte del ente rector.

Finalmente, otra característica fundamental de la participación es la **correspondencia**, a partir de la cual se facilita la armonización entre los aportes de la sociedad civil y las determinaciones adoptadas por la entidad reguladora. Esto no implica, *per se*, que la administración deba aceptar todos los aportes o las objeciones planteadas por la comunidad, pero sí debe haber un balance final en el que se expongan todos los planteamientos recibidos y dé a conocer, razonadamente, cuáles de ellos se tomaron en

---

<sup>176</sup> Al respecto, la Universidad de los Andes, por medio de su Centro de Investigaciones Sociojurídicas -CIJUS-, indicó que "(...) en cuanto derecho [la participación] implica una obligación del Estado no sólo de escuchar, sino de crear los espacios y facilitar las reuniones garantizando el derecho a la información de los ciudadanos. Ello implica, por ejemplo, el entregar los documentos a ser discutidos con antelación, el asegurarse que se presenten de forma que sean comprensibles para los legos, etc." Cfr. AZ XVII-H, folios 3147 y 3148.

cuenta y cuáles no al momento de fijar o modificar la canasta de servicios cubiertos por el POS.

Conforme con los lineamientos expuestos, la Sala Especial de Seguimiento destaca que la participación ciudadana en el proceso de construcción del plan de beneficios debe ser efectiva, a fin de tener una incidencia en la formulación de la política de salud, desde el proceso de inclusión, exclusión y supresión de tecnologías en salud, en general dentro de todo el trámite de actualización integral del POS.

Esta situación implica que se permita el acceso efectivo dentro del desarrollo de la actualización del plan de beneficios, a través de su intervención material y permanente por medio de conceptos, aportes, señalamientos, opiniones, entre otros, las que además deben ser tenidas en cuenta al momento de adoptar una decisión relacionada con el sistema de aseguramiento.

Lo anterior encuentra su respaldo en lo dispuesto en el artículo 2 de la Carta, que atribuye al Estado, como uno de sus fines esenciales, el de “*facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan (...)*”. Ahora bien, no se trata simplemente de establecer un trámite a seguir a efectos de permitir la intervención ciudadana en la actualización integral del POS, sino de permitir una actuación efectiva en desarrollo del mismo.

Es así como el derecho fundamental a la salud comprende de manera específica: (i) La apertura de espacios de participación, información y concertación, y no de mera información o socialización de las medidas adoptadas en relación con el plan de beneficios; (ii) la participación debe darse en desarrollo de todo el proceso actualización integral; y (iii) el acceso a los mecanismos destinados para este fin deben ser claros y sencillos de modo que se permita a toda la población presentar sugerencias, observaciones, conceptos y opiniones en todo el proceso de construcción del POS, toda vez que el acceso efectivo a los mecanismos de participación es uno de los pilares esenciales sobre el cual se edifica la actualización del plan de beneficios.

## **6. Conclusión.**

De acuerdo con los lineamientos legales y jurisprudenciales descritos, se plantean las siguientes conclusiones de cara a los aspectos a abordar en esta providencia.

- El Ministerio de Salud y Protección Social es la autoridad encargada de adelantar la actualización del POS cada dos años, por lo que le corresponde definir con claridad qué se encuentra incluido, qué no está incluido y qué se encuentra excluido de los planes de beneficios, teniendo en cuenta los criterios de interpretación adoptados por la Corte.
- Atendiendo a que el derecho a la salud no es absoluto, las limitaciones al derecho deben ser razonables y proporcionales, por tanto se debe establecer (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.
- Todo el proceso de actualización del plan de beneficios debe contar con la participación inmediata y efectiva de los usuarios y la comunidad médica, por tener un interés directo en el goce efectivo del derecho a la salud.
- A partir de lo establecido en la Ley 1751 de 2015, existe una nueva forma de actualización del POS basado en un sistema de exclusiones, esto es, que en principio el sistema cubre todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios.

## **7. Verificación de cumplimiento de lo dispuesto en la orden 17 de la Sentencia T-760 de 2008.**

A efectos de adelantar la valoración concreta del asunto objeto de examen la Sala Especial de Seguimiento desarrollará el siguiente orden de valoración: (i) se hará referencia general a los planes obligatorios de salud de los años 2009, 2011 y 2013, consignada en los acuerdos 003 y 008 de 2009 y 028 y 029 de 2011 y la Resolución 5521 de 2013, sobre los cuales se harán unas precisiones generales, con el fin de obtener un panorama general del sistema de actualizaciones; (ii) posteriormente se adelantará la valoración de la construcción del actual plan de beneficios -Resolución 5592 de 2015, a partir de los siguientes criterios: (1) participación ciudadana de los usuarios, pacientes, sociedades científicas y demás actores del SGSSS; (2) a partir de allí y tendiendo a que el derecho a la salud no es absoluto se debe establecer (a) qué se incluyó, (b) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (c) qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, y (d) la justificación de la decisión en cada caso; y (3) finalmente se hará referencia al régimen de excusiones sobre el cual empezará a regir el plan de beneficios y los lineamientos generales sobre su desarrollo a partir de la valoración hecha en esta providencia.

En este contexto se establecerá, atendiendo a las 5 categorías de evaluación de cumplimiento, si en este caso hubo: (i) incumplimiento general; (ii) nivel de cumplimiento bajo; (iii) nivel de cumplimiento medio; (iv) nivel de cumplimiento alto; o (v) cumplimiento general.

### **7.1. Acuerdos 003 y 008 de 2009.**

Se propuso una estrategia para definir los servicios que debían ser incluidos en el POS, en el que se relacionó lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007 y el desarrollo de la CRES en ejercicio de sus facultades, en cuanto a la definición y modificación del plan de beneficios, donde se inició el ciclo metodológico con el diagnóstico e identificación de los aspectos considerados como punto o puntos de partida. En tal sentido se presentó la metodología para categorizar el POS vigente por tipos de tecnologías y usos clínicos, dando prioridad a las tecnologías en salud para los procesos de evaluación. En este sentido se llevó a cabo el siguiente plan metodológico:

#### *Estrategia General.*

- *A corto plazo:* precisión, ajuste y actualización con fundamento en la concertación de la expresión del POS en Código Único de Prestación de Servicios -CUPS- y en la información reportada por las EPS para el estudio de suficiencia de la UPC efectuado por el Ministerio de la Protección Social.

- *A largo plazo:* revisión integral del POS con mayores datos y la inclusión de estrategias de priorización, el desarrollo de guías de atención integral -GAI- de las condiciones de salud priorizadas, la evaluación de tecnologías en salud, el nuevo CUPS y la divulgación de la información relacionada con el POS y su actualización.

*Estrategia para definir los servicios de salud que se encuentran incluidos, excluidos y suprimidos en el POS.*

Acciones para conocer la situación actual de salud de la población y del POS. Ella

contempla el diagnóstico del estado de salud de los colombianos y el análisis del comportamiento del POS en términos de uso de servicios de salud, que permite identificar la demanda de servicios y los costos de los mismos.

*Estrategia para garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud.*

Elaborar un diagnóstico sobre la percepción e información del POS; diseño y formulación de una estrategia de comunicación informativa, presencial, corporativa y publicitaria; apertura de una dirección electrónica para recibir los comentarios de la comunidad<sup>177</sup> y una página web<sup>178</sup>; jornadas de capacitación en los temas de POS; publicación de datos sobre contenidos y derechos del POS, preguntas frecuentes y otros documentos en la página web; y la realización de dos consultas presenciales y una virtual para discusión de principios y criterios para la definición del POS. En este ejercicio se invitaron 63 representantes de usuarios y pacientes y 60 representantes de todas las asociaciones de profesionales de la salud y sociedades científicas, quienes colaboraron con la construcción técnica de metodologías para la actualización del POS.

El desarrollo de la metodología descrita tuvo soporte en los informes de cada una de las 32 evaluaciones de tecnologías realizadas por su Unidad Administrativa en el año 2010, en el marco del contrato suscrito con la Universidad Nacional de Colombia<sup>179</sup> en relación con la actualización del POS. Así como el documento de avance del proyecto de participación ciudadana<sup>180</sup>. Este anexo se compone de: (i) un informe general de avance; (ii) la transcripción de la actualización “express” del POS; (iii) las transcripciones de los eventos de participación ciudadana realizados en 8 ciudades con usuarios y comunidad científica en la fase de información y capacitación entre el 20 de octubre y el 17 de noviembre de 2010; y (iv) las transcripciones de los eventos realizados en Bogotá y otras 7 ciudades con usuarios, comunidad científica y demás participantes del SGSSS para la fase de socialización de la propuesta de metodología, adelantados el 2 de junio y 12 de julio de 2011.

En el Acuerdo 03 de 2009, se incluyeron 543 procedimientos en el plan de beneficios. Además, se consideraron incluidos más de 300 procedimientos, en su mayoría por el cambio de nomenclatura de Mapipos<sup>181</sup> a CUPS<sup>182</sup>, que registra mayor detalle y en consecuencia más precisión en los contenidos.

En materia de participación se desarrollaron las siguientes etapas:

i) Participación de los actores en la construcción técnica de las estrategias para la actualización del POS: En esta fase los actores intervinieron en la construcción técnica para el desarrollo de la Guía Metodológica para las Guías de Atención Integral para la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, para lo cual se llevó a cabo un proceso de validación técnica en la que se contó con la participación de grupos académicos y de investigación nacionales, expertos en los temas de guías de práctica clínica, evaluaciones económicas en salud y estudios actuariales enfocados al POS y a la UPC. Igualmente, indica que se llevó a cabo una etapa de socialización y comunicación, en la que se dieron a conocer

---

<sup>177</sup> Reseñó como dirección electrónica: nuevoposcolombiano@minproteccionsocial.gov.co.

<sup>178</sup> Reseñó como página web: www.pos.gov.co.

<sup>179</sup> Cfr. *Ibidem*, folio 1678 y cd adjunto.

<sup>180</sup> Cfr. AZ's Orden XVII - D - E - F - G, folios 1679 a 3003.

<sup>181</sup> Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del POS.

<sup>182</sup> Código Único de Procedimientos en Salud.

los resultados de la validación técnica con opción de tomar aportes y sugerencias que contribuyan sustancialmente a la consolidación de las metodologías.

De igual manera, señala la CRES que se adelantaron jornadas de intercambio técnico internacional que permitieron no solo el conocimiento de experiencias internacionales en aspectos relacionados con los planes de beneficios, sino también la instauración de espacios de discusión respecto a la identificación de los derroteros para la aplicación de las metodologías en el contexto colombiano, la nivelación técnica de los grupos de investigación nacionales en asuntos relacionados con las estrategias para la actualización del POS y la realización de convenios internacionales que acompañen los procesos de ajuste del POS.

*ii) Validación y desarrollo de principios y criterios de actualización del POS:* La CRES informó que desde la instauración del POS se definieron unos criterios para su actualización, los que continúan vigentes, aunque es necesario retomarlos y considerar la posibilidad de generar otros teniendo en cuenta la evolución del SGSSS, los retos que enfrenta el POS por los cambios en las enfermedades que afectan a los colombianos, los avances de la tecnología, entre otros aspectos. Teniendo en cuenta que estos criterios no son de conocimiento general, la CRES consideró fundamental que se incluyera como uno de los asuntos a tratar en los procesos de información acerca del POS.

Adicionalmente, se aclaró en dicho escrito que *“la participación ciudadana tiene diferentes métodos, siendo uno de ellos la consulta ciudadana”*<sup>183</sup>. Se agregó que *“la participación se ha iniciado desde octubre de 2008, a través de la generación de información adecuada, suficiente, completa y oportuna sobre los contenidos del POS y el proceso de actualización del Plan Obligatorio de Salud”*<sup>184</sup>.

A su vez, en la respuesta dada al Auto 105 de 2010<sup>185</sup>, la CRES afirmó que todas las inquietudes, sugerencias y manifestaciones efectuadas en virtud de la participación referida, fueron tenidas en cuenta para la elaboración del Acuerdo 003 de 2009, el que posteriormente fue publicado para que se presentaran comentarios y aportes por parte de los diferentes actores. Adujo haber recibido aproximadamente 950 observaciones, las cuales fueron analizadas y confrontadas para la expedición del Acuerdo 008 de 2009. A este documento fue adjuntada la matriz de trabajo<sup>186</sup> en la que se expusieron las glosas acogidas y aquellas que no fueron aceptadas, así como las razones de cada una de tales decisiones.

## **7.2. Acuerdos 028 y 029 de 2011.**

En el proceso de actualización se identificaron dos momentos: *(i)* Estudios y análisis del POS objeto de actualización<sup>187</sup>; y *(ii)* análisis y evaluaciones de tecnologías en salud y

<sup>183</sup> Cfr. Az Orden XVII-A, folio 363.

<sup>184</sup> Cfr. *Ibidem*.

<sup>185</sup> Presentada el 29 de junio de 2010.

<sup>186</sup> Cfr. Az Orden XVII-B, folios 686 a 795.

<sup>187</sup> En este momento correspondía analizar las tecnologías en salud del POS contenido en los Acuerdos 008 de 2009; 014 y 017 de 2010; y 021 y 025 de 2011 según el tipo y uso respecto de las etapas de la atención en salud, así como de las necesidades en salud de la población colombiana para identificar los aspectos en los cuales era necesario fortalecer el plan de beneficios y responder a las Políticas Públicas en promoción y prevención y al equilibrio financiero del sistema. Posteriormente se procedía a identificar las nuevas tecnologías y las ya existentes en el POS que requerían aumento de coberturas, para así priorizar y determinar el alcance de la evaluación durante este periodo.

construcción de la propuesta de actualización del POS<sup>188</sup>.

A partir de estos parámetros se construyó la propuesta de Actualización Integral del POS, donde se adelantó un proceso de jerarquización de las tecnologías en orden de importancia de mayor a menor según su relación con los siguientes criterios: *(i)* carga de enfermedad; *(ii)* contribución a la atención integral en salud; *(iii)* impacto poblacional; *(iv)* política pública; e *(v)* impacto económico.

Cada una de las tecnologías propuestas para inclusión al POS fue objeto de un nuevo análisis a partir de los siguientes elementos: *(i)* observaciones efectuadas por los actores del sistema en el proceso de participación ciudadana (noviembre); *(ii)* observaciones recibidas por consulta ciudadana a través de la página Web de la CRES; *(iii)* análisis de consideraciones metodológicas, procedimentales y de resultado definidas por la Corte Constitucional en el Auto 226 de 2011.

Todas las tecnologías sometidas a decisión se agruparon de la siguiente manera, con el fin de dar un contexto a los análisis: atención integral de niños y niñas; atención en salud sexual y reproductiva; atención de enfermedades mentales; atención integral del cáncer aumento de forma farmacéutica y/o concentración; atención de enfermedades odontológicas; atención de enfermedades del metabolismo; atención de enfermedades cardiovasculares; atención de enfermedades gastrointestinales; atención de enfermedades inflamatorias; atención de enfermedades infecciosas; atención de enfermedades respiratorias; atención de enfermedades neurológicas; atención de enfermedades oftalmológicas; atención de enfermedades renales y urológicas; atención del VIH/sida; trasplantes; y programas especiales de salud pública.

Con ocasión de lo anterior, el 28 de noviembre de 2011, se aprobó el Acuerdo 28 de 2011, donde se incluyeron al POS 197 tecnologías. Luego de su expedición la CRES a través del sitio web oficial solicitó a la ciudadanía en general enviar sus observaciones, con el propósito de hacer las correcciones pertinentes y realizar las modificaciones al mismo. Dentro el término otorgado, se recibieron diversos comentarios de la comunidad médica, de grupos organizados y de la ciudadanía en general, los cuales fueron analizados y resueltos mediante los ajustes y modificaciones aplicados al texto del POS actualizado contenido en el Acuerdo 28, que finalmente fue sustituido en su integralidad por el **Acuerdo 29**, aprobado el 28 de diciembre de 2011.

El proceso de participación ciudadana se llevó a cabo de cara a los siguientes ítems: *(i)* usuarios de los servicios de salud representados a través de las organizaciones civiles; *(ii)* la comunidad científica representada por la academia del sector de la salud; *(iii)* las sociedades y asociaciones científicas que representan las diversas especialidades de la medicina y otras profesiones de la salud e instituciones; *(iv)* entidades y personas naturales que de una u otra manera tienen interés en las decisiones regulatorias de la CRES. Este proceso se desarrolló en tres fases.

Fase I:	Información y Capacitación.
Fase II:	Acompañamiento
Fase III:	Consulta Ciudadana.

<sup>188</sup> Este momento respondió a los procesos de análisis y evaluación de las tecnologías existentes en salud excluidas del plan de beneficios, a fin de verificar la efectividad, seguridad y costo para su posible inclusión al POS, así como la ratificación o posible supresión del POS de aquellas ya enlistadas en el plan.

Durante el año 2010 se llevaron a cabo las fases I y II, entre el 20 de octubre y el 17 de diciembre, en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Valledupar y Villavicencio. El desarrollo de la fase III se inició a partir de la expedición del Acuerdo 020 de 2010 “*Por medio del cual se aprueba someter a consulta de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la comunidad médico científica y de la ciudadanía en general unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*”.

Para la fase I de información y capacitación, las personas fueron convocadas previamente a través de diversos medios de comunicación y la página WEB de la CRES. De las *Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías Ciudadanas*, se inscribieron 241 participantes y entre ellos eligieron 146 representantes. Además se convocó a la *Comunidad Científica y otros profesionales de la Salud*, donde se inscribieron 235 participantes y asistieron 133.

En la fase II o de Acompañamiento, teniendo en cuenta las tecnologías objeto de análisis para inclusión, se seleccionaron las especialidades relacionadas con estas, a quienes se presentó la metodología aplicada por la Universidad Nacional en desarrollo del contrato de consultoría suscrito con la CRES. En esta etapa se tuvo en cuenta la información sobre: (i) El sustento de la Priorización realizada por la CRES; (ii) análisis técnico; (iii) información sobre uso del registro sanitario por parte del Invima en el caso de los medicamentos; (iv) costo de la inclusión; e (v) impacto de dicha inclusión en el valor de la UPC.

A su vez, la participación ciudadana se llevó a cabo de cara a las siguientes etapas: (i) INFORMACIÓN: en ella se buscó orientar a los usuarios y a la comunidad para que se enteren sobre su derecho a participar en las decisiones públicas de su interés y específicamente respecto a la actualización integral del POS; (ii) CAPACITACIÓN: se pretendió estandarizar el conocimiento por cada grupo de interés en temas del sector salud y el rol de los actores del sistema; (iii) ACOMPANAMIENTO EN EL PROCESO: se refirió al desarrollo de los talleres que aportaron para establecer los criterios de evaluación de tecnologías en salud y las propuestas de evaluación originadas en la participación ciudadana con los elementos básicos para ser tenidos en cuenta en los respectivos estudios técnicos de la CRES; (iv) CONSULTA CIUDADANA: a través de este mecanismo se pretendió dar la oportunidad a toda la ciudadanía de realizar observaciones, propuestas y recomendaciones en relación con los proyectos regulatorios sometidos a consulta.

El proceso de convocatoria se llevó a cabo a través de: (i) publicación en la primera página de El TIEMPO como medio de comunicación escrito de alta circulación y cobertura nacional; (ii) divulgación a través de una cadena radial de alcance nacional (Caracol Radio); y (iii) la página Web institucional de la CRES. El objetivo de este ejercicio fue la intervención presencial y directa de los representantes de la sociedad civil organizada.

Además, se identificaron las organizaciones que representan a los usuarios en salud en organizaciones clasificadas como Asociaciones de Pacientes, Asociaciones de Usuarios en Salud, Veedurías Ciudadanas y Copacos<sup>189</sup>.

---

<sup>189</sup> En las reuniones de las ciudades que superaban 25 asistentes se surtió un proceso de elección de representantes de usuarios por tipo de organización.

Respecto a la comunidad científica, la convocatoria se hizo a través de la Academia Nacional Medicina, la Federación Médica Colombiana, el Colegio Médico Colombiano y a la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y de manera individual 42 sociedades miembros de especialidades médicas.

El mecanismo con que se concretó la Participación Ciudadana que ha desarrollado la CRES, fue la intervención presencial y directa de los representantes de la sociedad civil organizada. Además se permitió y tuvo en cuenta la opinión a través del sitio web institucional.

Por otra parte, destacó que el proceso de actualización del POS realizado durante el año 2011 se llevó a cabo con base en la metodología aprobada en la Comisión, en ella se establece que se debía tener en cuenta las solicitudes de inclusión realizadas hasta el 15 de julio de 2011. A esta fecha se recibieron 306 peticiones de la comunidad científica y usuarios. Advirtió que una vez depurada la lista se confirmaron 183 Tecnologías en Salud. Dicha lista junto con las listas de las otras dos fuentes analizadas sobre carga de enfermedad y revisión de normas técnicas, conformaron una de 478 Tecnologías en Salud con las cuales se inició el proceso de evaluación, clasificada en cuatro tipos, así: (i) evaluación de tecnologías para ratificación; (ii) evaluación de tecnologías potencialmente obsoletas; y (iii) evaluación de nuevas tecnologías.

Surtido este proceso se obtuvo un concepto técnico individual por tecnología, en el que se verificó la evidencia científica y económica en los aspectos de eficacia, seguridad, efectividad y evaluación económica de cada una de ellas, que llevó a emitir cuatro tipo de conceptos: favorable<sup>190</sup>, favorable condicionado<sup>191</sup>, no favorable<sup>192</sup> y ausencia de concepto<sup>193</sup>.

En ese orden de ideas, de las 183 solicitudes realizadas 47 obtuvieron concepto favorable, las demás se distribuyeron en tres grupos<sup>194</sup>

Afirmó la CRES que siguiendo los lineamientos sentados en el Auto 226 de 2011, se desarrollaron una serie de lineamientos de acuerdo a los parámetros de los cambios en la estructura demográfica de la población, en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población a 2011.

---

<sup>190</sup> La tecnología en su análisis de evidencia científica demuestra frente a su comparador que es segura y efectiva y en su análisis económico tiene evaluaciones que se pueden extrapolar a Colombia y que son favorables.

<sup>191</sup> El análisis de la tecnología en las variables de seguridad y efectividad cumple con las mismas premisas anteriores, pero para el caso de la evaluación económica no las hay extrapolar a Colombia pero si evidencia de costo efectividad en otros países o hay estudios extrapolables pero el precio en el país parece no ser favorable.

<sup>192</sup> Es la tecnología que en la indicación estudiada no presenta frente a su comparador un comportamiento igual o mejor en su efectividad y seguridad.

<sup>193</sup> Una vez estudiada la tecnología en la indicación o indicaciones específicas no hay suficiente evidencia que soporte una conclusión sobre efectividad y seguridad.

<sup>194</sup> i) 37 Tecnologías en Salud cuyo concepto fue de Favorable o Favorable Condicionado y no quedaron dentro de la actualización del pasado año por motivos relacionados con alertas de seguridad de la Tecnología y restricción presupuestal, por lo que quedaron en lista de espera para inclusión. ii) 74 Tecnologías en Salud cuyo concepto después de la evaluación fue de “No se puede dar concepto de favorabilidad o no favorabilidad”, siendo necesario verificar la evidencia científica y económica para poder emitir un concepto a futuro. Hoy forman parte de una lista de espera para evaluación. iii) 16 Tecnologías en Salud cuyo concepto después de la evaluación fue de No Favorable. Hoy forman parte de una lista de no recomendables.

Para el análisis del perfil epidemiológico y carga de enfermedad de la población colombiana, la Comisión partió del estudio de Carga de Enfermedad CENDEX 2005<sup>195</sup> como eje fundamental, complementado con el análisis de: (i) las causas de morbilidad a partir de Registros Individuales de Prestación de Servicios -RIPS- 2009; (ii) mortalidad DANE 2009; y (iii) morbilidad de la Encuesta Nacional de Salud 2007. Lo anterior con el propósito de adelantar un estudio de identificación, priorización, evaluación de tecnologías en salud y toma de decisiones para la inclusión y actualización del POS<sup>196</sup>.

En materia de tecnología apropiada disponible en el país a 2011, se tuvieron en cuenta todos los medicamentos que venían en el Acuerdo 008 de 2009, frente a su autorización mediante el registro sanitario del Invima teniendo en cuenta la base de los Registros Sanitarios de dicha institución, que fueron enviados a la CRES con último corte del 27 de octubre de 2011, en desarrollo del alcance dado al proceso de análisis de obsolescencia de tecnologías.

Los medicamentos evaluados como tecnología nueva; los que son objeto de recobros ante el Fosyga<sup>197</sup> y los de ampliación de concentración y forma farmacéutica, de medicamentos ya incluidos en el POS, tuvieron como paso preliminar el chequeo del registro sanitario del Invima para comprobar su vigencia e indicaciones precisas a fin de establecer su disponibilidad en el país. En igual sentido, en otras tecnologías clasificadas como alimentos también se siguió el mismo procedimiento de análisis.

En cuanto a los procedimientos informó que se trabajó directamente con las Sociedades Científicas para efectos de valorar los distintos aspectos de dichas tecnologías, entre ellos la disponibilidad de la misma en Colombia; es el caso claro de los procedimientos ginecológicos que se estudiaron por otra vía de acceso que fue la laparoscópica. Teniendo en cuenta que la disponibilidad en Colombia no es total, se recomendó en caso de su inclusión que se dejaran las dos vías de acceso (abierta y laparoscópica) en el POS.

En el proceso de participación ciudadana se efectuó una encuesta en cada ciudad preguntado a los usuarios si la Tecnologías en Salud propuestas para inclusión en el POS estaban disponibles en la región; para el caso de la comunidad científica se preguntó sobre la disponibilidad de equipo técnico y recurso humano para implementar las propuestas de inclusión.

Respecto a los llamados medicamentos extraordinarios<sup>198</sup>, se explicó que dentro de la actualización integral en el año 2011 se tuvo en cuenta los medicamentos que fueron

---

<sup>195</sup> Este estudio tomó tres años para su desarrollo, siendo el corte de 2005 y su publicación en octubre de 2008 (Documento técnico ASS/1502-08). Este estudio que fue contratado en su momento por el Ministerio de la Protección Social y realizado por el Centro de Proyectos para el desarrollo CENDEX, de la Universidad Javeriana, el cual estima la carga de la enfermedad, partiendo de las distintas causas o problemas de salud que causan en la población la discapacidad o la muerte. El desarrollo implica la consulta de todos los datos estadísticos disponibles en el país en términos de mortalidad y de morbilidad. Igualmente se acude a estudios nacionales publicados sobre las causas en estudio e inclusive en los casos en que no se tengan es necesario acudir a los expertos de las sociedades científicas para modelizar las causas y patologías que se estén estudiando. El presente trabajo tiene una vigencia superior a los 5 años en países que como Colombia no tiene un cambio estructural en la población.

<sup>196</sup> Resaltó que estas tres fuentes de información eran las más actualizadas y disponibles en el país al momento del desarrollo de la actualización integral del POS y fueron utilizadas para compararlas y contrastarlas contra el estudio de carga de enfermedad - CENDEX.

<sup>197</sup> En esta lista se incluyeron los asociados a las tecnologías priorizadas para evaluación, bajo los criterios de perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, impacto de normas y leyes especiales para grupos vulnerables, temas de interés en salud pública, entre otros.

<sup>198</sup> Son aquellas prestaciones que solo cuando el criterio científico determine la necesidad evidente de las mismas por condiciones particulares, extraordinarias y que se requieren con necesidad, se podrán autorizar los servicios,

objeto de recobro ante el Fosyga. Este proceso partió de la evaluación de la base de datos enviada a la CRES por el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las tecnologías de mayor peso en cuanto al valor y la frecuencia de recobro, con el fin de seleccionar aquellas que serían objeto de evaluación<sup>199</sup>.

En concreto se partió de una lista conformada por 1.171 registros de medicamentos y procedimientos recobrados en el primer semestre de 2011. Se realizó un ordenamiento de las tecnologías de mayor a menor, de acuerdo al valor aprobado. Se fijó el rango de las 150 tecnologías de mayor peso en el valor de recobro que representaban el 80% del valor total, donde se analizaron (140 medicamentos, 6 procedimientos, 3 dispositivos y uno de otros servicios). Además, se consideraron para la evaluación otras tecnologías más allá de este rango, dada su relación con los criterios de priorización de la metodología de actualización del POS.

Igualmente dentro de la actualización integral llevada a cabo en el año 2011 se analizaron los medicamentos de la lista de aquellos considerados esenciales por la Organización Mundial de la Salud contra el Acuerdo 008 de 2009 y relacionados, teniendo como resultado que únicamente 33 principios activos pasarían a lista de espera de evaluación. Como resultado de este proceso de actualización, se generó una lista de espera conformada por las tecnologías en salud, que provienen de seis fuentes, a saber: (i) las diferentes guías de atención, de práctica clínica y normas técnicas (Normas oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social); (ii) servicios en salud que integran una guía de una patología evidenciada en la carga de enfermedad por parte de Asociación o Sociedad científica; (iii) las solicitudes que son realizadas por los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud; (iv) las tecnologías evaluadas con concepto de “no se puede dar concepto de favorabilidad o no favorabilidad”; (v) las tecnologías más recobrada que no tienen concepto técnico y que requieren evaluación; y (vi) las analizadas por aumento de concentración y forma farmacéutica y que requieren evaluación completa.

Por último, la CRES se refirió al principio de integralidad destacando que el plan de beneficios de 2011 consagró expresamente que toda tecnología en salud contenida en el POS para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y paliación de la enfermedad incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio, según lo prescrito por el médico tratante.

### 7.3. Resolución 5521 de 2013

Se procedió a establecer la metodología utilizada para clarificar y actualizar integralmente el POS 2011<sup>200</sup>. En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección

---

mediante los Comités Científicos y las Juntas Técnicas Científicas, de acuerdo a lo señalado en los artículos 25 y 26 de la Ley 1438 de 2011.

<sup>199</sup> La CRES enfatizó que este proceso lo hizo acorde con lo indicado en el Auto 226 de 2011, donde se señaló que en la Actualización Integral del POS se deben tener en cuenta unas “subreglas”, dentro de las que se incluyen dos relacionadas con el análisis de la lista de los 100 medicamentos, dispositivos y procedimientos más recobrados ante el Fosyga, indicando que su inclusión o no inclusión “deberá justificarse de acuerdo a argumentos científicos, fundados en: el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad de la población, la disponibilidad de los recursos y el equilibrio financiero, u otros criterios previamente establecidos por la CRES en su metodología”.

<sup>200</sup> De acuerdo a lo consagrado en el Auto 226 de 2011 (parámetro i de la consideración 2.1), debía existir un instrumento unificado para realizar la actualización integral del POS, diseñado a partir de una metodología que muestre cómo clarificar y actualizar integralmente el mismo teniendo en cuenta: (i) los cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población; (ii) la disponibilidad de recursos; (iii) el acceso a tecnología; (iv) el equilibrio financiero y macroeconómico; y (v) la posible incorporación de medicamentos, dispositivos o procedimientos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

Social presentó cada uno de los elementos mencionados en el Auto 226 de 2011. Sobre el particular destacó los siguientes aspectos.

### *1. Análisis de la carga de enfermedad y Perfil Epidemiológico.*

Tuvo como eje el análisis la carga de la enfermedad, toda vez que aportan información más detallada en relación con los años de vida saludable (Avisas<sup>201</sup>) perdidos como consecuencia de la discapacidad o de la mortalidad.

Explicó que las cifras relativas a la carga de enfermedad por grupos etarios, orientan las intervenciones bajo la base del perfil epidemiológico de la población. En este sentido, la CRES determinó las principales necesidades en salud de la población colombiana, utilizando fuentes como los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), Encuesta Nacional de Salud, Estadísticas Vitales del DANE, con la cuales se tuvo en cuenta el perfil epidemiológico y la consistencia del estudio de carga de la enfermedad del 2005, para el propósito de actualización del POS en el año 2011<sup>202</sup>. Adicionalmente se analizaron los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007 -ENS- para verificar y tomar el total de las frecuencias de morbilidad y las Estadísticas Vitales 2009 reportadas por el DANE, de las cuales se tomaron las causas de mortalidad por grupo etario y sexo, que conformaron el 80% de la mortalidad en el país<sup>203</sup>.

Hizo referencia a los pasos metodológicos adelantados para el estudio de los criterios de carga de enfermedad así: (i) identificación de las primeras 20 patologías por Avisas Totales, por sexo y grupo etario del Estudio Cendex 2005; (ii) combinación de resultados por grupo de edad y sexo, listando de mayor a menor las causas por Avisas totales por ambos sexos; (iii) aplicación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del año 2009 por el grupo de edad y causas de atención; (iv) de la Encuesta Nacional de Salud se tomaron “*Razones para asistir al médico*”, junto con su proporción; (v) organización de las causas de mortalidad no fatales contenidas en las Estadísticas Vitales 2009 del DANE, junto con su proporción para el grupo de edad; y (vi) análisis de integración y relación o asociación entre las diferentes fuentes para el grupo etario.

---

<sup>201</sup> De acuerdo con el presente informe, el concepto de AVISA se constituye en un indicador válido para identificar las necesidades en salud, toda vez que incluye la medición de cualquier consecuencia para el bienestar de las personas que represente una pérdida de por discapacidad y por muerte prematura; considera como únicas variables que modulan este indicador la de edad y el sexo. En concreto explicó que: “*Un AVISA correspondería a un año de vida sana perdido y la medición de la carga de enfermedad por este indicador significaría la brecha existente entre la situación actual de salud de una población y la ideal en la que cada miembro de esa población podría alcanzar la vejez libre de enfermedad y discapacidad*”. En la medida en que, la discapacidad o el impedimento funcional, sea mayor el valor de AVISAS aumenta. En consecuencia, el indicador AVISA (años de vida saludable perdidos) permite conocer cuánto se gana por una intervención al evitar la mortalidad o la discapacidad por una condición de pérdida en salud.

<sup>202</sup> Además de las anteriores, para determinar la carga de la enfermedad se analizaron otras fuentes adicionales en este sentido. Entre ellas se encuentran los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) del año 2009 con corte de actualización a marzo de 2011, reportados al Ministerio, con el fin de observar la frecuencia de diagnósticos clínicos ordenados de mayor a menor y tener una visión de la morbilidad registrada, así como la población atendida. El análisis de los mismos estuvo dirigido a confirmar la frecuencia de presentación de las patologías resultantes del estudio de la carga de enfermedad por los grupos etarios y por sexo. De esta información se seleccionaron las causas de consulta más frecuentes, que representaron el 80% de la demanda de servicios. El restante 20% de causas equivalía a diagnósticos poco representativos y con codificación imprecisa o de difícil caracterización.

<sup>203</sup> Según la CRES estas tres fuentes de información eran las más actualizadas y disponibles al momento del desarrollo de la actualización integral del POS 2011.

Entonces, para la expedición del POS 2013 se tomaron como base los estudios adelantados en el 2011<sup>204</sup>. Al respecto el Ministerio aclaró que para la actualización del POS 2013, se retomaron los estudios anteriormente listados, considerando que los cambios en la composición demográfica y morbilidad general de una población no son evidenciables antes de 5 o 10 años<sup>205</sup>.

### *2. Medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios -POS-*

Se identificaron las tecnologías que fueron objeto de recobro, es decir, principios activos, procedimientos y dispositivos médicos que conformaban los listados de recobros por mayor valor de acuerdo con base de datos del Ministerio de la Protección Social, correspondiente al primer semestre del 2011.

### *3. Disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema.*

Se tuvieron en cuenta las tecnologías que cumplieron con criterios de seguridad, efectividad y estudios económicos, para ser candidatas a inclusión en el POS y de esta manera se llevaron a discusión en las sesiones de Comisión donde el Ministerio de Hacienda y Crédito Público presentó los estudios correspondientes. Posteriormente, se evaluó la disponibilidad de recursos a fin de establecer la viabilidad de las inclusiones de nuevas tecnologías al POS con el debido soporte financiero de sostenibilidad.

En cuanto a la metodología adoptada para la actualización del POS, refirió que en el año 2013, además de los lineamientos generales establecidos para el 2011, se desarrollaron aspectos como: (i) Análisis múltiples de tecnologías por grupos o subgrupos terapéuticos y sus respectivos análisis económicos, a fin de aumentar las posibilidades de tratamientos para una misma indicación clínica; (ii) agrupación de procedimientos ya cubiertos en el POS respecto de los que se pretenden incluir; (iii) proceso de participación ciudadana en las distintas etapas de actualización del POS; (iv) identificar y listar los servicios que estén excluidos del POS; (v) desarrollar cambios en la estructura del Plan Obligatorio de Salud tendientes a disminuir barreras de acceso y aumentar las posibilidades terapéuticas para la prestación de servicios a los afiliados al sistema. Así, se fijó el programa y cronograma para cumplir con los objetivos construidos a partir de una metodología de actualización del POS.

---

<sup>204</sup> Las fuentes de trabajo fueron: (i) Informe técnico de actualización del POS 2011, publicado por la CRES; (ii) Estudio de Carga de Enfermedad de 2005 del CENDEX, publicado en 2008; (iii) Encuesta Nacional de Salud, elaborada por PROFAMILIA y el entonces Ministerio de la Protección Social de 2007 – 2010; (iv) Estadísticas vitales del DANE de 2009; (v) Información epidemiológica proveniente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), de la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social correspondientes al año 2009.

<sup>205</sup> Desde el año 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció la Agenda Programática de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud, en donde se incluyó la periodicidad con que debía realizarse los estudios y encuestas, así como los años de recolección y publicación de los mismos. Allí se definió que la periodicidad de realización de un nuevo Estudio de Carga de Enfermedad para el país es de 10 años, por tanto el próximo estaría disponible en el año 2016. De igual manera, la próxima Encuesta Nacional de Demografía y Salud estará publicada en el año 2016, y la periodicidad establecida para esta, considerando los cambios demográficos y de morbilidad de la población se realiza cada 5 años.



Adujo que en la actualización del POS 2013 no se excluyó ni se suprimió ninguna tecnología en salud contenida en el Acuerdo 029 de 2011.

Por otra parte, expuso que de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Corte Constitucional, en el proceso de actualización se tuvo en cuenta la lista modelo más reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de medicamentos esenciales, de donde se obtuvo un listado de medicamentos, el cual fue el referente en el desarrollo de este trabajo. Esta comparación se realizó con la finalidad de identificar las tecnologías en salud que se encuentran incluidas en el POS para el proceso de actualización 2013, así como también determinar aquellas no incluidas en el POS<sup>207</sup>.

En cuanto a las tecnologías y servicios en salud sugeridas en el proceso de participación ciudadana dentro del POS 2013, destacó que se llevó a cabo a través de una estrategia de participación directa de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, por medio de sondeos de preferencias de las tecnologías en salud estudiadas que resultaron seguras y efectivas (70 tecnologías). Una vez condensados los resultados de todas las sesiones a nivel nacional, se conformó la propuesta de actualización del POS 2013<sup>208</sup>.

Respecto a la metodología de participación para el POS 2013, señaló que se continuó con la línea ya establecida por la liquidada CRES, cabe aclarar que no se recogieron procesos ya realizados por dicha entidad como lo fue la información y capacitación a los usuarios sobre el sistema general de seguridad social, puesto que esta fue una etapa superada y se constituyó en una línea de partida para el proceso de participación ciudadana de 2013. De forma precisa se desarrollaron 4 estrategias de participación.

- i) Consulta virtual dirigida a la ciudadanía en general, para que expresara sus preferencias de ordenamiento de las tecnologías en salud para su posible inclusión al POS.
- ii) Encuentros regionales de manera directa con las Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías Ciudadanas, Copacos y la comunidad médica. Se desarrolló un sondeo de preferencias con la calificación de criterios de inclusión de tecnologías en salud por parte de los participantes.
- iii) Consensos y consultas a expertos de diferentes especialidades médicas, se llevó a cabo especialmente para efectos de validación de procedimientos identificados como posiblemente obsoletos.
- iv) Consulta del proyecto de acto regulatorio administrativo de adopción del POS, puesto en la página WEB del 17 a 24 de diciembre del 2013. Finalmente se planteó la socialización del acto administrativo final a través de redes sociales, la página web del Ministerio y presencial a los grupos de interés.

En relación con la lista de espera de inclusión de nuevos medicamentos, procedimientos, dispositivos y otros en el POS 2013<sup>209</sup>, se tomaron en primer lugar aquellas más seguras

---

<sup>207</sup> Según lo descrito por el Ministerio se llevó a cabo un análisis comparativo entre el listado de medicamentos esenciales (LME) y la estructura final del Acuerdo 029 de 2011, valorando las nuevas tecnologías incluidas, revisando además uno a uno los principios activos del LME no POS, determinando las razones por las cuales no se han incluido en el POS (Registro sanitario vencido, sin registro en el país en una determinada forma farmacéutica, concentración y combinación) y finalmente se identificó un listado de posibles tecnologías a analizar, las cuales tienen otras alternativas terapéuticas amplias y suficientes en el Acuerdo 029 de 2011.

<sup>208</sup> Adjuntó archivo digital.

<sup>209</sup> Este listado corresponde al remanente conformado por aquellas tecnologías que habiendo sido seleccionadas para posible inclusión por ser seguras y efectivas, no fueron tomadas para ser incluidas en el POS.

y efectivas dentro del análisis técnico y las mejor calificadas en las consultas de preferencia. Quedaron en espera 126 medicamentos, 18 procedimientos y 2 dispositivos, atendiendo a un nuevo proceso de priorización<sup>210</sup>.

#### **8. Precisiones generales respecto de los acuerdos 003 y 008 de 2009 y 028 y 029 de 2011 y la Resolución 5521 de 2013.**

Este acápite se centra en una referencia general respecto de los Acuerdos 008 de 2009 y 029 de 2011, y en la Resolución 5521 de 2013, como quiera que los Acuerdos 003 de 2009 y 028 de 2011 fueron derogados antes de su entrada en vigencia. Específicamente se hará alusión a la forma en que debía llevarse a cabo la actualización, desde dos aspectos principales: (i) la participación ciudadana; y (ii) la cobertura de tecnologías en salud.

En materia de participación, la Sala Especial de Seguimiento encuentra una serie de deficiencias como son:

- En la consulta directa se abrió un espacio web para que las personas interesadas intervinieran, sin embargo, no se llevó a cabo deliberación alguna, es decir, no se permitió que los participantes confrontaran sus puntos de vista con los del ente rector.

- Los eventos de participación ciudadana se llevaron a cabo en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Pereira, Bucaramanga, Valledupar y Villavicencio, situación que no abarca a toda población colombiana y simplemente constituye un muestreo dentro del proceso de participación, sin que ello implique atender las necesidades de cada región.

- No obstante lo anterior, al momento de presentarse los aportes o las objeciones a la forma como se estaba llevando a cabo esta actividad (en especial en lo atinente al sistema de priorización de los medicamentos y las enfermedades) no se tiene certeza si las mismas trascendieron a la esfera de la concertación y posterior toma de decisiones, situación que va en contravía de la naturaleza del proceso participativo.

- Se desconoce si se abrió la posibilidad de discutir los interrogantes que en el trámite de actualización puedan surgir, tanto de parte del ente gubernamental como de los actores y si, el listado de las tecnologías cuya inclusión fue sugerida en dicha etapa, relacionando aquellos que fueron o no incluidos en la actualización del POS, fueron difundidas o presentadas a los intervinientes en el trámite participativo, para dar mayor legitimidad a las medidas derivadas de este proceso.

Respecto a la cobertura de tecnologías en salud se plantean las siguientes carencias dentro del proceso de actualización, es así como las zonas grises se siguen presentando en la medida que persisten las solicitudes de recobro por servicios POS, algunas de las

---

<sup>210</sup> El proceso de priorización atendió los siguientes criterios: (i) Análisis de correlaciones de los ordenamientos de preferencias producto de la participación ciudadana y del análisis técnico; (ii) constituir grupos de tecnologías según indicación, siguiendo orden técnico; (iii) se comparan las 20 primeras tecnologías ordenadas por los grupos de participación ciudadana (usuario y médicos); (iv) se seleccionan para inclusión aquellas tecnologías que coinciden en ambos grupos dentro de las primeras 20; (v) la tecnología seleccionada jalona las tecnologías que corresponde a su grupo; (vi) preferencia por tecnologías sin otra alternativa en el POS actual; (vii) análisis técnico del Ministerio de Salud y Protección Social con propuesta semáforo del Instituto de Evaluación Tecnológica- IETS; (viii) análisis por impacto presupuestal. Una vez conformada la lista priorizada se presentó a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, donde surgió la lista de tecnologías.

cuales se han pagado por parte del Fosyga, debido a la falta de claridad y entendimiento entre prestadores, aseguradores y agentes del sistema, incluso ante la falta de precisión respecto de lo incluido, no incluido y excluido expresamente del POS, aspecto que debe superarse a efectos reducir las dilaciones en la prestación de los servicios de salud y, por ende, la reiterada vulneración a este derecho fundamental.

## **9. Valoración de la actualización integral del plan de beneficios a partir de la Resolución 5592 de 2015.**

Como se planteó previamente, sobre la Resolución 5592 de 2015, procede la Sala de Seguimiento a aplicar el esquema descrito en el acápite anterior para la valoración de la orden decimoséptima, así: (i) participación ciudadana de los usuarios, pacientes, sociedades científicas y demás actores del SGSSS; e (ii) inclusión, exclusión y supresión de tecnologías en salud.

### **9.1. Participación ciudadana.**

Este se constituye en el primer aspecto a evaluar teniendo en cuenta que irradia de manera transversal todo el proceso de actualización integral de los planes de beneficios. Es así como en cada una de las etapas se debe contar con la intervención activa de los usuarios, la comunidad médica y científica, entre otros. En este sentido, se procede a hacer una breve y práctica referencia de los pasos para alcanzar la actualización del POS, con la finalidad de establecer de manera sucinta la importancia de la participación ciudadana<sup>211</sup>.

#### **Puerta de entrada de la tecnología en salud**

Previo a las etapas que se desarrollan con ocasión de la actualización del plan de beneficios. Este paso previo atiende a la autorización de comercialización otorgada por el Instituto de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos (Invima) para el caso de medicamentos y dispositivos médicos o la autorización de servicios en salud y de procedimientos que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). A través de este presupuesto, se procura garantizar que las tecnologías en salud que hagan parte del POS cumplan con criterios de seguridad y eficacia.

#### **i) Nominación de las tecnologías en salud.**

En esta etapa los actores del SGSSS, (sociedades científicas, usuarios y la industria farmacéutica), postulan las tecnologías para su posible inclusión al POS.

#### **ii) Identificación de las necesidades en salud de la población.**

Este proceso se adelanta con base en los estudios de carga de la enfermedad y el perfil epidemiológico, que muestran los años de vida saludable que se pierden por enfermedad y discapacidad por la población colombiana, donde se tienen en cuenta las diferentes encuestas de salud, en las cuales los usuarios del sistema han participado, para ordenar las patologías más recurrentes.

---

<sup>211</sup> “Esquema adoptado de la página web del Ministerio de la Protección Social. Documento “Conozca los diez pasos sencillos cómo se actualiza el Plan Obligatorio de Salud”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/como-actualiza-pos-diez-pasos.pdf> consultado el 28 de julio de 2016.

**iii) Aplicación de los criterios para la selección de las tecnologías en salud a evaluar.**

Los diferentes actores del sistema a través de un proceso de participación directa establecen los criterios de priorización a partir de los cuales se determina la inclusión de tecnologías en salud en el marco de la actualización del Plan Obligatorio de Salud (C1. Carga de la Enfermedad y Perfil Epidemiológico. C2. Situación de Salud C3. Guías de Práctica Clínica C4. Primera línea de atención o uso cotidiano C5. Grupos poblacionales C6. Frecuencia de recobro).

**iv) Identificación de las tecnologías en salud que son seguras y efectivas.**

En este punto se evalúan las tecnologías en salud priorizadas por el Instituto de Evaluación Tecnológica –IETS. A esto se suman los análisis técnicos de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas a metodologías de análisis de formas farmacéuticas y concentraciones, de subgrupos terapéuticos para el aumento de cobertura en el POS. Igualmente se hace seguimiento a aquellas tecnologías en salud que empiezan a entrar en desuso por efectos de sustitución por otras de mejor desempeño. De acuerdo a los resultados de evaluación de las tecnologías evaluadas, se identifican aquellas que sean seguras y efectivas para proceder al análisis económico.

**v) Aplicación de los criterios de priorización para seleccionar las tecnologías en salud a incluir.**

Se aplican los criterios de priorización para seleccionar las tecnologías en salud para su posible inclusión, de acuerdo a los criterios avalados en participación ciudadana.

**vi) Elaboración de propuesta de actualización integral del POS**

Se elabora la propuesta de actualización integral del plan de beneficios. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de sus dependencias estudia el acto administrativo de adopción del POS, con el fin de proponer las aclaraciones y ajustes necesarios. En este proceso también se tienen en cuenta las propuestas de aclaración presentadas por todos los actores del SGSSS.

**vii) Presentación de la propuesta de actualización integral del POS a la comisión y deliberaciones para formular recomendación para la toma de decisión por el Ministerio.**

Deliberaciones sobre los componentes de la propuesta de actualización integral del POS a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud de Minsalud, para que en el marco de sus competencias y dentro de la correspondiente sesión, formule las recomendaciones pertinentes a la toma de decisión por parte del Ministerio.

**viii) Consulta previa de la propuesta del acto administrativo a los diferentes actores del SGSSS, a través de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.**

Se pone en conocimiento público la propuesta del acto administrativo a los diferentes actores del SGSSS, a través de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, para posibilitar la participación directa y efectiva de todos los actores del sistema acerca a las decisiones que los afectan.

**xix) Acto administrativo firmado por el Ministro de Salud y Protección Social.**

Agotados los procesos anteriores se profiere el acto administrativo mediante el cual se dicta la Resolución correspondiente.

**x) Socialización del acto administrativo a los diferentes actores.**

Una vez firmada la Resolución se socializa el plan de beneficios a través de encuentros presenciales y publicaciones en medios virtuales, que involucran todos los actores del SGSSS, donde se busca informar los objetivos de la actualización, la metodología efectuada, las nuevas inclusiones, las aclaraciones de cobertura e igualmente conocer las inquietudes y recomendaciones de todos los participantes. Adicionalmente, se dispone de una herramienta POS Pópuli, de fácil uso para la consulta de coberturas del Plan Obligatorio de Salud actualizado.

Gráfico 1



Participación ciudadana: Usuarios, Pacientes, Sociedades Científicas, usuarios y demás actores del SGSSS

Bajo este esquema, procede la Sala de Seguimiento a establecer si en la actualización del POS se cumplió con lo dispuesto por este Tribunal de cara a la participación activa y eficaz de los actores del SGSSS. Para tal fin, se tomarán las etapas de nominación, criterios de evaluación e inclusión de enfermedades huérfanas y socialización del plan obligatorio de salud.

Al respecto es importante tener en cuenta que esta Corporación dispuso que la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud debían garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud.

Siguiendo el esquema planeado en el Auto 411 de 2015 se abordarán tres aspectos: las medidas, los resultados y los avances. Entonces, la Sala evaluará las medidas y los resultados obtenidos con la metodología de participación a través de las distintas etapas por medio de las cuales se desarrolla la actualización del plan de beneficios.

### 9.1.1. Nominación de las tecnologías en salud.

La actualización del plan de beneficios es un proceso permanente, continuo y dinámico, en orden a abarcar todas las patologías que afectan a la sociedad colombiana. En tal medida, es necesario explotar todas las fuentes de información posibles que permitan un oportuno y eficaz proceso de actualización. Es así como se hace necesario explotar el conocimiento con el que cuentan cada uno de los actores del sistema, situación que empieza con el proceso de nominación.

En este contexto, la cartera ministerial planteó como objetivo primordial promover la participación directa y efectiva de: (i) los usuarios del Sistema de Salud, individualmente y en forma organizada (asociaciones de pacientes, asociaciones de usuarios, veedurías ciudadanas y Copacos); y (ii) de la comunidad médica, en procura de garantizar que las tecnologías en salud que se propusieran para la ampliación progresiva del Plan Obligatorio de Salud respondieran las necesidades de la población; fueran apropiadas desde el punto de vista médico y técnico; y procuraran la mejor utilización de los recursos, servicios y tecnologías disponibles.

El Ministerio inició un proceso de participación en los años 2014 y 2015, así: i) consulta a las sociedades científicas y agremiaciones médicas sobre tecnologías en salud de primera línea o uso cotidiano o de promoción y prevención de carácter individual; y ii) consulta general a terceros. Como objetivo principal se pactó que:

- Respondan a las principales necesidades de salud de la población colombiana.
- Ser completa y comprender los elementos esenciales para lograr el objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.
- Ser una tecnología en salud no incluida en el Plan Obligatorio de Salud.
- Centrarse prioritariamente en tecnologías en salud de primera línea o uso cotidiano o de promoción y prevención de carácter individual.

#### 9.1.1.1. Desarrollo del derecho de nominación a partir de la clasificación de consulta directa a las sociedades científicas y agremiaciones médicas, y consulta general a terceros.

*A. Consulta a todas las sociedades científicas y agremiaciones médicas, sobre tecnologías en salud de primera línea o uso cotidiano o de promoción y prevención de carácter individual.*

##### 1. Medidas adoptadas.

Este punto se refiere específicamente a la necesidad de identificar las tecnologías en salud de primera línea de tratamiento<sup>212</sup>, de uso cotidiano<sup>213</sup> o de actividades de

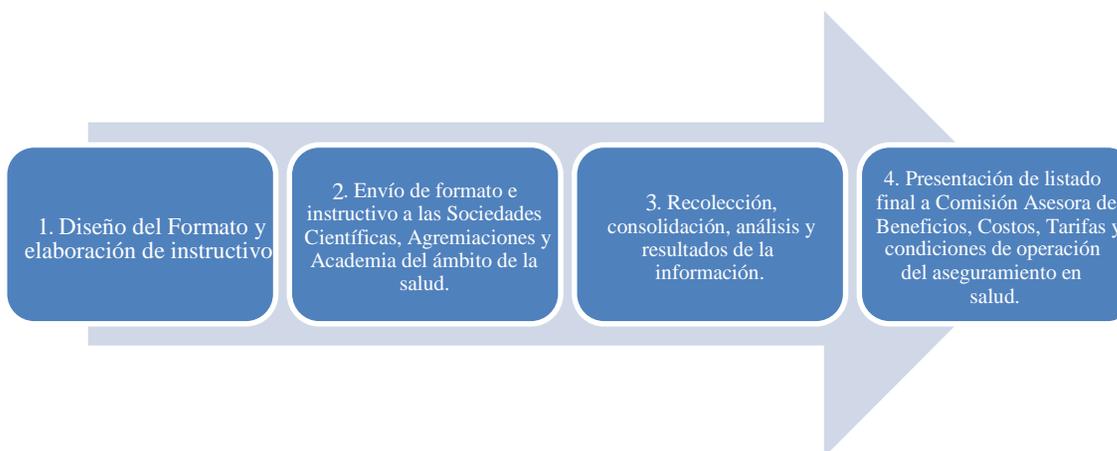
<sup>212</sup> “Primer tratamiento que se administra para una enfermedad. Con frecuencia, forma parte de un conjunto estándar de tratamientos ambulatorios u hospitalarios, sin embargo cuando se usa en forma separada, la terapia de primera línea es el tratamiento que se acepta como el mejor. Si no cura la enfermedad o produce efectos secundarios graves, se puede agregar otro tratamiento o remplazarlo con otro. También se llama terapia de inducción, terapia primaria, y tratamiento primario.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

<sup>213</sup> “Primer tratamiento que se administra para una enfermedad. Con frecuencia, forma parte de un conjunto estándar de tratamientos ambulatorios u hospitalarios, sin embargo cuando se usa en forma separada, la terapia de primera línea es el tratamiento que se acepta como el mejor. Si no cura la enfermedad o produce efectos secundarios graves, se puede agregar otro tratamiento o remplazarlo con otro. También se llama terapia de inducción, terapia primaria, y tratamiento primario.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

promoción y prevención de carácter individual<sup>214</sup> que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud.

Para tal fin, se busca que las sociedades científicas, las agremiaciones y la academia del ámbito de la salud, nominen aquellas tecnologías que consideren deben estar cubiertas por el plan de beneficios.

La metodología planteada y desarrollada en este aspecto obedeció al siguiente cuadro esquemático



**i) Diseño del Formato y elaboración de instructivo.**

Se tuvieron en cuenta diversos aspectos generales de la tecnología en salud, características de la tecnología e indicación de uso de la misma, entre otras, así: 1. información general; 2. información de la tecnología en salud; 3. características de la tecnología en salud en el país; 4. riesgos de uso de la tecnología en salud; 5. tecnologías en salud de similar resultado; 6. patología o condición de salud que cubre la tecnología, incluye prevalencia e incidencia; 7. población objetivo de la tecnología; y 8. responsable de la información.

**ii) Envío de formato e instructivo a las Sociedades Científicas, Agremiaciones y Academia del ámbito de la salud.**

Una vez identificadas las Sociedades Científicas, Agremiaciones y Academia del ámbito de la salud a participar, se les envió por correo electrónico la metodología, formato de identificación de tecnologías e instructivo, además el formato de conflicto de intereses, correspondiente para la identificación de las tecnologías en salud de primera línea o de uso cotidiano.

**iii) Recolección, consolidación, análisis de la información.**

En esta etapa se identifican las tecnologías en salud de primera línea de tratamiento o de uso clínico cotidiano que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud, para ser enviada

<sup>214</sup> “Actividades, procedimientos, o intervenciones de carácter educativo e informativo, individual, familiar o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, a modificar o suprimir aquellas que no lo sean, informar sobre los derechos, riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, promover y estimular la participación social en el manejo y solución de los problemas de salud.” (Ministerio de Salud y Protección Social).

a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de operación del aseguramiento en Salud, a través de una base de datos diseñada para facilitar la segmentación de resultados por tecnologías en salud y patologías, además de otras características relacionadas y de interés general, con el fin de formar parte del **Banco de Tecnologías en Salud a Evaluar** para posible inclusión al POS.

iv) Presentación de listado final a Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y condiciones de operación del aseguramiento en salud.

Una vez remitida la información corresponde al equipo técnico de la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, su aprobación y posterior publicación en la página web para conocimiento de los participantes.

## 2. Resultados

En este trámite se contó con la participación de 24 Sociedades Científicas, nominando 510 Tecnologías, como se explica a continuación:

NOMBRE DE LA ENTIDAD NOMINADORA	NÚMERO DE TS NOMINADAS	% PARTICIPACIÓN
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (SCC)	227	45%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA ESTUDIO DEL DOLOR (ACED)	98	19%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA (ACHO)	28	5%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGÍA (ACN)	27	5%
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR Y SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (SCC)	19	4%
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDIOVASCULAR Y SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (SCC)	15	3%
GRUPO DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUÍA	14	3%
INTERNATIONAL SOCIETY FOR PHARMACOECONOMICS AND OUTCOMES RESEARCH ISPOR CAPÍTULO COLOMBIA	14	3%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA (ASOAUDIO), ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA (ASOFONO) Y COLEGIO COLOMBIANO DE FONOAUDIÓLOGOS (CCF)	13	3%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA (ACEP)	9	2%
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	9	2%
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA RECONSTRUCTIVA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO	8	2%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROTOLOGÍA (ACON)	7	1%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DEL TÓRAX (ASONEUMOCITO)	5	1%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA (ASOREUMA)	5	1%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MASTOLOGÍA (ACM)	3	1%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGÍA (ACN) Y ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGÍA INFANTIL (ASCONI)	2	0%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE UROLOGÍA GINECÓLOGICA (ASCOGUR)	1	0%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ALERGIA, ASMA E INMUNOLOGÍA (ACAAI)	1	0%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA (ACIN)	1	0%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NUTRICIÓN CLÍNICA (ACNC)	1	0%
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA (ACOCIB)	1	0%
SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA CHINA Y ACUPUNTURA	1	0%
SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA (SCU)	1	0%
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>510</b>	<b>100%</b>

### B. Consulta general a terceros.

#### 1. Medidas adoptadas.

Es requisito para ejercer el derecho de participación, realizar el registro en la base de datos de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento

en Salud; etapa que se cumple a través de un formulario virtual, correo electrónico o en forma física de los documentos e información.

En este escenario todos los actores del SGSSS pueden nominar tecnologías en salud con el propósito de que sean tenidas en cuenta en los procesos de ampliación progresiva del Plan de Beneficios. Existen dos tipos de formatos para la nominación, a saber: (i) Aspectos generales de la nominación; y (ii) Aspectos técnicos de la nominación.

*i) Aspectos generales de nominación.*

Está diseñado para: 1. La ciudadanía en general, usuarios o pacientes; 2. Las asociaciones de usuarios o pacientes debidamente constituidas en el país; 3. Las sociedades científicas u otras agremiaciones en salud debidamente constituidas en el país; 4. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); y 5. Industria farmacéutica y demás actores del SGSSS. Las nominaciones se acompañan de los siguientes documentos:

- *Carta de presentación:* Se especifica si la TS junto con su indicación ha sido nominada previamente para su posible inclusión al Plan de Beneficios precisando la fecha de dicha nominación.
- *Formato 1 (“Aspectos generales de la nominación”):* Debe estar diligenciado en su totalidad y cumpliendo con los requisitos técnicos establecidos para cada ítem. El formato debe ser diligenciado por cada TS y para cada indicación nominada<sup>215</sup>.
- *Formato 2 (“Conflicto de intereses”):* Este formato hace referencia al conflicto de intereses que debe declarar cada persona que nombra una TS<sup>216</sup>.

<sup>215</sup> Al respecto se elaboró un instructivo para el diligenciamiento del formato de identificación de tecnologías en salud de primera línea o uso cotidiano, el cual contiene los siguientes ítems: **Información general:** 1. Nombre de la entidad; 2. Personería natural o jurídica; 3. Persona de contacto; 4. Dirección de contacto; 5. Teléfonos; 6. E-mail de contacto.

**Información de la tecnología en salud:** 1. Nombre de la tecnología; 2. Descripción de la tecnología; 3. Patología o condición de salud para la cual se indica la tecnología; 4. Evidencia científica sobre la seguridad, efectividad y costo efectividad de la tecnología, si está disponible; 5. Indicación de la tecnología; 6. Justificación de la elección de la tecnología.

**Características de la tecnología en salud en el País:** 1. Tipo de tecnología: para cada uno de los tipos de tecnología en salud (Dispositivo, medicamento y procedimiento); 2. En que regiones del país se encuentra disponible la tecnología; 3. Código ATC el caso de medicamentos; 4. registro sanitario Invima Vigente; Código CUPS en caso de procedimiento; 5. Tecnología con recomendación fuerte en las guías de práctica clínica oficiales; y 6. Tecnología relacionada con enfermedad de interés en salud pública.

**Riesgo del uso de la tecnología en salud:** 1. Eventos adversos identificados; y 2. Complicaciones identificadas.

**Tecnologías en salud de similar resultado:** 1. Descripción de las tecnologías de similar resultado en el POS; 2. Descripción de las tecnologías de similar resultado NO POS.

**Patología o condición de salud que cubre la tecnología, incluye prevalencia e incidencia.** 1. Tasa de incidencia y prevalencia para Colombia; y 2. Resultados clínicos con el uso de la tecnología en salud.

**Población objetivo de la tecnología:** Grupo etario y sexo.

**Responsables de la información:** 1. Nombre del representante de la organización que avala la información; 2. Identificación del responsable; y 3. Grupo de trabajo: Registre nombres completos, profesión de base, posgrados y años de experiencia de las personas que de la organización que participaron en la elección de la tecnología de interés y en el diligenciamiento del formato.

<sup>216</sup> Tipos de conflictos: **(i) Financiero:** cuando el individuo tiene participación en una empresa, organización o equivalente que se relaciona directamente (como socio, accionista, propietario, empleado) o indirectamente (como proveedor, asesor o consultor) con las actividades para las cuales fue convocado(a) a participar. **(ii) Intelectual:** cuando se tiene un interés intelectual, académico o científico en un tema en particular. La declaración de este tipo de intereses es indispensable para salvaguardar la calidad y objetividad del trabajo científico. **(iii) Pertenencia:** Derechos de propiedad intelectual o industrial que estén directamente relacionados con las temáticas o actividades a abordar. **(iv) Familiar:** cuando alguno de los familiares, hasta tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad, están relacionados de manera directa o indirecta en los aspectos financiero o intelectual, con las actividades y temáticas a desarrollar. **(v) Interés económico personal.**

*ii) Aspectos técnicos de la nominación.*

Este aspecto se desarrolla con el reporte de evaluación de tecnología en salud -ETES- para actualización del POS, donde se verifica los mínimos de calidad de las tecnologías en salud. Para la industria farmacéutica y sociedades científicas u otras agremiaciones en salud debidamente constituidas en el país es imperativo el diligenciamiento de los siguientes formatos:

- *Formato 3 (“Aspectos relevantes del reporte de la ETES”).*
- *Formato 4 (“Formatos para la presentación de reportes de evaluación de tecnologías en salud por parte de terceros”):* Este formato determina el contenido de las ETES, considera en forma general los aspectos de seguridad, efectividad y también de análisis de costo efectividad.
- *Formato 5 (“Criterios para la verificación y evaluación de la calidad de la documentación de nominación de tecnologías y productos elaborados por terceros”):* Este formato es indicativo de los mínimos de calidad de la ETES, necesario para verificar por parte del Ministerio, aspectos como TS sustitutas o comparadores seleccionados, costos utilizados en los análisis, entre otros.

**2. Resultados**

En esta metodología participaron 16 Empresas de la Industria farmacéutica nominando 50 Tecnologías y 3 personas naturales nominando 4 tecnologías. Estas tecnologías nominadas por las sociedades científicas, industria farmacéutica y personas naturales, surtieron el proceso de priorización para evaluación, identificando 260 Tecnologías, que se encuentran en proceso de Evaluación. En concreto la participación se dio así:

<b>ENTIDAD NOMINADORA</b>	<b>TECNOLOGÍAS EN SALUD NOMINADAS</b>
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ALERGIA, ASMA E INMUNOLOGÍA (ACAAI)	1
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NUTRICIÓN CLÍNICA (ACNC)	1
GRUPO DE INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	14
SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA CHINA Y ACUPUNTURA	1
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA (ACEP)	9
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGÍA (ACN)	27
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGÍA (ACN) Y ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUROLOGÍA INFANTIL (ASCONI)	2
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OTOLOGÍA Y NEUROLOGÍA (ACON)	7
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE AUDIOLOGÍA (ASOAUDIO), ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FONOAUDIOLOGÍA (ASOFONO) Y COLEGIO COLOMBIANO DE FONOAUDIÓLOGOS (CCF)	13
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA (ACHO)	28
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA (ACIN)	1
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DEL TÓRAX (ASONEUMOCITO)	5
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MASTOLOGÍA (ACM)	3
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA (ACOCIB)	1
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA (ASOREUMA)	5
ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA ESTUDIO DEL DOLOR (ACED)	98

COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDIOVASCULAR Y SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (SCC)	15
COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	9
COLEGIO COLOMBIANO DE HEMODINÁMIA E INTERVENCIONISMO CARDIOVASCULAR Y SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (SCC)	19
INTERNATIONAL SOCIETY FOR PHARMACOECONOMICS AND OUTCOMES RESEARCH ISPOR CAPÍTULO COLOMBIA	14
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR (SCC)	227
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA RECONSTRUCTIVA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO	8
SOCIEDAD COLOMBIANA DE UROLOGÍA (SCU)	1
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE UROLOGÍA GINECOLÓGICA. (ASCOGUR)	1
AMGEN BIOTECNOLÓGICA SAS	2
ASTRAZENECA	3
BAYER S.A.	3
LABORATORIOS BIOPAS S.A.	2
EDWARD OROZCO	1
EMILIANO MORILLO PALMA	1
INVERSIONES AJOVECO S.A.	1
JAIRO ANTONIO RODRÍGUEZ	1
MARÍA CONSTANZA RODRÍGUEZ RUBIANO	2
PFIZER	4
ABBVIE S.A.S.	4
BOEHRINGER INGELHEIM S.A.	8
GLAXOSMITHKLINE COLOMBIA S.A.	6
JANSSEN CILAG S.A.	4
JOHNSON & JOHNSON MEDICAL COLOMBIA S.A.	1
MERCK S.A.	1
NOVARTIS	10
STENDHAL COLOMBIA S.A.S.	1
<b>Total Nominaciones</b>	<b>565</b>

#### 9.1.1.2. Verificación en concreto del derecho a la nominación.

La Corte evidencia del acervo probatorio expuesto que el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló un proceso en el que los usuarios de manera individual y en forma organizada, junto con la comunidad médica tuvieron la oportunidad de nominar tecnologías en salud para la actualización progresiva del POS, lo que incluyó tecnologías en salud de uso cotidiano, para tratamientos de primera línea o para actividades de promoción y prevención de carácter individual. Para ello, las sociedades científicas, agremiaciones y universidades en el ámbito de la salud contaron con la posibilidad de acceder a través de la página web a fin de nominar la tecnología que cumpliera con los requisitos descritos. La metodología aplicada se desarrolló a partir de los siguientes pasos:

- i) Diseño del formato y elaboración del instructivo para su diligenciamiento.
- ii) Envío
- iii) del formato e instructivo a las Sociedades científicas, Agremiaciones y Academias del ámbito de la salud.

- iv) Recolección, consolidación, análisis y resultados de la información.
- v) Presentación del listado final a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud.

Este ejercicio se adelantó a través de dos métodos: i) consulta a todas las sociedades científicas y agremiaciones médicas sobre tecnologías en salud de primera línea o uso cotidiano o de promoción y prevención de carácter individual; y ii) consulta general a terceros. Con esto se buscó responder a las principales necesidades de salud de la población colombiana.

La consulta directa a las sociedades científicas contó con la participación de 24 Sociedades Científicas, quienes nominaron 510 Tecnologías.

En esta metodología participaron 16 empresas de la Industria farmacéutica nominando 50 Tecnologías y 3 personas naturales nominando 4 tecnologías. Estas tecnologías nominadas por las Sociedades Científicas, Industria Farmacéutica y personas naturales, surtieron el proceso de priorización para evaluación, identificando 260 Tecnologías, que se encuentran en proceso de Evaluación.

Este Tribunal observa que se presentan dos circunstancias que afectan el derecho de participación, por una parte, no es clara la forma como se seleccionan estas sociedades científicas, para de esta manera poder determinar la facultad de nominar. Por otra, en principio se observa que contó con un alto índice de exigencia respecto a la consulta general a terceros, donde se deben diligenciar una serie de formatos con un grado elevado de información sobre la tecnología a nominar.

La Sala reconoce que la actualización del plan de beneficios tiene un alto grado de complejidad por su naturaleza técnica y científica, lo que implica un mayor compromiso por parte de la autoridad encargada de cumplir con este objetivo, en orden a garantizar efectivamente la participación de la ciudadanía, no solo brindando canales de acceso a través de la página web, sino que tal situación debe contar con un acompañamiento real y eficaz para aquellas personas que no cuentan con una formación científica y desean participar en el proceso de actualización del POS, de lo contrario estos espacios serán inocuos y solo atenderán una participación intrascendente.

En este caso, si bien existió un estímulo para alcanzar la participación tanto de los usuarios como de la comunidad médica en general, la Sala considera que no resulta verdaderamente representativa para demostrar que efectivamente se está permitiendo ejercer adecuadamente el derecho de participación por parte de los ciudadanos que de manera individual pretenden la inclusión de un procedimiento dentro del plan de beneficios.

En este contexto es evidente que no se brinda una atención directa a los usuarios que quieran nominar una tecnología cuando en su cotidianidad han visto frustrado el acceso a un procedimiento o medicamento, ni existen guías prácticas o métodos pedagógicos que lleven a cualquier persona a sugerir la nominación de una tecnología en salud, ya sea que por alguna circunstancia la considere importante para alcanzar una cobertura cada vez más incluyente. Esto implica que si no se tienen los suficientes conocimientos técnicos y científicos sobre un procedimiento o medicamento es imposible acceder a esta primera etapa, con lo cual se termina por coartar su derecho a la participación dentro del proceso de actualización integral.

Por tanto, correspondía establecer unos lineamientos más laxos de cara a la posibilidad de nominación por parte de los ciudadanos en general, que en múltiples situaciones ven coartado el acceso a tecnologías en salud respecto de las cuales evidentemente pedirían su inclusión, no contando con otra alternativa distinta al poder de nominación, el cual en el esquema actual se muestra restrictivo.

En este orden, si bien existen unas medidas para procurar la participación ciudadana, los resultados no son favorables de cara a las herramientas brindadas a los usuarios individualmente considerados, en esa medida a juicio de la Corte, no se respondió a las principales necesidades de salud de la población colombiana, en cuanto al acceso a los métodos de participación, ya que no se abarcó a aquellas personas que carecen de conocimientos científicos o técnicos para presentar una tecnología en salud, pero sí podían dar aportes importantes en el desarrollo progresivo de la actualización constante del plan de beneficios. Con todo, no se cumple con la garantía de accesibilidad a todas las personas, lo que implica que el proceso sea más abierto, para generar una cultura de la participación en salud, la cual es mínima, por lo que corresponde a futuro y de cara al nuevo esquema exclusiones específicas, crear mecanismos que lleguen directamente a la población, de tal forma que participe de manera activa y a su vez, cuente con la posibilidad de hacer seguimiento a los resultados de su intervención.

Lo anterior encuentra respaldo en la necesidad de proveer a la comunidad interesada de los datos y/o documentos necesarios para que pueda cumplirse con una participación plural, representativa, activa y eficaz, que influya de manera directa en la toma de decisiones sobre la política pública. Las estrategias para entregar los datos deben garantizar la igualdad de los participantes, de manera que deben tener prioridad aquellos sujetos con mayores restricciones para acceder a los planteamientos técnicos, a las bases de datos, etc.

Por lo expuesto, en este punto se procederá a decretar el **nivel de cumplimiento medio**, ya que pese a que el obligado adoptó las medidas conducentes, reportó los resultados a la Corte y estos muestran avances en la implementación de la política, dichas mejoras no son suficientes sino que se muestran parciales para superar la falla estructural que dio origen a la orden objeto de supervisión.

## **9.1.2. Participación ciudadana en los criterios de priorización.**

### **9.1.2.1. Medidas.**

Los criterios de priorización son producto de las consultas ciudadanas, con la participación de expertos del sector salud, sociedades científicas y agremiaciones de pacientes bajo la metodología de consenso en el año 2012<sup>217</sup>. En este contexto, el

---

<sup>217</sup> La **metodología de priorización de criterios para seleccionar las tecnologías en salud a evaluar se desarrolló a partir del** establecimiento de la lista de criterios de selección para priorizar tecnologías en salud a evaluar en el marco del proceso de actualización del POS, se realizó una consulta de literatura nacional e internacional sobre este tema en el sistema de salud, haciendo énfasis en aquellos aplicables en la etapa de evaluación de TS, es decir, con la información disponible previa a la realización de la evaluación específica de la tecnología en salud. Como punto de partida se tuvo en cuenta una lista de 82 criterios identificados por el grupo de trabajo como aplicables en decisiones de salud, se realizó un análisis para determinar aquellos factibles de ser considerados como adaptables en el proceso de identificación de las tecnologías a ser evaluadas.

**La definición de Categorías y Criterios se** realizó la clasificación de los criterios desde la definición misma de los planes de beneficios, en tres grandes categorías: (i) Servicio, (ii) Costo y (iii) Población. A estos tres grandes aspectos se añadieron dos categorías adicionales para aquellos criterios que aunque no se ajustaban a dicha

Ministerio advirtió que la “Metodología de ponderación de criterios para seleccionar las tecnologías en salud a evaluar”, permite, con la participación de los actores del sistema, establecer algunos criterios dentro del proceso de selección de las tecnologías en salud a examinar.

En ese mecanismo, el Ministerio desde su sitio web recibió las inscripciones de los usuarios y sus asociaciones, veedurías ciudadanas, Copacos, con el respectivo aporte de los documentos que acreditaran su calidad, disponiendo para el efecto de mecanismos virtuales y de uso de dirección física.

Para la vigencia del 2015 se convocaron a los usuarios o la sociedad civil como directos beneficiarios de las tecnologías en salud contenidas en el Plan Obligatorio de Salud y a la comunidad científica como responsables de disponer los avances científicos al servicio del ciudadano. Las valoraciones a ponderar fueron los siguientes:

CRITERIOS	DEFINICIONES
<b>Carga de la Enfermedad y Perfil Epidemiológico</b>	Corresponde al valor de carga de enfermedad de la indicación del estudio de la tecnología, sea esta una patología o condición de salud que implica una elevada pérdida en salud para el paciente medida en años de vida saludable perdidos (AVAD) por muerte prematura y años de vida perdidos por discapacidad, estimadas a partir de la modelación del perfil epidemiológico para Colombia y la estructura de edad de la población, estandarizados según el total de AVAD para Colombia. En los tres grandes grupos de enfermedades. Este criterio permite valorar las patologías o condiciones de salud que más afectan a los Colombianos
<b>Situación de Salud</b>	La tecnología en salud es pertinente en la intervención de los eventos en salud pública señalados en el Plan Decenal de Salud Pública desde la atención individual. Este criterio permite valorar aquellas tecnologías que le apuntan a intervenir una situación de salud del plan decenal.
<b>Guías de Práctica Clínica – GPC-</b>	Hace referencia a la identificación de las tecnologías que tienen una recomendación proveniente de las GPC oficiales dando una mayor valoración aquellas con recomendación fuerte a favor.
<b>Primera línea de atención o uso cotidiano</b>	Se valoraran las tecnologías en salud relacionadas con actividades de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, haciendo énfasis en la primera línea de atención o las de uso clínico cotidiano <sup>218</sup> .
<b>Grupos poblacionales</b>	Este criterio valora los grupos vulnerables como son: niños, gestantes, adultos mayores, personas en condición de discapacidad y población con enfermedades huérfanas.
<b>Frecuencia de recobro</b>	Este criterio se dirige especialmente a valorar medicamentos y procedimientos que hoy se recobran al Fosyga. El criterio se toma de la frecuencia del recobro por personas únicas.

Los criterios de inclusión al POS empleados para la participación ciudadana y para la calificación técnica de las tecnologías son el producto de un ejercicio realizado en 2012 por parte de la CRES, para el cual se aplicaron diferentes metodologías y en el cual se contó con la participación de un total de 106 usuarios, 93 participantes de comunidad científica y 10 expertos<sup>219</sup>.

---

clasificación eran igualmente importantes, estos son: Aspectos legales o Éticos, definidos como Transversales y una categoría denominada Filtro. Para el caso específico de las Enfermedades huérfanas se aplica el criterio de equidad, tal como fue empleado en la actualización del año 2015.

<sup>218</sup> Cabe señalar que se solicitó en forma particular a las Sociedades Científicas la identificación de dichas tecnologías, e igualmente se dispuso de los formatos para que cualquier actor pueda nominar dichas tecnologías, ver página web de Minsalud.

<sup>219</sup> Criterios y categorías para la priorización de tecnologías en salud en el proceso de actualización del POS. CRES, 2012).

De los criterios definidos por la CRES en 2012 fueron seleccionados los cinco más representativos, sobre los cuales se realizó la votación de preferencia de las tecnologías evaluadas como efectivas y seguras para posible inclusión al POS por parte de usuarios y comunidad médica. Igualmente, el equipo técnico conformado por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud los aplicaron en forma independiente.

<b>CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN PONDERADOS PARA APLICAR EN EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>	
<b>CRITERIO</b>	<b>PESO PONDERADO (BASE 100 )</b>
<b>C1. Gravedad de la enfermedad o condición de salud</b>	26
<b>C2. Mejora en Eficacia/ efectividad</b>	24
<b>C3. Tipo de beneficio clínico</b>	20
<b>C4. Mejora de seguridad y tolerancia</b>	18
<b>C5. Necesidad diferencial en salud (cronicidad, paliación)</b>	12

Tomado de Metodología para el análisis de la información derivada de los procesos de participación ciudadana para la inclusión de nuevas tecnologías en el marco de la actualización integral del POS 2013, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.

Para la actualización integral del 2015 se definieron seis (6) criterios de priorización para la selección de tecnologías en salud a evaluar, que son: 1) carga de enfermedad; 2) situación de salud; 3) guías de Práctica Clínica; 4) primera línea; 5) grupo Poblacional; y 6) frecuencia de recobro. El valor que cada criterio tendría en la priorización fue establecido en un proceso de participación ciudadana llevado a cabo entre los meses de noviembre y diciembre de 2014 en 9 ciudades.

#### **9.1.2.2. Resultados.**

El Ministerio dio a conocer el proceso de participación con la publicación en la página web, también se publicó y envió por correo electrónico la Circular 061 de 21 de octubre de 2014<sup>220</sup> y la invitación a los eventos en 9 ciudades, programados para los meses de noviembre y diciembre de ese año, mediante la estrategia de participación ciudadana propuesta para promover la participación directa y efectiva de los usuarios del Sistema de Salud, considerados individualmente y en forma organizada mediante asociaciones de pacientes, asociaciones de usuarios, veedurías ciudadanas, Copacos, así como la comunidad científica, en la formulación de la propuesta de actualización integral del POS. Se logró realizar la ponderación de criterios obteniendo los siguientes resultados por ciudades y un consolidado a nivel nacional:

<b>CONSOLIDADO NACIONAL</b>		
Nov. 11 - Dic. 10 de 2014	<b>SUMA DE CRITERIOS</b>	<b>PONDERACIÓN</b>
Carga Enfermedad	1187	0,21
Situación Salud	887	0,16
GPC	797	0,14
Primera Línea	1046	0,19
Grupo Población	1034	0,18
Frecuencia Recobros	698	0,12
<b>TOTAL</b>	<b>5649</b>	<b>1,00</b>
Número de Votantes	269	

<sup>220</sup> Circular 061 de 21 de Octubre de 2014 “por medio del cual se desarrollan estrategias de participación ciudadana en el marco de la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud -POS-”

Número de no Votantes	14	
Número de votos Nulos	4	
<b>Total</b>	<b>287</b>	

### 9.1.2.3. Verificación en concreto de la participación ciudadana en los criterios de priorización.

En esto punto encuentra la Sala que la metodología planteada, tendiente a establecer la prioridad de criterios bajo los cuales se debe determinar si una prestación debe ser incluida en el plan de beneficios, parte de una inscripción previa por parte de la sociedad civil y la comunidad científica, a las que posteriormente se llama a participar de los foros alusivos a la materia, en orden a categorizar los criterios de priorización. En esta etapa se extendieron invitaciones a los eventos en 9 ciudades (meses de noviembre y diciembre de 2014).

Para la Sala Especial de Seguimiento los espacios de participación deben orientarse a que los actores, los usuarios y la comunidad médica puedan ampliar y, efectivamente, formar parte de la toma de decisiones ofreciendo argumentos que se traduzcan en criterios de priorización.

No obstante, en esta oportunidad no se brindó una verdadera garantía para quienes residen o trabajan en municipios intermedios o pequeños, áreas apartadas y lugares con difícil acceso a las tecnologías de la información y la comunicación. Lo que implicó que un segmento de la colectividad médica y de la ciudadanía en general no pudo intervenir en estos procesos, quienes efectivamente cuentan con una realidad y unas necesidades diferentes a las de aquellos que están actuando y, en este sentido, pudieron no verse representados en los resultados.

Al confrontar estas medidas con la realidad colombiana es natural entender que las convocatorias y los mecanismos de inscripción establecidos por el Ministerio no abarcaron a toda la comunidad, máxime si se tiene en cuenta que el proceso de participación solo se dio en 9 ciudades capitales de las 32 existentes en Colombia, por lo que no se puede considerar representativo y especialmente si, además, dejó de lado al resto de la población, teniendo en cuenta que el único medio adoptado (página web) no era accesible a todos los habitantes.

Es así como para esta Corporación la construcción en los criterios de selección no ha sido efectiva, puesto que: (i) las personas que han participado en las consultas no son representativas de los grupos poblacionales a los que debe estar dirigido el proceso de participación; (ii) los instrumentos utilizados no permiten una participación real de los usuarios y la comunidad médica; y (iii) los mecanismos de participación pudieron producir un mero efecto simbólico.

En este contexto, la Corte declara un **nivel de cumplimiento medio**, toda vez que persisten las dificultades advertidas en la sentencia T-760 de 2008, en relación con la participación de los ciudadanos en la actualización del plan de beneficios, ya que no existe una adecuada convocatoria y publicidad del proceso. Por tanto, aunque la entidad obligada estableció unas medidas inconducentes y presentó los resultados respectivos, estas no resultan suficientes sino que se muestran parciales para superar la falla estructural que dio origen a la orden objeto de supervisión.

### **9.1.3. Participación ciudadana en la evaluación de ayudas diagnósticas para enfermedades de baja prevalencia.**

#### **9.1.3.1. Medidas.**

La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (DRBCT), es la entidad encargada de adelantar el estudio para posible inclusión de ayudas diagnósticas para tratamiento clínico de estas enfermedades.

Ahora bien, el Ministerio de Salud y Protección Social ha adelantado trabajos previos por parte de la Mesa de Enfermedades Huérfanas -EH- con el fin de conformar una Lista de estos padecimientos. Para el efecto, esa cartera ministerial adelantó un censo de los pacientes que en Colombia están padeciendo estas enfermedades, siendo este el insumo sobre el cual se desarrolla la metodología para la evaluación de las tecnologías referentes a las EH.

Debido a que la aplicación de los criterios en primera instancia privilegian las tecnologías relacionadas con las patologías que mayor aporte realizan a la carga de la enfermedad y el perfil epidemiológico, es necesario realizar y desarrollar una metodología que permita evaluar y priorizar las tecnologías en salud relacionadas con aquellas patologías que no representan un mayor aporte a los criterios reseñados.

El Ministerio de Salud y Protección Social en febrero de 2014 anunció que en la actualización integral de 2015 se abordaría el tema de enfermedades huérfanas en virtud del principio de equidad, ya que en 2013 la actualización integral había priorizado las enfermedades de carácter general<sup>221</sup>.

Así, el primer paso fue identificar las enfermedades huérfanas que con mayor frecuencia se presentan en Colombia, a partir del censo de los pacientes que en el país sufren de estos padecimientos de baja representación. Posteriormente, se acogieron los siguientes criterios de priorización para evaluar previo consenso con las sociedades y las asociaciones de usuarios, la importancia de las ayudas diagnósticas estándar de oro No POS respecto a: (i) el valor agregado de incluir en el POS la TS en relación con las otras tecnologías nominadas; (ii) la utilidad de la ayuda diagnóstica estándar de oro para la identificación de varias patologías; y (iii) establecer si estas tienen tratamiento y si el diagnóstico temprano mejora los resultados en salud.

La metodología para la actualización se centró en identificar las tecnologías en salud, ayudas diagnósticas, “estándar de oro” no incluidas en el Plan de Beneficios para las enfermedades huérfanas. Este proceso involucró expertos de 5 sociedades científicas y 5 delegados que representaron a 42 asociaciones de usuarios de enfermedades huérfanas. Como producto de su participación se identificaron 126 tecnologías estándar de oro para su posible inclusión al POS, identificando 16 de ellas no cubiertas en el

---

<sup>221</sup> Esta iniciativa tuvo como punto de partida lo establecido en la Ley 1392 de 2010 “Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores” que ordenó en el artículo 6 numeral 2. “Evaluar y definir a través del proceso definido con la Comisión de Regulación en Salud (CRES), los servicios de pruebas diagnósticas que es necesario incluir en el plan de beneficios con su respectivo ajuste de UPC, para que las aseguradoras de planes de beneficios puedan garantizar el estudio y diagnóstico”.

Plan de Beneficios. Una vez surtido el proceso de evaluación por parte del IETS se incluyeron en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC las 10 tecnologías reportadas en la ETES como útiles para el diagnóstico.

Se acogió dados los resultados de las evaluaciones de tecnologías en salud reportados por el IETS de las Ayudas Diagnósticas estándar de oro para EH.

TECNOLOGÍA	PATOLOGÍAS	ORDEN	RESULTADO DE LA EVALUACIÓN	
			UTILIDAD DIAGNÓSTICA	AIP <sup>222</sup>
ANTICUERPOS CIRCULANTES	DERMATITIS HERPETIFORME	1	SI	SI
CUANTIFICACIÓN DE ENZIMAS EN LEUCOCITOS PARA MUCOPOLISACARIDOS (Iduronato 2 sulfato sulfatasa)	MUCOPOLISACARIDOS TIPO 2	2	SI	SI
CUANTIFICACIÓN DE ENZIMAS EN LEUCOCITOS PARA MUCOPOLISACARIDOS (Galactosamina 6 sulfato sulfatasa)	MUCOPOLISACARIDOS TIPO 4			SI
FOTOPARCHE	URTICARIA SOLAR	5	SI	SI
ANTICUERPOS ANTI NMO (ACUAPORINA 4).	ENFERMEDAD DE DEVIC O NEUROMIELITIS ÓPTICA	7	SI	SI
GLUCOCEREBROSIDASA	ENFERMEDAD DE GAUCHER	9	SI	SI
PANEL DE ANTICUERPOS	DERMATOMIOSITIS	3	NO EVIDENCIA. EL DIAGNÓSTICO SE HACE CON BIOPSIA MUSCULAR QUE ES POS	SI
VOLÚMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFÍA	FIBROSIS PULMONAR IDIÓPÁTICA	4	NO	SI
ANTICUERPO ANTICITRULINA (ANTI-CCP)	REUMATISMO PSORIASICO	6	NO	SI
HLA-15, HLA-108, HLA 105, HLA-109, HLA-119	ENFERMEDAD DE BEHCET	8	NO EVIDENCIA. EL DIAGNÓSTICO SE HACE CON LOS CRITERIOS CLÍNICOS	SI
CAPILAROSCOPIA	ESCLEROSIS SISTEMICA CUTANEA LIMITADA, DIFUSA, CREST.	10	SI	SI
ANTICUERPOS CONTRA RECEPTORES DE ACETILCOLINA (ACRA)	MIASTENIA GRAVE	14	SI	SI
ESTUDIOS GENÉTICOS DE LOS CROMOSOMAS 14, 23 Y 1.	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AUTOSÓMICA DOMINANTE DE APARICION TEMPRANA	15	SI	NO
ANTICUERPOS CIRCULANTES	PÉNFIGOS	11	NO	NO

<sup>222</sup> Análisis De Impacto Presupuestal

ANTICUERPOS CIRCULANTES	EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA ADQUIRIDA	12	NO	NO
ANTICUERPOS CIRCULANTES	DERMATOSIS POR IgA lineal	13	NO	NO

En el desarrollo de la metodología para la identificación, selección y ordenamiento para evaluación de ayudas diagnósticas para enfermedades de baja prevalencia y resultados de su aplicación, se realizaron varios espacios de participación ciudadana desde la nominación o datos preliminares del censo de pacientes de Enfermedades Huérfanas en Colombia (patologías y personas que la padecen) y con dicha información se decidió avanzar con el fin de poder identificar las tecnologías en salud para posterior selección, ordenamiento y evaluación.

Se convocó por escrito y en cabeza de cada presidente a las sociedades científicas relacionadas con las enfermedades huérfanas identificadas en la etapa 1<sup>223</sup>, para que las mismas delegaran a los expertos que debían asistir a las consultas respectivas. Posteriormente, se realizaron consensos para la identificación y validación de las ayudas diagnósticas de enfermedades huérfanas con los expertos, de acuerdo a cada especialidad.

Una vez identificadas y validadas las ayudas diagnósticas no cubiertas por el POS vigente en la Resolución 5521 de 2013 mediante consenso de expertos especialistas, se desarrolló la Fase de Sondeo de Preferencias tanto de la comunidad médica como de los usuarios de las asociaciones de Enfermedades Huérfanas, para efectos de llegar a un ordenamiento o priorización de las mismas para su evaluación y adelantar un análisis de prevalencia.

Acto seguido al consenso de especialistas en la identificación o nominación de TS, realizó un sondeo de preferencia por parte de los especialistas participantes con el fin de obtener un ordenamiento o priorización para evaluar a través de la valoración de la importancia de las ayudas diagnósticas estándar de oro No POS en relación con: (i) el valor agregado de incluir en el POS la TS en relación con las otras tecnologías nominadas; (ii) La utilidad de la ayuda diagnóstica estándar de oro para la identificación de varias enfermedades; (iii) la patología tiene tratamiento y si el diagnóstico temprano mejora los resultados en salud.

Este paso se adelantó a través de una consulta a las agremiaciones de pacientes que hacen parte de la Mesa de Enfermedades Huérfanas con el objetivo de realizar un ordenamiento para evaluar de las ayudas diagnósticas estándar oro para enfermedades huérfanas identificadas por los expertos de las sociedades científicas.

### **9.1.3.2. Resultados.**

Cumplido el análisis de resultados de las valoraciones o calificaciones dadas tanto por la comunidad médica como por los usuarios, así como de otras variables a tener en cuenta, para llegar al ordenamiento final de las TS a evaluar para su posible inclusión al POS, los resultados fueron:

<sup>223</sup> (identificación de Enfermedades Huérfanas con mayor frecuencia en Colombia)

TECNOLOGÍA	PATOLOGÍAS	ORDEN
ANTICUERPOS CIRCULANTES	DERMATITIS HERPETIFORME	1
CUANTIFICACIÓN DE ENZIMAS EN LEUCOCITOS PARA MUCOPOLISACARIDOSIS	MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO 2	2
CUANTIFICACIÓN DE ENZIMAS EN LEUCOCITOS PARA MUCOPOLISACARIDOSIS	MUCOPOLISACARIDOSIS NO ESPECIFICADA	3
PANEL DE ANTICUERPOS	DERMATOMIOSITIS	4
VOLÚMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFÍA FOTOPARCHE	FIBROSIS PULMONAR IDIÓPATICA	5
	URTICARIA SOLAR	6
ANTICUERPOS ANTI NMO (ACUAPORINA 4).	ENFERMEDAD DE DEVIC O NEUROMIELITIS ÓPTICA	7
ANTICUERPO ANTICITRULINA (ANTI-CCP)	REUMATISMO PSORIASICO, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL, POLIARTRITIS FACTOR REUMATOIDE NEGATIVO	8
ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	DERMATOMIOSITIS	9
(HLA-ECA-15) , HLA-108, HLA 105, HLA-109, HLA-119	ENFERMEDAD DE BEHCET	10
GLUCOCEREBROSIDASA	ENFERMEDAD DE GAUCHER	11
GLUCOCEREBROSIDASA	ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO 1	12
CAPILAROSCOPIA	ESCLEROSIS SISTEMICA CUTANEA LIMITADA, DIFUSA, CREST.	13
ESTUDIO PARA ENFERMEDADES	DISTONÍA NO ESPECIFICADA	14
MITOCONDRIALES ANTICUERPOS CIRCULANTES	PÉNFIGOS	15
ANTICUERPOS CIRCULANTES	EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA	16
ANTICUERPOS CIRCULANTES	DERMATOSIS POR IgA lineal	17
ESTUDIO PARA ENFERMEDADES	DISTONÍA NO ESPECIFICADA	18
ANTICUERPOS CONTRA RECEPTORES DE ACETILCOLINA (ACRA)	MIASTENIA GRAVE	19
ESTUDIOS GENÉTICOS DE LOS CROMOSOMAS 14, 23 Y 1.	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AUTOSÓMICA DOMINANTE DE APARICIÓN TEMPRANA	20
SUERO AUTÓLOGO	URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA	21

### 9.1.3.3. Verificación en concreto de la participación ciudadana en la nominación y criterios de participación en enfermedades huérfanas.

En cuanto a la metodología para la identificación, selección y ordenamiento para evaluación de ayudas diagnósticas para enfermedades de baja prevalencia (huérfanas o raras), se realizaron varios espacios de participación ciudadana desde la nominación o datos preliminares del Censo de Enfermos de Enfermedades Huérfanas en Colombiano (patologías y personas que la padecen) y con dicha información se procedió a identificar las tecnologías en salud para posterior selección, ordenamiento y evaluación<sup>224</sup>. En concreto se cumplió con el siguiente plan de acción:

<sup>224</sup> Se convocó a cada presidente a las sociedades científicas relacionadas con las enfermedades huérfanas identificadas en la etapa 1, para conformar una delegación de expertos para asistir a las consultas respectivas y de esta manera establecer la metodología a seguir.

- i) Identificación y validación de las ayudas diagnósticas de enfermedades huérfanas con los expertos de acuerdo a cada especialidad.
- ii) Una vez identificadas y validadas mediante consenso de expertos especialistas las Ayudas Diagnósticas no cubiertas por el POS vigente (Resolución 5521 de 2013), se desarrolló la Fase de Sondeo de Preferencias tanto de la comunidad médica como de las asociaciones de Enfermedades Huérfanas, para efectos de llegar a un ordenamiento o priorización de las mismas para su evaluación.
- iii) Posteriormente se realizaron análisis de prevalencia.
- iv) Una vez identificada o nominada la tecnología en salud, se adelantó un sondeo de preferencia por parte de los especialistas con el fin de obtener un ordenamiento o priorización para evaluar a través de la valoración de la importancia de las ayudas diagnósticas estándar oro No POS en relación con: *a)* El valor agregado de incluir en el POS la Tecnología en Salud -TS- en relación con las otras tecnologías nominadas; *b)* la utilidad de la ayuda diagnóstica estándar de oro para la identificación de varias patologías; *c)* la patología tiene tratamiento y si el diagnóstico temprano mejora los resultados en salud.
- v) Posteriormente, se llevó a cabo una consulta a las agremiaciones de pacientes que hacen parte de la Mesa de Enfermedades Huérfanas con el objetivo de realizar un ordenamiento para evaluar de las ayudas diagnósticas estándar oro para enfermedades huérfanas identificadas por los expertos de las sociedades científicas.
- vi) Se adelantó un análisis de resultados de las calificaciones dadas tanto por la comunidad médica y los usuarios, para llegar al ordenamiento final de las tecnologías a evaluar para su posible inclusión al POS.

Este proceso solamente involucró expertos de 5 sociedades científicas y 5 delegados que representaron a 42 asociaciones de usuarios de enfermedades huérfanas. Posteriormente, se acogieron los criterios de priorización para evaluar previo consenso con las sociedades y las asociaciones de usuarios.

Se convocaron en especial a las comunidades científicas y asociaciones de usuarios que en criterio del Ministerio resultaban más representativas. No obstante, la Corte advierte que no se vinculó o al menos permitió la participación a los usuarios y pacientes individualmente considerados, para que pudieran expresar sus inquietudes y presentar sus aportes en relación con estos padecimientos de baja representación.

En este punto, para la Sala Especial de Seguimiento es importante la intervención de la mayor cantidad posible de interesados en los asuntos a abordar, con la posibilidad de que su interpelación se pueda efectuar sin intermediarios. En esa medida se debió proveer a los interesados de los datos y/o documentos necesarios para cumplir con una participación plural, representativa, activa y eficaz, que influya de manera directa en la toma de decisiones sobre la política pública, como debe ocurrir con los procesos de participación desarrollados en las enfermedades de mayor representación nacional atendiendo al perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad de los colombianos.

Si bien se dio un avance no se brindaron todas garantías para la participación de la sociedad civil de manera individual, como sí se ha pretendido en el desarrollo de las patologías que mayor aporte hacen a la carga de la enfermedad y el perfil epidemiológico nacional, lo que muestra una inequidad en el manejo de estas, cuando el fin último es la de intervención de la ciudadanía en pro de garantizar la igualdad de los participantes.

En consecuencia, la Sala concluye que en este caso se presenta un **nivel de cumplimiento medio**, dado que no existen condiciones efectivas para establecer que la participación en el proceso de inclusión de enfermedades huérfanas en el plan obligatorio de salud abarca todos los actores del sistema, puesto que dejó de lado la posibilidad de intervención de las personas de manera individual, lo que lo termina constituyendo en un proceso al margen del derecho a la igualdad real y efectiva. Así las cosas, aunque se adoptaron medidas tendientes a alcanzar la participación en este punto y además se presentaron los resultados respectivos, estos no son suficientes sino que se muestran parciales para superar la falla estructural que dio origen a la orden objeto de supervisión.

#### 9.1.4. Socialización del Plan de Beneficios.

##### 11.1.4.1. Medida y resultados.

En este punto se advierte que actualmente se está desarrollando el proceso de socialización de la Resolución 5592 del 2015 y la Resolución 4678 de 2015, se han capacitado 1338 usuarios.

SOCIALIZACIÓN RESOLUCIÓN 5592 DE 2015 ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC	
EVENTO	NÚMERO DE ASISTENTES
FONDOS	55
ACEMI	20
EPS	136
IPS	160
FUNCIONARIOS MINSALUD	102
USUARIOS	130
CAPITAL SALUD	80
ACESI-ACHC	99
SUPERSALUD	60
ANDI	57
COMUNIDAD MEDICA	35
AFIDRO	24
SANTA MARTA	149
YOPAL	84
POPAYÁN	147
<b>TOTAL</b>	<b>1338</b>

Adicionalmente, se dispone de una herramienta POS Pópuli, para la consulta de coberturas del Plan Obligatorio de Salud actualizado. Está es una herramienta a través de la cual se busca permitir elevar consultas acerca de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, por medio de dos aplicativos **POS Pópuli web** (consulta de contenidos del POS de manera virtual) y **POS Pópuli móvil** (consulta de medicamentos POS desde el celular).

El Ministerio elaboró un cronograma de la socialización de Resolución 5592 de 2015 y del POS Populi, a través de eventos presenciales dirigidos a los diferentes actores del SGSSS, así:



inquietudes e inconformidades a partir de las cuales se construyan las medidas a implementar por parte del ente rector.

En este orden de ideas, la Corte Constitucional carece de elementos que le permitan establecer por una parte si los dos aplicativos POS Pópuli web y POS Pópuli móvil cumplen con dicho objetivo y si además los eventos presenciales programados alcanza a llevar a toda la comunidad la información sobre el resultado final del proceso de actualización, para de esta manera determinar si existe correspondencia entre los aportes de la sociedad civil y las determinaciones adoptadas por la entidad reguladora. Esto no implica, *per se*, que la administración deba aceptar todos los aportes o las objeciones planteadas por la comunidad, pero sí debe haber un balance final en el que se expongan todos los planteamientos recibidos y dé a conocer, razonadamente, cuáles de ellos se tomaron en cuenta y cuáles no al momento de fijar o modificar la canasta de servicios cubiertos por el POS.

Entonces, ante la ausencia de resultados que lleven a establecer si en este caso se cumple con el objetivo de permitir la participación ciudadana a través de la socialización del plan obligatorio de salud, la Sala Especial de Seguimiento declara un **nivel de cumplimiento bajo**.

## **9.2. Procedimiento respecto de las tecnologías en salud incluidas y excluidas en el plan de beneficios.**

Previo a abordar este análisis, es importante reiterar que con la expedición de la Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, se estableció una nueva forma de actualización del POS basado en un sistema de exclusiones, esto es, que en principio el sistema cubre todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios, de esta manera se pretende garantizar el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas (art. 15).

En esta medida este nuevo esquema resulta congruente con un concepto del servicio de salud, en el cual la inclusión de todos los servicios, tecnologías y demás se constituye en regla y las exclusiones en la excepción. Es así como la Corte ha entendido que si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas<sup>225</sup>.

Ahora bien, de cara a la forma en que se cumplió el proceso de actualización de la Resolución 5592 de 2015, es decir, un proceso a través de inclusiones explícitas. En este contexto, se atenderá a lo dispuesto en la sentencia T-760 de 2008, donde la Corte Constitucional ordenó al ente rector encargado de elaborar los planes de beneficios definir con claridad (i) cuáles son los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios; (ii) cuáles son los servicios que están excluidos así como aquellos que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas; (iii) decidir qué servicios pasan a ser suprimidos

---

<sup>225</sup> Ver sentencia C-313 de 2014.

de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión.

### 9.2.1. Inclusión de tecnologías en salud dentro del plan de beneficios.

En relación con los objetivos y metodologías sobre este aspecto, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en la sesión del 23 de mayo de 2013 recomendó avanzar hacia un plan implícito, desarrollar los agrupamientos en medicamentos y procedimientos y fortalecer la participación directa y efectiva de usuarios y actores.

En virtud de lo anterior, en la sesión del 10 de diciembre de 2015, se planteó que el objetivo para el 2015 fuera el de actualizar integralmente el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC y de esta manera garantizar el derecho fundamental a la salud y su goce efectivo, con el fin de: (i) mejorar la gestión del sistema; (ii) asegurar más opciones terapéuticas a los pacientes y médicos (disponibilidad y acceso); (iii) otorgar a los profesionales de la salud un portafolio amplio y mejorar su gestión; (iv) disminuir las barreras de acceso por falta de coherencia entre el detalle del contenido del plan de beneficios y la definición y objetivo de la cobertura; (v) incluir en el plan de beneficios las ayudas diagnósticas -estándar de oro- para enfermedades huérfanas, aplicando el principio de equidad; y (vi) aclarar el POS realizando análisis médico y aplicando el artículo 132 de la resolución 5521 de 2013<sup>226</sup>.

A partir de ello, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud conformó un grupo técnico interdisciplinario e interinstitucional que trabajó durante el transcurso del año 2015 en el desarrollo de los contenidos que se llevan al seno de dicha comisión. Las instituciones que participaron son el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación, el IETS y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para lograr los objetivos trazados se mantuvieron las metodologías y herramientas específicas tendientes a aumentar las posibilidades terapéuticas para la prestación de servicios a los afiliados al SGSSS y avanzar hacia un plan implícito.

En el proceso de actualización del POS que se surtió en el año 2015 se estudiaron nuevas tecnologías en salud, a partir de aquellas que resultaron seguras y efectivas se incluyeron al POS 10 en salud, 1 ampliación y se realizaron aclaraciones de medicamentos y de procedimientos. El Ministerio presentó: (i) un cuadro resumen comparativo de la actualización integral del POS de las vigencia de 2013 y 2015; y (ii) las tecnologías incluidas y aclaradas de la vigencia de 2015.

Resolución 5521 de 2013		Resolución 5592 de 2015	
Detalle	Cantidad	Detalle	Cantidad
Inclusión medicamentos	43	Inclusión medicamentos	1
Inclusión procedimientos	6	Inclusión procedimientos	10
Inclusión dispositivos	2	Inclusión dispositivos	0
Aclaración procedimientos	279	Aclaración procedimientos	268
Aclaración medicamentos	268	Aclaración medicamentos	229

<sup>226</sup> Artículo 132. *“Reconocimiento de tecnologías no incluidas en el POS. En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativas a las cubiertas en el POS, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en el POS, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificadas por el Invima o la respectiva autoridad competente”.*

Agrupación medicamentos	5	Agrupación medicamentos sin VRM	6
		Agrupación medicamentos con VRM	6
		Aclaración medicamentos por Art. 132	27

A partir de lo descrito, se procede a desarrollar los diversos aspectos que fueron tenidos en cuenta para alcanzar la actualización integral del plan de beneficios, así: (i) tecnologías estándar de oro para enfermedades huérfanas; (ii) definición de subgrupos de medicamentos por clasificación terapéutica, farmacológica o química y cálculo de valor de reconocimiento; y (iii) inclusión a partir de la lista de medicamentos esenciales (LME) de la Organización Mundial de la Salud -OMS.

## **A. Tecnologías estándar de oro para enfermedades huérfanas a incluir en el Plan de Beneficios 2015**

### **1. Medidas.**

Teniendo en cuenta que la aplicación de los criterios en primera instancia privilegian las tecnologías relacionadas con las patologías que mayor aporte realizan a la carga de la enfermedad y el perfil epidemiológico, se hizo necesario realizar y desarrollar una metodología para evaluar y priorizar las tecnologías de baja representación (enfermedades huérfanas o raras). Para este fin, el Ministerio de Salud y Protección Social organizó y puso en funcionamiento la Mesa de Enfermedades Huérfanas desde el año 2013, para dar respuesta a las necesidades en salud e inquietudes de las personas que padecen este tipo de enfermedades.

En el mes de febrero 2014, la Mesa fue convocada para proponer el Plan de Acción del año para la posible inclusión de Ayudas Diagnósticas respecto de este tipo de padecimientos, en cabeza de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (DRBCT), tomando como punto de partida un censo de los pacientes que en Colombia están padeciendo este tipo de enfermedades.

A partir del Listado de enfermedades Huérfanas censadas, y los pacientes reportados se adelantó un proceso en dos etapas con el fin de determinar la identificación, selección y ordenamiento de las Ayudas Diagnósticas “Estándar de Oro” a evaluar.

Una vez se obtuvieron los datos preliminares del censo de enfermedades huérfanas se desarrollaron las siguientes etapas: i). Se seleccionan las patologías que concentren el 80% de la frecuencia de los pacientes censados; ii) agrupación de las enfermedades o patologías por especialidades; y iii) identificar las especialidades afines a las enfermedades huérfanas seleccionadas, para adelantar consultas a expertos para la identificación y validación.

Para la identificación de las Ayudas Diagnósticas Estándar de Oro para las Enfermedades Huérfanas más frecuentes mediante Consenso de Expertos Especialistas, se tuvieron en cuenta las siguientes variables: (i) la patología; (ii) ayudas diagnósticas; (iii) si la ayuda es POS o no POS; (iv) si existe un tratamiento disponible; y (v) la esperanza de vida.

Una vez identificadas y validadas mediante consenso de expertos especialistas las Ayudas Diagnósticas no cubiertas por el POS vigente (Resolución 5521 de 2013), se desarrolla la Fase de Sondeo de Preferencias tanto de la comunidad médica como de los de las asociaciones de usuarios de Enfermedades Huérfanas, para efectos de llegar a un

ordenamiento o priorización de las mismas para su evaluación, donde se tiene en cuenta: (i) El valor agregado de incluir en el POS la TS en relación con las otras tecnologías nominadas; (ii) la utilidad de la ayuda diagnóstica estándar de oro para la identificación de varias patologías; y (iii) si la patología tiene tratamiento y si el diagnóstico temprano mejora los resultados en salud. Cumplido lo anterior se llega a un ordenamiento final de las TS a evaluar para su posible inclusión al POS.

Una vez organizados los datos de cada una de las ayudas diagnósticas No POS sometidas a los sondeos de preferencia ya descritos, se procede por el equipo estadístico a normalizar cada una de las variables siguientes:

- Porcentaje de la población atribuible a cada enfermedad Huérfanas o su distribución en la base de datos.
- La calificación dada por los Expertos en el consenso.
- La calificación total del sondeo de preferencias de los usuarios delegados de las asociaciones,
- El monto de valor aprobado de las Tecnologías Ayudas de la Base de recobros.

## **2. Resultados.**

Según las evaluaciones efectuadas y el análisis de validez diagnóstica de las tecnologías en salud estudiadas para las Enfermedades Huérfanas, de acuerdo a los resultados descritos en la Tabla anterior tenemos lo siguiente:

- No se encontró evidencia que permita concluir la validez diagnóstica para 5 tecnologías,
- No hay evidencia de validez diagnóstica para 2 tecnologías.
- 9 tecnologías estarían para su posible inclusión al POS una vez se adelantes todos los análisis económicos y de impacto presupuestal, proceso de participación ciudadana y toma de decisión.

### **B. Definición de subgrupos de medicamentos por clasificación terapéutica, farmacológica o química y cálculo de valor de reconocimiento.**

#### **1. Medidas.**

Este esquema busca agrupar medicamentos con características similares incluidos en el POS junto con medicamentos No POS del mismo grupo terapéutico, farmacológico o químico, con los cuales compartan características terapéuticas y poder establecer de esta forma un único valor de reconocimiento para los integrantes de dicho grupo, teniendo en cuenta que si un medicamento ofrece algún tipo de valor agregado desde el punto de vista de resultados terapéuticos o clínicos traducido en un diferencial de precio frente a otros del grupo, no se puede incluir en la agrupación.

##### *i) Estrategias formuladas.*

- *Instrumentos para la regulación de precios de medicamentos y monitoreo del mercado.* Se analizan los precios de mercado de cada uno de los medicamentos incluidos en el POS junto con medicamentos No POS del mismo grupo terapéutico, farmacológico o químico en todas sus concentraciones disponibles en Colombia.
- *Adecuación de la oferta de medicamentos a las necesidades de salud nacional y regional.* Permite mayor oferta de opciones terapéuticas para la atención de los pacientes, evitando la demora en la dispensación de medicamentos cuando un medicamento de un grupo

específico o una concentración no se ajusta a la descrita explícitamente en el listado del POS.

- *Desarrollo e implementación de programas especiales de acceso a medicamentos.* Permitir que se disponga de un mayor abanico terapéutico al que los pacientes y prescriptores pueden disponer.
  - *Uso racional de medicamentos.* Se previenen en cierto sentido problemas de sobre o subdosificación al no disponer de un principio activo o una concentración requerida según la patología y el perfil propio de cada paciente como edad, peso y otras características como aclaramiento renal o cualquier otra sintomatología que impida el uso de un principio activo o una dosis estándar.
  - Autonomía del cuerpo médico al ofrecer mayores opciones en el momento de escoger la terapia farmacológica a instaurar en sus pacientes.
- ii) *La construcción de cada grupo farmacoterapéutico o subgrupo está basada en la definición de tres tipos de agrupaciones:*
- Agrupación tipo I: En este tipo de agrupaciones se consideran medicamentos empleados para una misma patología cuyos efectos terapéuticos sean comparables y estén aprobados por el Invima para la misma indicación.
  - Agrupación tipo II: En este escenario se incluyen medicamentos que sean similares, ya sea desde el punto de vista estructural (químico) o con propiedades farmacológicas similares: mecanismo de acción, farmacocinética. Deben estar aprobados para la misma indicación por el Invima.
  - Agrupación tipo III: Este es el escenario más sencillo en donde se consideran medicamentos que tengan el mismo principio activo, para la misma indicación aprobada por Invima y con vías de administración similares.

iii) *Metodología para la estimación de valor por grupo.*

La metodología para estimar el valor del grupo parte de la información que se ha recolectado en la primera fase y se resume en los siguientes pasos: 1. Búsqueda de información de precios de medicamentos; 2. Estimación de valores por unidad mínima del medicamento (mcg, mg, ml, UI, etc); 3. Definición de la variable precios y análisis estadístico; y 4. Decisión de valor de grupo.

En desarrollo de los pasos descritos, en la primera fase se analizaron las formas farmacéuticas sólidas no estériles de administración oral mediante agrupación por código ATC<sup>227</sup> a quinto nivel permitiendo la aclaración de ellas en el listado del POS, en lo referente a que se consideran cubiertas todas las concentraciones de cada medicamento. Posteriormente, se desarrolló la segunda fase para la actualización integral del POS año 2015, en cuanto al análisis y aclaración de concentraciones de medicamentos con forma farmacéutica sólida o líquida estéril de administración parenteral que son cobertura del Plan Obligatorio de Salud en lo referente a concentración y forma farmacéutica.

---

<sup>227</sup> ATC: acrónimo de Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system. Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química de la Organización Mundial de la Salud. Es un índice de sustancias farmacológicas y medicamentos, organizados según grupos terapéuticos. El código recoge el sistema u órgano sobre el que actúa el efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química del fármaco.

El análisis se realizó para aclarar la cobertura de diferentes concentraciones en cada uno de los 268 ítems o filas del listado de medicamentos del POS o las diferentes equivalencias que se consideran cubiertas por el POS al presentarse un principio activo como polvo estéril para inyección y se encuentren disponibles en el mercado farmacéutico colombiano otras concentraciones cuya forma farmacéutica sea por ejemplo solución inyectable del mismo principio activo, para la misma indicación.

Los pasos que se desarrollaron fueron: (i) revisión de los principios activos con forma farmacéutica líquida o sólida estéril de administración parenteral incluidos en la Resolución 5521 de 2013<sup>228</sup>, que tienen autorización de comercialización en Colombia; (ii) revisión del mercado farmacéutico; (iii) elaboración de cálculos propios de la metodología; (iv) revisión de la distribución de frecuencias en ventas reportadas en el Sistema de información de Precios de Medicamentos -SISMED y (v) consolidación de resultados y presentación a la Comisión Asesora de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

## **2. Resultados.**

Los resultados generales de las actualizaciones integrales se centraron en aclarar aspectos como la puerta de entrada, salud mental, urgencia, atención domiciliaria, y en priorizar la atención de enfermedades crónicas, enfermedades huérfanas y la atención de los niños, que son visibles en la implementación de las decisiones regulatorias. En el cuadro 2 se muestra el número de aclaraciones e inclusiones al plan de beneficios financiado en forma agregada.

INCLUSIONES				
Año	Procedimientos	Principios activos	Dispositivos	Total
2010	2	2		4
2011	44	69	6	119
2012	1	1		2
2013	5	56	2	63
2015	10	1		11
2016	62	129	8	199
ACLARACIONES				
Año	Procedimientos	Medicamentos	Dispositivos	Total
2013	279	268	0	547
2015	268	229	0	497
Total	547	497	0	1044

\*El 75% del plan de beneficios con corte a 2015 es implícito a nivel de concentraciones, y cuenta con 12 grupos de medicamentos.

Se avanza decididamente hacia un plan de beneficios de forma implícita.

\*\*Las actualizaciones de 2013 y 2015 se realizaron desde la perspectiva de principio activo, agrupamientos y comparadores.

\*\*\* En 2015 se debe incluir 27 principios activos correspondientes a la aplicación del artículo 132 de la resolución 5521 de 2013. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Además se: (i) amplió la cobertura de leche maternizada para niños de madres con VIH de 6 a 12 meses; (ii) realizaron 6 agrupamientos de medicamentos por Principio Activo

<sup>228</sup> Se hizo referencia a la Resolución 5521 de 2013, por cuanto se inició este estudio en Julio de 2014 cuando aún se encontraba vigente la mencionada norma, sin embargo aplica perfectamente para la Resolución 5926 de 2014.

y forma farmacéutica; y (iii) eliminaron las concentraciones para las tabletas e inyectables. El 75% del Plan de beneficios hoy no tiene concentraciones.

### **C. Inclusión a partir de la lista de medicamentos esenciales (LME) de la Organización Mundial de la Salud -OMS.**

#### **1. Medidas.**

Por disposición legal el plan de beneficios debe actualizarse integralmente cada 2 años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico, la carga de enfermedad de la población, la disponibilidad de recursos, el equilibrio y los medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del POS. Esta disposición legal encuentra relación con la recomendación de la OMS para que cada país realice su propio listado de medicamentos esenciales y dicha lista sea una guía para lograr los fines previstos. En estas condiciones, las recomendaciones hechas por ese organismo internacional se constituyen en un referente a nivel mundial pero su adecuación depende de la morbilidad, unos sistemas de salud, la oferta farmacéutica y las condiciones económicas de los diferentes países que lo adopten.

De acuerdo a lo dispuesto en el Auto 226 de 2011, en los procesos de actualización es indispensable tener en cuenta la lista modelo de medicamentos esenciales (LME) más reciente de la OMS. Es así como, el Ministerio desarrolló un análisis comparativo entre el listado de medicamentos esenciales en su versión número 19 y la estructura final de la Resolución 5521 de 2013, sobre las nuevas tecnologías incluidas, revisando además cada uno de los principios activos del LME no cubiertos por el plan de beneficios, determinando las razones por las cuales no se han incluido en el POS (registro sanitario vencido, sin registro en el país en una determinada forma farmacéutica, concentración y combinación) y finalmente se identificó un listado de posibles tecnologías a analizar, las cuales tienen otras alternativas terapéuticas amplias y suficientes en la Resolución 5521 de 2013.

Destacó que Colombia tiene en su plan de beneficios todos los medicamentos esenciales de la OMS o cuenta con alternativas terapéuticas en el plan de beneficios (excepto aquellos que están asociados a enfermedades no existentes en el país). Para realizar la comparación de los medicamentos incluidos o excluidos en el 2015 de los dos listados se utilizó la metodología de la siguiente manera:

- Identificación del número de medicamentos incluidos en cada listado, por principio activo, concentración y forma farmacéutica.
- Identificación de los medicamentos de la LME que no tienen registro de la autoridad competente para comercialización en el país, empleando como fuente la base de Registros Sanitarios entregada a la Dirección con corte a marzo 31 de 2015, por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - Invima-.
- Comparación de la cobertura de los medicamentos incluidos en el listado modelo de medicamentos esenciales de la OMS, con el listado de medicamentos cubiertos por el POS.
- Identificación de las sustancias, dispositivos médicos, alimentos que hacen parte del cualquiera de los listados y que no pueden ser objeto de comparación dado el sistema de cobertura de beneficios en el país.

## **2. Resultados.**

Durante el año 2015 el Comité de Expertos para la selección y uso de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud se reunió con el fin de actualizar el listado número 18 de medicamentos esenciales. En el proceso de actualización el Comité evaluó evidencia científica comparativa relacionada con la eficacia, seguridad y costo-eficacia, en dicha actualización se adicionaron 36 medicamentos al listado de medicamentos esenciales. Incluyendo tratamientos para el cáncer, hepatitis, tuberculosis, entre otras.

El Ministerio además aclaró que por ser la lista modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS una fuente de evidencia sobre medicamentos costo-efectivos y que debe ser considerada como una guía para la elaboración del listado de medicamentos de cada país, se realizó la comparación de aquellos teniendo en cuenta el principio activo de cada uno. Lo anterior debido a que la oferta farmacéutica de cada país es diferente y no todos los principios activos del LME se encuentran cubierto por el POS en la misma concentración y forma.

	<b>LME 18 edición</b>	<b>POS Res. 5521 de 2013</b>
Número de medicamentos	793	708
Número de principios activos	367	515

	<b>LME 19 edición</b>	<b>POS Res. 5926 de 2014</b>
Número de medicamentos	506	710

Al realizar la comparación de los medicamentos enunciados encontró que el Plan Obligatorio de Salud cuenta con 304 de los 410 que están incluidos en el catálogo de los Esenciales de la OMS en su versión 19 y que a su vez se encuentran registrados en el país.

Adicionalmente, explicó que debido a la diferente oferta farmacéutica en el país se logró identificar que 208 de los fármacos tienen igual concentración y forma en el POS, los 96 restantes presentan alguna variación en los anteriores aspectos, sin embargo no interfiere con la indicación de los medicamentos.

A su vez, 106 medicamentos no se encuentran incluidos en el POS, no obstante todas las patologías a tratar con estos cuentan con alternativas terapéuticas en el plan.

Para el caso del listado de medicamentos esenciales de niños se encontró que está conformado por 339 medicamentos y hemoderivados de los cuales 69 se encuentran sin registro sanitario en el país, por lo cual se realiza el análisis con los 270 restantes, 202 de ellos están incluidos en el POS con las mismas características que el listado de medicamentos esenciales de adultos y 68 medicamentos de este listado que no se encuentran cubiertos por el POS, aunque cuentan con alguna alternativa terapéutica.

Detalle del listado		Número de medicamentos
<b>I.</b>	Clasificación por disponibilidad de registro sanitario vigente en Colombia	
	a) Medicamentos del LEM con registro sanitario en el Colombia	410
	b) Medicamentos del LEM sin registro sanitario en el Colombia	87
<b>II.</b>	Medicamentos del LME que se encuentran incluidos en el POS	
	a) Medicamentos del LME incluidos en el POS con igual concentración y forma farmacéutica	208
	b) Medicamentos del LME incluidos en el POS con diferente concentración o forma farmacéutica	96
<b>III.</b>	Medicamentos del LME que no se encuentran incluidos en el POS	
	a) Medicamentos que no se encuentran en el POS por cobertura de principio activo, se encuentran Como monofármacos o en combinación a otros principios activos.	106
<b>IV.</b>	Medicamentos del LME para niños	270
	a) Medicamentos del LME incluidos en el POS	202
	b) Medicamentos del LME no incluidos en el POS	68
<b>V.</b>	Sustancias o dispositivos médicos del LEM	
	a) Sustancias	6
	b) Dispositivos médicos	3

**Verificación en concreto de la definición de los servicios incluidos en el plan de beneficios.**

En este aspecto en concreto, la actualización integral del POS abarcó los siguientes aspectos:

i) Se amplió el tiempo de cobertura de la formula láctea para hijos de madres infectadas por VIH de 6 a 12 meses. Esta ampliación de cobertura se realizó con base en la guía de práctica clínica de VIH-SIDA.

ii) Mediante la metodología de agrupación el Ministerio logró la cobertura para 6 subgrupos de medicamentos (mismo principio activo o diferentes principios activos que posean equivalencia química según el quinto nivel la clasificación ATC -Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System de la OMS), se cubrieron más de 35 diferentes principios activos, permitiendo disponer de un mayor arsenal terapéutico para la prescripción a pacientes.

iii) Así mismo, al existir agrupaciones de principios activos a los que se les fija un valor máximo de reconocimiento en la UPC, permite que cualquier principio activo que pertenezca a alguno de los 6 subgrupos con valor máximo de reconocimiento se considere cubierto en el Plan de beneficios. Estos grupos representan a nivel mundial más de 75 principios activos.

iv) Se aclaró la concentración o la forma farmacéutica de 268 medicamentos del POS, lo que permite ampliar la cobertura del plan de beneficios para estos medicamentos en todas las concentraciones registradas en Colombia, aclarando también que se encuentran cubiertas todas las formas de administración parenteral con lo que se avanza hacia un Plan de beneficios implícito descrito por vía de administración y no por una forma farmacéutica específica. A la fecha se ha logrado que el 75% del Plan de Beneficios este de forma implícita a nivel de concentraciones.

v) Se realizaron 27 aclaraciones de principios activos que no se encontraban en el POS y que por ser una alternativa efectiva desde la parte clínica y tener un valor menor o igual por tratamiento a las descritas en el listado del plan de beneficios se consideran ahora cubiertas.

En comparación con la lista modelo de la OMS de medicamentos esenciales, respecto a aquellos incluidos, no incluidos o excluidos del POS 2015, se siguió la siguiente metodología:

- i) Identificación del número de medicamentos incluidos en cada listado, por principio activo, concentración y forma farmacéutica.
- ii) Identificación de los medicamentos de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales -LME que no tienen registro de la autoridad competente para comercialización en el país, empleando como fuente la base de Registros Sanitarios con corte a marzo 31 de 2015, por el Invima.
- iii) Comparación de la cobertura de los medicamentos incluidos en el LME de la OMS, con el listado de medicamentos cubiertos por el POS.
- iv) Identificación de las sustancias, dispositivos médicos, alimentos que hacen parte del cualquiera de los listados y que no pueden ser objeto de comparación dado el sistema de cobertura de beneficios en el país.

Durante el año 2015 el Comité de Expertos para la selección y uso de medicamentos esenciales de la OMS encontró que el Plan Obligatorio de Salud cuenta con 304 de los 410 medicamentos que están incluidos en la LME de la OMS en su versión 19 y aquellos que no se encuentran incluidos en el POS, cuentan con alternativas terapéuticas en el POS.

Para el caso del listado de medicamentos esenciales de niños se encontró que está conformado por 339 medicamentos y hemoderivados de los cuales 69 se encuentran sin registro sanitario en el país, por lo cual se realiza el análisis con los 270 restantes, 202 medicamentos se encuentran cubiertos por el POS con las mismas características que el listado de medicamentos esenciales de adultos y 68 medicamentos de este listado que no se encuentran cubiertos por el POS, sin embargo cuentan con alguna alternativa terapéutica.

En este contexto, la Sala Especial de Seguimiento reconoce la labor adelantada por el Ministerio, no obstante advierte que no existe claridad o justificación que haga alusión a los medicamentos que fueron incluidos sobre otros o por qué se atendió a ellos, así como tampoco se refiere a aquellos que quedaron en lista de espera.

Cabe reiterar, como se explicó con anterioridad, que el derecho a la salud no es absoluto, las limitaciones al derecho deben ser razonables y proporcionales. Por tanto, se debe establecer qué se incluyó y qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, situación que la Corte echa de menos en esta oportunidad.

En este orden de ideas, encuentra necesario la Corte declarar el **nivel de cumplimiento medio**, por cuanto a pesar de que el obligado adoptó las medidas conducentes, reportó los resultados a la Corte y estos muestran avances en la implementación de la política,

dichas mejoras no son suficientes sino que se muestran parciales para superar la falla estructural que dio origen a la orden objeto de supervisión.

### **7.2.2. Servicios de salud excluidos de los planes de beneficios.**

De acuerdo con lo expuesto por el Ministerio, en la actualización del POS 2015 *no se excluyeron* ni se suprimieron tecnologías en salud. Sin embargo, advirtió que para la vigencia de 2015 se precisó en la Resolución 5592 el término de exclusiones, así:

**ARTÍCULO 132. TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS CON CARGO A LA UPC.** Sin perjuicio de las aclaraciones de cobertura del presente acto administrativo, en el contexto del Plan de Beneficios con cargo a la UPC deben entenderse como no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación, aquellas tecnologías que cumplan las siguientes condiciones: **1.** Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad. **2.** Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud. **3.** Servicios no habilitados en el sistema de salud, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros. **4.** Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante. **5.** Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de exclusión señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011.

En este sentido, el mencionado artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 establece:

**ARTÍCULO 154. PRESTACIONES NO FINANCIADAS POR EL SISTEMA.** Son el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, servicios, tratamientos, medicamentos y otras tecnologías médicas que no podrán ser reconocidas con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con el listado que elabore la Comisión de Regulación en Salud –CRES–. Esta categoría incluye las prestaciones suntuarias, las exclusivamente cosméticas, las experimentales sin evidencia científica, aquellas que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano y las que no sean propias del ámbito de la salud. Los usos no autorizados por la autoridad competente en el caso de medicamentos y dispositivos continuarán por fuera del ámbito de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Mientras el Gobierno Nacional no reglamente la materia, subsistirán las disposiciones reglamentarias vigentes.

Entonces, en la actualización del POS 2015 no se excluyeron ni se suprimieron tecnologías en salud, respecto de los planes de beneficio precedentes. Por tanto el ejercicio de valoración en este punto se desarrollará con un enfoque hacia el nuevo sistema de actualización consagrado en la Ley 1751 de 2015.

### **Verificación en concreto de la definición de los servicios excluidos del plan de beneficios.**

Teniendo en cuenta que el Ministerio de Salud y la Protección Social informó que no se había adelantado un proceso de exclusión o supresión de tecnologías en salud, la Sala Especial de Seguimiento no cuenta con suficientes elementos de juicio para adoptar una posición al respecto, no obstante, es de advertir que plantear el sistema de exclusiones a partir de un listado genera y abstracto como lo establece la Resolución 5592 de 2015, termina por generar ambigüedad, ya que queda en manos del prestador determinar qué

aspectos se encuentran descritos en las causales señaladas en el plan de beneficios, por lo que se mantiene la problemática advertida por la Corte Constitucional.

Al respecto, se reitera que los artículos 2° y 49 de la Carta, a propósito de la realización efectiva de los derechos y en particular de la garantía del acceso a los servicios de salud, excluyen las limitaciones indeterminadas del derecho, entre otras razones, porque dejan su cumplimiento a la discrecionalidad de una voluntad indeterminada y no permiten adelantar un juicio de proporcionalidad dada la indefinición de los elementos de la restricción.

Es así como las ambigüedades dan lugar a la vulneración del derecho a la salud, de manera que cada proceso de actualización constituye un elemento trascendental para su protección a efectos de que los usuarios conozcan de antemano a qué tienen derecho y los actores del sistema involucrados en la prestación de los servicios de salud a qué están obligados, situación que debe estar acorde con las necesidades de la población y los avances científicos y tecnológicos que sean benéficos para el mantenimiento y recuperación de la salud.

En el ámbito de la salud, la duda sobre el alcance del servicio o tecnología, puede desembocar en consecuencias letales para quien espera el servicio y, por ello, en esas circunstancias se impone brindar la atención necesaria. Para esta Sala, esos márgenes de indefinición, son los que han dado lugar a las denominadas “lagunas” o “zonas grises”, en las cuales, se encuentran servicios o tecnologías que ni están incluidos en el sistema de salud, ni están excluidos del mismo.

En esta medida, existe un **nivel de cumplimiento bajo** en tanto existen medidas para acatar la disposición examinada, no obstante, la autoridad obligada no acreditó sus resultados en el sistema de salud, toda vez que no existe una decisión concreta sobre los medicamentos, tratamientos y procedimientos efectivamente excluidos o suprimidos del plan de beneficios, situación que va en detrimento del derecho a la salud de toda la población colombiana, a partir de un plan de beneficios suficientemente claro, situación que da cabida a interpretaciones en perjuicio de los usuarios del sistema.

### **9.3. Conclusiones generales en relación con la orden 17.**

De manera preliminar encuentra la Sala que con la expedición de los acuerdos 008 de 2009 y 029 de 2011, así como de las Resoluciones 5521 de 2013 y 5592 de 2015, se descarta el incumplimiento general, como quiera que tales normas dan cuenta de medidas formales que se han adoptado por la autoridad obligada, con la finalidad de superar la problemática estructural que dio origen al mandato judicial.

9.3.1. La orden 17 abordó desde dos aspectos fundamentales, por un lado se hizo alusión a la participación ciudadana y por otro a las tecnologías en salud que fueron incluidas, excluidas y suprimidas.

En relación con la participación ciudadana, se abordaron tres aspectos, a saber: (i) nominación; (ii) criterios de priorización; (iii) evaluación de ayudas diagnósticas para enfermedades de baja prevalencia; y (iv) socialización del plan de beneficios.

En materia de **nominación** la Corte encontró que existían unas medidas en procura de alcanzar la participación ciudadana, no obstante, los resultados no son favorables de cara a las herramientas brindadas a los usuarios individualmente considerados, por tanto, no

se respondió a las principales necesidades de salud de la población colombiana. En esa medida, no se cumplió con la garantía de accesibilidad a todas las personas, lo que implicaría que el proceso fuera más abierto, para generar una cultura de la participación en salud, la cual es mínima, por lo que es necesario crear mecanismos que lleguen directamente a la población en general, para que participe de manera activa y a su vez, cuente con la posibilidad de hacer seguimiento a los resultados de su intervención. Por lo expuesto, se declaró el nivel de cumplimiento medio.

Respecto a los **critérios de priorización** la Sala constató que la participación no ha sido suficiente, ni efectiva, ya que: (i) las personas que participaron en las consultas no son representativas de los grupos poblacionales a los que está dirigido el proceso de participación; (ii) los instrumentos utilizados no permitieron una participación real de los usuario y la comunidad médica; y (iii) los mecanismos de participación corren el riesgo de producir un mero efecto simbólico. Por tanto, aunque la entidad obligada estableció unas medidas y presentó los resultados respectivos, no fueron suficientes sino que se mostraron parciales para superar la falla estructural que dio origen a la orden objeto de supervisión. Esta situación llevó a declarar el nivel medio de cumplimiento.

En cuanto la **evaluación de ayudas diagnósticas para enfermedades de baja prevalencia**, si bien existe un avance importante sobre el particular, aún no existen suficientes garantías para la participación de la sociedad civil de manera individual, como sí se ha pretendido en el desarrollo de las patologías que mayor aporte hacen a la carga de la enfermedad y el perfil epidemiológico nacional, lo que sigue mostrando una inequidad en el manejo de estas patologías. Así se dejó de lado la posibilidad de intervención de las personas de manera individual, lo que lo termina constituyendo en un proceso al margen del derecho a la igualdad real y efectiva, situación que llevó a establecer un nivel de cumplimiento medio.

Finalmente, de cara a la **socialización del plan de beneficios**, para este Tribunal Constitucional se trata de un proceso que actualmente se encuentra en desarrollo, por lo tanto, estableció que a pesar de que las medidas adoptadas resulten conducentes, no existe resultados acreditados más allá de un cronograma de actividades establecido por el Ministerio, lo que no permite establecer si en este caso se cumple con el objetivo de permitir la participación ciudadana a través de la socialización del plan obligatorio de salud. Esta situación llevó a declarar el nivel de cumplimiento bajo.

9.3.2. El otro aspecto que abordó la Sala Especial de Seguimiento se refirió a la definición de los servicios incluidos y de los servicios excluidos y suprimidos del plan de beneficios.

Con ocasión de las **inclusiones** se reconoció la labor adelantada por el Ministerio, sin embargo se echó de menos la justificación a través de la cual algunas tecnologías fueron incluidas sobre otras, así como tampoco se refirió a aquellas que quedaron en lista de espera. Entonces, a pesar de que el obligado adoptó las medidas conducentes, reportó los resultados a la Corte y estos muestran avances en la implementación de la política, dichas mejoras no fueron suficientes sino que se mostraron parciales para superar la falla estructural que dio origen a la orden objeto de supervisión, lo que llevó a declarar el nivel de cumplimiento medio.

De cara a las **exclusiones**, la Corte advirtió que se desarrolló a través de un sistema a partir de un listado general y abstracto como lo establece la Resolución 5592 de 2015, termina por generar ambigüedad, ya que enuncia de manera abstracta algunas situaciones

que no serían cubiertas por el plan de beneficios, sin embargo, queda en manos del prestador determinar qué medicamentos, tratamientos y procedimientos efectivamente están excluidos o suprimidos del plan de beneficios, situación que va en detrimento del derecho a la salud de toda la población colombiana, a partir de un plan de beneficios suficientemente claro, lo que lleva a interpretaciones en perjuicio de los usuarios del sistema. En ese orden se declaró un cumplimiento bajo.

Con ocasión de este escenario se puede concluir que el fin perseguido por la Corte Constitucional en la orden 17, tendiente a alcanzar una actualización periódica e integral del POS, se ha venido dando de manera progresiva, nótese que desde que fue proferido el MAPIPOS<sup>229</sup> no se había contado con una actualización integral del POS, y fue precisamente esta situación la que motivó que se impartiera el mandato bajo estudio y con posterioridad a ello se han expedido 4 planes de beneficios, aspecto que se muestra acorde con lo pretendido por este Tribunal en procura de garantizar el derecho fundamental a la salud a pesar de existir aspectos por mejorar, de cara a la nueva visión del sistema de aseguramiento hacia un esquema de exclusiones.

#### **9.4. Valoración integral de la orden decimoséptima.**

9.4.1. Ahora bien, teniendo en cuenta que el estudio de la orden decimoséptima se hizo desde dos perspectivas diferentes, la participación ciudadana y, la inclusión y exclusión de tecnologías en salud, se hará una valoración específica sobre cada uno de estos elementos constitucionalmente relevantes, ponderando los niveles de cumplimiento otorgados en cada ítem.

Así, en materia de participación se señalaron los siguientes aspectos y valoraciones de acuerdo con los criterios de evaluación señalados: (i) nominación, nivel de cumplimiento medio; (ii) criterios de priorización, nivel de cumplimiento medio; (iii) evaluación de ayudas diagnósticas para enfermedades de baja prevalencia, nivel de cumplimiento medio; y (iv) socialización, nivel de cumplimiento bajo.

Entonces, al hacer una valoración conjunta de este elemento constitucionalmente relevante (participación), encuentra la Sala que las estrategias adelantadas por el Ministerio de Salud y la Protección Social, si bien constituyen un avance se encuentran en un nivel medio de cumplimiento, por lo que se hace necesario continuar con la vigilancia por parte de la Corte Constitucional, en procura de verificar que dentro del nuevo modelo de actualización del sistema de salud, se logre una participación activa en la búsqueda de la realización de los fines esenciales del Estado, en donde se garantice que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública en esta materia se alcance en favor de toda la comunidad.

9.4.2. Respecto a la inclusión y exclusión de tecnologías en salud, la Corte Constitucional estableció que la primera de ellas había alcanzado un cumplimiento medio y la segunda un cumplimiento bajo. En este orden y atendiendo al esfuerzo desarrollado por el Ministerio de Salud que ha llevado a la inclusión de 199 tecnologías en salud (procedimientos, medicamentos y dispositivos) y 1044 aclaraciones, se debe adelantar un ejercicio de ponderación en donde se dará mayor peso a la labor desplegada por esa cartera ministerial, toda vez que adoptó las medidas conducentes, reportó los resultados a la Corte y estos muestran avances en la implementación de la política de

---

<sup>229</sup> Resolución 5261 de 1994 “Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

inclusión, a pesar de presentarse inquietudes en relación con la selección final de las tecnologías en salud incluidas sobre aquellas que no lo fueron, así como a las que quedaron en lista de espera y que el proceso de exclusión se mostró únicamente de manera esquemática, se declarará un nivel de cumplimiento medio de manera global sobre este elemento constitucionalmente relevante.

Aunado a lo expuesto, para la Sala Especial de Seguimiento resulta importante continuar con la verificación de esta orden, máxime cuando Ley estatutaria 1751 de 2015 *“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*, estableció una nueva forma de actualización del POS basado en un sistema de exclusiones, política que por disposición legislativa se implementará a partir del 16 de febrero de 2017.

## **10. Implicaciones del régimen de excusiones sobre el cual empezará a regir el plan de beneficios.**

La Ley 1751 de 2015<sup>230</sup> estableció una nueva forma de actualización del POS basado en un sistema de exclusiones, esto es, que en principio el sistema cubre todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados dentro del plan de beneficios, de esta manera se pretende garantizar el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas (art. 15).

A manera de derrotero, esta disposición normativa específicamente señala que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: a) que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) que se encuentren en fase de experimentación; y f) que tengan que ser prestados en el exterior. Entonces, el nuevo sistema del plan de beneficios hace la transición de un programa de coberturas explícitas a uno de exclusiones explícitas.

Al respecto la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha establecido que el derecho fundamental a la salud tiene dos dimensiones, una positiva y otra negativa. La primera, se refiere a las acciones que debe adoptar el Estado para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y de forma oportuna y eficaz. La segunda se refiere a la prohibición al Estado de adoptar medidas que vulneren el derecho a la salud o interfieran de forma injustificada en el goce de este derecho. Así, en la sentencia C-313 de 2014 esta Corporación determinó que una medida es regresiva *“i) cuando recorta o limita el ámbito sustantivo de protección del respectivo derecho; ii) cuando aumentan sustancialmente los requisitos exigidos para acceder al derecho y iii) cuando disminuye o desvía sensiblemente los recursos públicos destinados a la satisfacción del derecho”*.

Ahora bien, en relación con el principio de progresividad y el mandato de no regresividad, este Tribunal ha hecho énfasis en la Observación General 14 del Comité DESC, según la cual le está prohibido al Estado adoptar medidas regresivas en la

<sup>230</sup> *“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*.

realización plena del derecho a la salud. Sin embargo, esta regla admite excepciones, siempre que se justifiquen a partir de la exposición de razones que demuestren la necesidad de una disminución en el nivel de protección ya alcanzado, con el exclusivo propósito de avanzar en el desarrollo de otras facetas de los derechos constitucionales, bajo parámetros de razonabilidad y proporcionalidad<sup>231</sup>. Así las cosas, es evidente que el derecho a la salud no tiene un carácter absoluto, por lo que admite algunas limitaciones al mismo, como por ejemplo ocurre con la exclusión del plan de beneficios de distintas tecnologías, prestaciones, insumos o servicios.

En este contexto, cuando se excluye un tratamiento, procedimiento o medicamento del plan de beneficios debe tener una justificación, a partir de criterios técnicos, de priorización en el servicio de salud o de la evaluación del impacto social. Así, en la citada sentencia C-313 de 2014, al referirse al deber del Estado de establecer la estructura del sistema de salud, la Corporación puntualizó que las autoridades competentes deben tomar como punto de partida los elementos existentes en la actualidad, es decir, que no pueden partir de “cero”, toda vez que “[u]n entendimiento de la definición del sistema en términos de disminución de cualquiera de los factores que lo configuran es inaceptable constitucionalmente”. Ello adquiere relevancia si se tiene en cuenta que el mandato de progresividad implica que una vez alcanzado un determinado nivel de protección, la amplia libertad de configuración del legislador en materia de derechos sociales se ve menguada, al menos en un aspecto: “todo retroceso respecto al nivel de protección alcanzado debe presumirse en principio inconstitucional, y por ello está sometido a un control judicial estricto”<sup>232</sup>.

En este contexto, el Estado debe ampliar cada vez más el ámbito de garantía del derecho hacía el más alto nivel de salud posible y no puede disminuirlo, siendo indispensable avanzar y no retroceder en el estándar de protección alcanzado. Así las cosas, es importante traer a colación algunas precisiones hechas en por la Corte Constitucional que deben tenerse en cuenta al momento de expedirse el nuevo plan de beneficios.

**10.1.** En la sentencia C-313 de 2014, se llevó a cabo un análisis de cada uno de los parámetros de exclusión señalados en la ley estatutaria de salud. En relación con el primero de ellos que hace alusión a *un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas*. Al respecto se destacaron las subreglas a tener en cuenta para la inaplicación de esta exclusión.

- i) La falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere.
- ii) El servicio no puede ser sustituido por otro que se encuentre incluido en el plan obligatorio.
- iii) El interesado no puede directamente costearlo, ni las sumas que la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio se encuentra autorizada legalmente a cobrar, y no puede acceder al servicio por otro plan distinto que lo beneficie.
- iv) El servicio médico ha sido ordenado por un médico adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio a quien está solicitándolo.

---

<sup>231</sup> Cfr. Sentencia C-313 de 2014.

<sup>232</sup> Cfr. Sentencia C-671 de 2002.

En este sentido se estableció que dadas las particularidades del caso concreto, se debe dar prevalencia a la dignidad humana de quien presente algún padecimiento, situación que debe ser tomada en cuenta al momento de desarrollar este punto en el nuevo plan de beneficios.

**10.2.** La norma aludida también dispone que quedan excluidos los servicios respecto de los cuales no exista evidencia científica sobre su eficacia y efectividad clínica, que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente y que se encuentren en fase de experimentación. Sobre el particular en la sentencia C-313 de 2014 la Corte destacó algunas subreglas de acuerdo con las cuales se debe ajustar esta exclusión<sup>233</sup>, a saber:

- i) Los medicamentos que aún no han sido autorizados por el Invima deben ser suministrados cuando una persona los requiera, con base en la mejor evidencia científica disponible
- ii) El hecho de que un medicamento no haya sido aprobado por el Invima para ser comercializado nacionalmente, no implica que el mismo tenga carácter experimental. Si un medicamento tiene o no tal condición, no depende de los procedimientos administrativos que se estén adelantando, sino de la mejor evidencia con que cuente la comunidad médica y científica al respecto.
- iii) Un medicamento no puede ser considerado experimental cuando, pese a ser novedoso, se emplee frecuentemente por los médicos y sus efectos secundarios se conozcan, sean previsibles y controlables en los pacientes.
- iv) Cuando un médico tratante considera que cuenta con información técnica y científica para usar un medicamento, su opinión solo podrá ser controvertida con base en información del mismo carácter.
- v) Únicamente con base en información científica aplicada a cada caso concreto, podría una entidad del Sistema de Salud obstaculizar el acceso al medicamento que le ordenó su médico tratante.
- vi) Cuando el servicio de salud que se requiera es un medicamento, este debe ser ordenado de acuerdo con su principio activo, salvo casos excepcionales.
- vii) Los productos que no tienen registro sanitario del Invima, pueden ser suministrados cuando el médico tratante haya acreditado que este es el único que puede surtir efectos favorables en el paciente.
- viii) No es justificación suficiente que un medicamento prescrito por el médico tratante, no se suministre al paciente porque carece de registro del Invima, debido a que los médicos cuentan con competencia normativa para prescribir medicación y tratamientos necesarios y adecuados según el estado de salud de sus pacientes.
- ix) En aras de proteger el derecho fundamental a la salud es viable que se autoricen tratamientos que además de no estar incluidos en el POS, tienen un carácter experimental.

---

<sup>233</sup> Estos lineamientos jurisprudenciales fueron extraídos principalmente de las sentencias T-1214 de 2008, T-418 de 2011, T-310 de 2013, T-539 de 2013 y T-586 de 2013.

Atendiendo a lo expuesto, este tipo de exclusiones deben obedecer a los lineamientos sentados por este Tribunal Constitucional en procura de garantizar el derecho a la salud no solo cuando esté en riesgo la vida del peticionario sino también cuando existan reales posibilidades de recuperación o de mejoría. De tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, esto es, que no se les prive de la posibilidad de acceder a una tecnología en salud a causa de unos limitantes administrativos que en determinados casos pueden ser superados, alcanzando el goce efectivo del derecho.

**10.3.** En cuanto a la exclusión de los servicios o tecnologías que tengan que ser prestados en el exterior, en la sentencia C-313 de 2014 se retomaron algunos lineamientos básicos en orden a canalizar esta restricción. En concreto se extraen las siguientes subreglas:

- i) La eficacia del procedimiento debe estar científicamente acreditada y existir aprobación y concepto técnico-científico favorable del médico tratante.
- ii) El procedimiento no puede tener una alternativa en el país o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad y, además, debe ser viable su práctica al paciente, dadas sus condiciones particulares de salud.

Es evidente que con el nuevo esquema la actualización integral cambia de un proceso de inclusiones a uno de exclusiones específicas, no obstante estas no pueden llevar a un margen de ambigüedad ni a limitar la prestación de servicios médicos por interpretaciones subjetivas por parte de las entidades prestadoras de salud.

Como se puede observar, existe la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que se les otorgue una protección completa en relación con todo aquello que sea necesario para mantener su calidad de vida. En esa medida, el derecho fundamental a la salud tiene como punto de partida la inclusión de todos los servicios y tecnologías y que las limitaciones al derecho deben estar plenamente determinadas, de lo contrario, se hace nugatoria la realización efectiva del mismo.

En este contexto, el esquema del nuevo plan de beneficios hace alusión a la inclusión indirecta de todos los servicios, tecnologías y demás que se constituye en regla y las exclusiones en la excepción, en procura de alcanzar el más alto nivel de salud posible, por lo que las limitaciones al derecho a la salud deben ser expresas y taxativas. Proceso que en todo caso debe atender, propender y garantizar la participación ciudadana que es una fuente insoslayable del modelo actual del Estado colombiano, no solo en su construcción u organización, sino en su comprensión a partir de principios, valores y derechos constitucionales.

**10.4.** En este punto, la Sala considera importante reiterar que en el nuevo esquema de aseguramiento propuesto en la Ley 1751 de 2015 (art. 12<sup>234</sup>) la participación de todos

---

<sup>234</sup> Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye: a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación; b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema; c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos; d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud; f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud; g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

los actores del sistema tiene un papel preponderante, la cual debe ser efectiva, continua, activa y tenga incidencia en la formulación de la política pública de salud, así como en los planes para su implementación. En ese orden, la ciudadanía tiene la facultad de participar en las decisiones sobre exclusión de servicios y tecnologías, así como en las decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud y, en fin, involucrarse ciertamente en los programas y estrategias propias del mencionado derecho.

Aunado a lo anterior, en la sentencia C-313 de 2014 se advirtió que las prerrogativas prescritas por el artículo 12 de la Ley Estatutaria en salud, no pueden estimarse como taxativas, *“sino apenas como una enunciación que no puede excluir, dado el carácter expansivo y universal del principio democrático, otro tipo de garantías o actuaciones que igualmente procuren satisfacer el derecho que tendrían los ciudadanos a participar activamente en tales decisiones”*. En este contexto se afirmó que la participación ha de valorarse como realizable, necesaria y posible, siempre tendiendo a lograr la realización efectiva del derecho a la participación acorde con los postulados del espíritu democrático contenidos en los artículos 1º, 2º y 113 la Constitución.

Así las cosas, el nuevo proceso de actualización del plan de beneficios dentro de un esquema de exclusiones específicas debe atener y propender por garantizar la participación de distintos actores, ámbitos e intereses, en procura de alcanzar los fines esenciales del Estado, en los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública en esta materia.

## **11. Verificación de cumplimiento de lo dispuesto en la orden 18 de la sentencia T-760 de 2008. Periodicidad en la actualización de los planes de beneficios.**

### **11.1. Contextualización de la orden**

A efectos de evitar que continuara vulnerándose el derecho a la salud de las personas y que persistiera un POS sin modificaciones por varios años, en el ordinal decimoctavo de la Sentencia T-760 de 2008, esta Corporación impuso a la CRES el deber de actualizar anualmente los planes obligatorios de salud.

En concreto la orden abarcó dos aspectos a saber: (i) la actualización de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley; y (ii) la obligación de presentar un informe anual a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación indicando: a) qué se incluyó; b) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios; c) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad; y d) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.

11.1.1. La decisión adoptada por la Corte Constitucional tuvo sustento en lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 1122 de 2007<sup>235</sup>. Sin embargo, en la Ley 1438 de 2011 el legislador consideró que esa periodicidad fuera de dos años<sup>236</sup>.

---

<sup>235</sup> Artículo 7. *“Funciones. La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones (...) 2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.”*

<sup>236</sup> Cfr. Artículo 25 de la Ley 1438 de 2011: *“El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población,*

Al respecto, encuentra la Sala que los artículos 114 y 150 otorgan al Congreso de la República la facultad de dictar las leyes, desarrollando aquellos aspectos estructurales consagrados en la Carta Política. No obstante, esta potestad legislativa se encuentra sometida al cumplimiento de los valores y principios constitucionales de la organización político institucional, tales como la dignidad humana, la solidaridad, la prevalencia del interés general, la justicia, la igualdad y el orden justo. En esa medida, el legislador no posee entonces una potestad absoluta, ni arbitraria, sino que en su ejercicio, para elegir, concebir y desarrollar la ley con la que regula los distintos procesos debe someterse a los límites que impone la Constitución.

En relación con el tema que ocupa la atención de la Sala, el derecho fundamental a la Salud encuentra sustento en los artículos 48 y 49 de la Carta Política, como ámbito específico de la seguridad social, lo que acarrea que todo ser humano tiene la facultad de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser.

En este contexto se profirió la Ley 1438 de 2011, la que en su artículo 25 otorgó un plazo de 2 años para la actualización integral los planes de beneficios, atendiendo principalmente a los cambios en el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad de la población colombiana.

Dado que el legislador no posee una potestad absoluta, ni arbitraria, sino que en su ejercicio, para elegir, concebir y desarrollar la ley con la que regula los distintos procesos debe someterse a los límites que impone la Constitución, esta Sala considera importante hacer unas precisiones en cuanto a la evolución del término de actualización.

En este punto, conviene tener en cuenta que a través del Auto de Seguimiento 261 de 2012<sup>237</sup>, se solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social que informara la frecuencia para llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico y carga de la enfermedad.

---

*disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios (...)***Parágrafo.** *El Plan de Beneficios deberá actualizarse de manera integral antes del primero (1°) de diciembre de 2011.*”

<sup>237</sup> En esta oportunidad la Sala Especial de Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, verificó el cumplimiento de la orden vigésimo segunda dada en esa providencia, según la cual la CRES debía presentar un programa y un cronograma tendientes a obtener la unificación gradual y sostenible de los planes obligatorios de salud. Entre otros aspectos, la Corte al valorar la prioridades de la población según estudios epidemiológicos encontró que las entidades le Gobierno se basaron en procesos adelantados en los años 2007 y 2008, respecto de los cuales adujo que en diferentes países nunca realizan este tipo de documentos en lapsos inferiores a 5 años “*debido a la relación entre el costo operativo, la validez de la información y la ganancia relativa en este periodo de tiempo de este tipo de encuestas.*” Sobre el particular, la Sala de Seguimiento advirtió al Ministerio de Salud y Protección Social que debía adelantar investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc., como quiera que el lapso de 5 años de validez de los estudios tomado como criterios epidemiológicos y sociodemográficos, no reflejan las necesidades de la población colombiana. En orden a lo expuesto, instó al Gobierno a adelantar lo más pronto posible su actualización. En concreto se ordenó “*al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud que, en el término de seis (6) meses, dé cumplimiento a los siguientes requerimientos de la orden vigésimo segunda: 1. Adelante las investigaciones tendientes a evidenciar con qué frecuencia se requiere en nuestro país llevar a cabo los diferentes estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc.; 2. Actualice los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico, carga de la enfermedad, etc.*”.

Indicó el Ministerio que en vigencia del año 2012, retomó la Agenda Programática Nacional de Estudios Poblaciones en Salud<sup>238</sup>, bajo ese acápite identificó 38 estudios, incluyendo encuestas poblaciones y estudios de carga de enfermedad. Así mismo, se creó el Sistema Único de Estudios Poblaciones que comprende su periodicidad y los lineamientos para su realización.

Dentro de ese esquema allegó la “*Agenda Programática Nacional de Estudios Poblacionales en Salud*”, detallando las diferentes encuestas y estudios realizados, su última realización y la periodicidad de cada uno de estos.

**Agenda programática nacional de estudios poblacionales en salud<sup>239</sup>**

<b>Encuesta / Estudio</b>	<b>Última</b>	<b>Periodicidad</b>
Estudio Nacional de Salud Mental - <b>ENSM</b>	2003	Cada 10 años
Encuesta Nacional de Salud - <b>ENS</b>	2007	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Parasitismo Intestinal en Población Escolar	2013	Cada 10 años
Encuesta Nacional de Salud Bucal IV - <b>ENSAB IV</b>	1998	Cada 10 años
Mundial de Tabaquismo en Adultos - <b>GATS</b>	2013	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento - <b>SABE</b>	2013	Cada 10 años
Encuesta de Salud Escolar - <b>ENSE</b>	2013	Cada 3 años
Encuesta Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional de los Pueblos Indígenas de Colombia - <b>ENSIN INDIGENA</b>	2013	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Consumo de Sodio, Yodo y Flúor	2013	Cada 10 años
Estudio Consumo de Sustancias Psicoactivas en Hogares	2008	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Demografía y Salud - <b>ENDS</b>	2010	Cada 5 años
Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia - <b>ENSIN</b>	2010	Cada 5 años
Análisis de la Situación de Salud - <b>ASIS</b>	2012	Anual
Estudio de Carga de Enfermedad	2005	Cada 10 años

Manifestó esa cartera ministerial que acogió la Metodología de Análisis de Situación de Salud (ASIS) la cual desarrolla “*procesos analítico-sintéticos que permiten caracterizar, medir, y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población incluyendo los daños y problemas así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector público o de otros sectores*”<sup>240</sup>.

Adujo, que para la implementación de esta nueva metodología diseñó una Guía Metodológica, capacitando a todas las entidades territoriales para su construcción. En tal sentido, precisó que a nivel nacional en el año 2010 publicó el análisis en profundidad de la situación de salud en Colombia 2002-2007<sup>241</sup>.

<sup>238</sup> Para tal fin realizó: (i) Inventario de estudios y encuestas periódicas y puntuales; (ii) proceso estandarizado de análisis y seguimiento de los estudios en curso; (iii) revisión de variables de todos los estudios para eliminar traslapes entre ellos e incluir otras necesidades de información no cubiertas; (iv) definición de periodicidad de los estudios y encuestas para garantizar comparabilidad en el tiempo y pertinencia técnica de acuerdo a los cambios Sociodemográficos y Epidemiológicos de la Población colombiana; (v) definición de un proceso para solicitud de nuevos estudios, periódicos o puntuales para su inclusión en la agenda programática; (vi) articulación para la actualización con el Plan Estratégico Nacional de Encuestas liderado por el DANE.

<sup>239</sup> De acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud y Protección Social, los estudios poblacionales se obtienen bajo estándares y prácticas internacionales que aseguran la calidad, comparabilidad y trazabilidad de los mismos. También señaló que en conjunto con el DANE y diferentes universidades y Grupos de Investigación del País se perfecciona el fortalecimiento y establecimiento del Sistema Único. No obstante, el Ministerio, instituyó el Comité Nacional de estudios en Salud y expresó que en colaboración con el DANE está construyendo la Muestra Maestra para Salud con el objetivo de utilizar un único muestreo que aumente su comparabilidad.

<sup>240</sup> Organización Panamericana de la Salud, 1999.

<sup>241</sup> Anexo cd con 8 tomos.

En este contexto, para la Sala Especial de Seguimiento la determinación de ampliar el plazo para actualizar integralmente el POS de 1 a 2 años resulta razonable, atendiendo a la estructura de actualización de los estudios de cambios en la estructura demográfica de la población, perfil epidemiológico y carga de la enfermedad a partir de los cuales se construye en buena medida este proceso.

11.1.2. Teniendo en cuenta la legislación vigente, esta Sala Especial considera que a partir de la entrada en vigencia de la última de las citadas leyes, habrá de entenderse que es el plazo de dos (2) años el que debe aplicarse para dar cumplimiento a la orden decimoctava, con ocasión la modificación de la norma que sirvió de fundamento para la adopción de este mandato, se entiende variado el plazo fijado, máxime cuando su finalidad no es otra que evitar que el POS se mantenga desactualizado en el tiempo.

Cabe advertir que con la periodicidad que rige la actualización del plan obligatorio de salud no se pretende la simple expedición de normas que contengan dicha modificación, sino su modernización efectiva, razón por la cual no bastará con que dicha fecha se cumpla de manera formal, esto es, con el simple proferimiento de otro acto administrativo que contenga el nuevo plan de beneficios, sino con la entrada en vigencia del mismo en la fecha señalada.

Esto por cuanto la finalidad de la Sentencia T-760 de 2008 y del trámite de su seguimiento no es otra que la búsqueda del goce efectivo del derecho a la salud. Por tanto, los plazos de los diferentes pronunciamientos de esta Corporación no pretenden la simple expedición de normas, sino que las mismas produzcan efectos a partir de dicho momento, como quiera que de nada sirve la validez de la regulación sin la eficacia de la misma<sup>242</sup>.

De otra parte, teniendo en cuenta que la Ley 1438 de 2011 ordenó que la actualización bienal debía llevarse a cabo de manera integral, para alcanzar su cumplimiento es necesario atender las exigencias contenidas en la orden decimoséptima y sus autos de seguimiento.

11.1.3. Por otra parte, se reitera lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia, donde se hizo alusión a los cambios presentados respecto a las autoridades encargadas de elaborar el POS.

En principio, la competencia para efectuar esta actualización del POS fue atribuida al Consejo Nacional de Seguridad Social (art. 162 Ley 100 de 1993). Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 atribuyó esta misma competencia a la Comisión de Regulación en Salud -CRES (Art. 7). Finalmente, a través del Decreto 2560 de 2012 se dispuso suprimir la CRES, se ordenó su liquidación y se trasladaron sus funciones al Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con lo que al tema específico se refiere (art. 26).

En estos términos, actualmente es el Ministerio de Salud y Protección Social el encargado de estructurar el plan de beneficios del SGSSS, a través de un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente y en consecuencia la entidad encargada de dar cumplimiento a los mandatos que existen sobre la materia.

---

<sup>242</sup> En este mismo sentido se pronunció la Sala Especial en el Auto 243 de 2014 al advertir que *“la obligación gubernamental no puede restringirse a expedir la regulación, es imperioso que esta incida en la práctica social”*.

## 11.2. Valoración del cumplimiento de la orden decimoctava.

Como se expuso, esta orden tiene dos elementos esencialmente relevantes, (i) por una parte la actualización periódica de los planes obligatorios de salud, y (ii) por otra la obligación de presentar informes anuales a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación. Bajo este esquema, se analizará el cumplimiento desarrollando cada uno de los enfoques propuestos.

### 11.2.1. Actualización periódica integral de los planes de beneficios.

En el ordinal décimo séptimo de la sentencia T-760 de 2008 se ordenó a la CRES que antes del 1 de febrero de 2009, realizara una “*actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS)*...”, pudiendo prorrogarse esta fecha hasta 1° de agosto de dicha anualidad.

Aun cuando no se presentó solicitud formal para que el primer término concedido por la sentencia fuera extendido, en el Auto de 13 de julio de 2009 la Corte entendió que la inobservancia del primer plazo señalado partió de la exposición de los argumentos contenidos en el informe de 30 de enero de ese año<sup>243</sup>; sin embargo, advirtió a la entidad reguladora<sup>244</sup> que la segunda fecha habilitada tenía el carácter de terminante.

Debe entenderse que luego del año 2009 el POS debía renovarse anualmente, periodicidad que aplicaría hasta el año 2011 inclusive, luego de lo cual por disposición legal<sup>245</sup>, la actualización integral sería cada 2 años y la primera de ellas debía cumplirse hasta antes del 1 de diciembre de 2011.

A partir de lo expuesto se enlistan los actos administrativos a través de los cuales se procedió a actualizar integralmente el plan de beneficios.

Fecha en que debió actualizarse el POS	Norma	Fecha de expedición	Entrada en vigencia
Antes del 1° de agosto de 2009	Acuerdo 003	30 de julio de 2009	1 de enero de 2010
	Acuerdo 008	29 de diciembre de 2009	1 de enero de 2010
Antes del 1° de agosto de 2010	No se llevó a cabo		
Antes del 1° de diciembre de 2011	Acuerdo 028	30 de noviembre de 2011	1 de enero de 2012
	Acuerdo 029	28 de diciembre de 2011	1 de enero de 2012
Antes del 1° de diciembre de 2013	Resolución 5521	27 de diciembre de 2013	1 de enero de 2014
Antes del 1° de diciembre de 2015	Resolución 5592	24 de diciembre de 2015	1 de enero de 2016

<sup>243</sup> Al respecto, la Sala indicó: “Aclarar a la Comisión Nacional de Regulación en Salud o, en caso de que ésta no se encuentre integrada, al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que las fechas consignadas en la decimoséptima orden de la sentencia T-760 de 2008 son perentorias. No obstante, advertirle que la inobservancia del primer término señalado en tal orden (1° de febrero) parte de la exposición de razones imperiosas que la Corte encuentra acreditadas en el informe del 30 de enero de 2009. Como complemento, se hace necesario indicarle que la segunda fecha habilitada en la orden número 17 (1° de agosto de 2009) tiene el carácter de terminante.”

<sup>244</sup> “Comisión Nacional de Regulación en Salud o, en caso de que ésta no se encuentre integrada, al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud” Cfr. Ordinal segundo del acápite resolutivo del Auto de 13 de julio de 2009.

<sup>245</sup> Ley 1438 de 2011, artículo 25.

De lo anterior, la Sala Especial de Seguimiento encuentra que existe un reiterado incumplimiento de los plazos establecidos en la sentencia T-760 de 2008 y la Ley 1438 de 2011, como pasa a explicarse:

- i) A pesar de que la providencia objeto de seguimiento indicó la necesidad de actualizar anualmente el POS, en el año 2010 no se llevó a cabo actualización alguna, lo que permitiría evidenciar un incumplimiento de este mandato por tal omisión.
- ii) Los acuerdos 03 de 2009 y 028 de 2011 nunca entraron en vigencia, fueron posteriormente derogados por otros que sí lo hicieron (Acuerdos 08/09 y 029/11) y se profirieron el penúltimo y último día antes del vencimiento del plazo con que se contaba para cumplir con el término señalado por la sentencia y la ley, respectivamente (30 de julio de 2009 y 30 de noviembre de 2011).

Sobre el particular, esta Sala Especial ha manifestado en varias ocasiones<sup>246</sup> que no basta con un acatamiento formal de los requisitos exigidos, sino que es necesario que haya un cumplimiento material de las disposiciones de la Corte, que se traduzca en la adopción de acciones eficaces que propicien resultados concretos donde se pueda evidenciar que se ha superado la falla estructural que dio origen a la providencia objeto de supervisión<sup>247</sup>.

Para la Corte es evidente que el término otorgado para para actualizar el plan de beneficios en los años 2009 y 2011, no se cumplió con la expedición de los Acuerdos 03 de 2009 y 028 de 2011 ya referidos, dado que a pesar de haberse expedido antes del vencimiento del término otorgado jurisprudencial y legalmente, nunca ingresaron al ordenamiento positivo, primero por la postergación de su vigencia y luego porque fue derogados.

Por ningún motivo podría afirmarse que la determinación de la Corte suponía la mera expedición de la norma. Como se indicó es evidente que se requería que la misma entrara en vigencia. Teniendo en cuenta que ello no ocurrió, este Tribunal no puede reconocer que con ese cuerpo normativo se haya cumplido la orden decimoctava de la sentencia T-760 de 2008 y el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011.

En esa medida, el plan obligatorio de salud se entiende efectivamente actualizado en la fecha en que efectivamente entre en vigencia el nuevo acto administrativo y no en el instante en es expedida la normatividad que lo contenía pero con vigencia diferida y finalmente derogada.

- iii) Todas las actualizaciones del POS se dieron de forma extemporánea. Los plazos establecidos por esta Corporación y por la Ley 1438 de 2011, no se cumplieron, por

<sup>246</sup> Cfr. Auto 249 de 2013, consideración jurídica núm. 4.; Auto 411 de 2015, consideración jurídica 9.10; Auto 071 de 2016, consideración jurídica núm. 4.1.

<sup>247</sup> Esta es una de las condiciones básicas que debe reunir toda política pública como lo señaló este Tribunal en la Sentencia C-351 de 2013 reiterada en el Auto 411 de 2015: **“No puede tratarse de una política pública simbólica o formal. La misión del Estado no se reduce a expedir normas que reconozcan en el papel la titularidad de derechos. La racionalidad mínima del texto Superior manda que estén seguidas de acciones reales, dirigidas a facilitar el disfrute y el ejercicio cabal de las atribuciones fundamentales. Se vulnera la Constitución cuando existiendo una ruta se constata que solo está escrita y no ha sido iniciada su ejecución, o aunque se esté implementando resulta evidentemente inane, bien porque no es sensible a las verdaderas angustias poblacionales o porque su materialización se ha diferido indefinidamente”**. En efecto, como lo ha indicado esta Corporación: **“la simple expedición de normas legales o de actos administrativos, la ejecución parcial de políticas públicas y la mera demostración de ajustes presupuestales, no constituyen en modo alguno un motivo suficiente o una razón determinante para dar por superada la falla estructural”** (Auto 385 de 2010).

cuanto a pesar de haberse procurado el acatamiento formal, esto es, con la expedición de la respectiva regulación, lo cierto es que materialmente la actualización se dio solo hasta el 1° de enero de 2010, 2012, 2014 y 2016, encontrándose incumplidas las fechas establecidas respecto a la periodicidad mínima con que debió surtirse la actualización del POS.

Ahora bien, la Sala no desconoce que el ente regulador no solo ha adoptado las medidas tendientes a cumplir con la finalidad de esta orden mediante la expedición de los respectivos actos administrativos, sino que además se encuentra acreditado que el POS no se ha mantenido desactualizado en el tiempo y que, por el contrario, constantemente se viene adecuando.

Teniendo en cuenta lo establecido en el Auto 411 de 2015 correspondiente a los niveles de cumplimiento de lo dispuesto en la sentencia T-760 de 2008, encuentra la Sala que las autoridades obligadas expedieron las medidas correspondientes para cumplir con la actualización integral del POS, las mismas fueron reportadas a la Sala Especial por parte de la autoridad obligada y resultan adecuadas para atender el objetivo del mandato estructural, esto es, para cumplir materialmente con la periodicidad que requiere la actualización del POS, no se puede acreditar el resultado, dado que se desconoció el plazo debidamente estipulado.

En este orden de ideas, se procederá a decretar el **nivel de cumplimiento medio**, ya que pese a que el obligado adoptó las medidas conducentes, reportó los resultados a la Corte y estos muestran avances en la implementación de la política alusiva a la actualización periódica del plan de beneficios, no obstante, no se cumplió a cabalidad con las fechas estipuladas por la jurisprudencia y la ley, situación que se ha dado de manera sistemática y generalizada.

En esta medida se cumple con un objetivo general de actualización integral del POS pero se hace de manera extemporánea condición *sine qua non* para dar por cumplida la presente orden.

#### *11.2.2. Informes anuales a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación.*

De otra parte, como quiera que en el ordinal décimo octavo de la Sentencia T-760 de 2008 también se dispuso que la CRES (hoy el Ministerio de Salud y de la Protección Social) debía remitir informes anuales a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo. Encuentra la Sala que esta disposición no fue cumplida a cabalidad, como se muestra a continuación.

11.2.2.1. La Procuraduría General de la Nación dio respuesta el 14 de marzo de 2012 y precisó no haber recibido documento alguno por parte de la CRES, de acuerdo con lo dispuesto en la orden sub examine.

11.2.2.2. Respecto a los informes de seguimiento a la orden 18 por parte de la Defensoría del Pueblo, se destaca la siguiente información:

En el primer año -31 de julio de 2009-, la CRES remitió los datos alusivos al Acuerdo 03 de 2009.

A 31 de julio de 2010 la CRES no había enviado el segundo informe, la Defensoría del Pueblo envió requerimiento expreso para que se cumpliera con dicha obligación. El 04 de mayo de 2011 la Comisión remitió lo solicitado.

A 31 de julio de 2011 no se envió el tercer informe de cumplimiento.

El 24 de julio de 2013, indicó que *“previo requerimiento realizado por esta entidad, respecto al proceso de participación ciudadana, el Ministerio de Salud y Protección Social presenta informe de actividades realizadas durante el año 2012, por la Comisión de Regulación en Salud, en liquidación”*<sup>248</sup>.

El 11 de junio de 2014, reiteró *“su preocupación respecto al hecho de que las entidades obligadas a cumplir con las órdenes establecidas en la sentencia, no estén enviando informes de cumplimiento – en la periodicidad establecida (ordenada en cada una de las órdenes)- sin que medie solicitud de esta entidad, las cuales, en la mayoría de ocasiones, ésta debe ser reiterada”*. Más adelante insiste: *“Previo requerimiento realizado por esta entidad, el MSPS presenta informe de actividades realizadas durante el año 2013”*<sup>249</sup>.

El 24 de junio de 2015 resaltó que *“el Ministerio de Salud y Protección Social, a pesar de los requerimientos realizado con Oficio N° 4050-229 del 11 de febrero de 2015, reiterado con Oficio N° 4050-792 del 14 de abril, no dio respuesta a la solicitud de información realizada por la Defensoría del Pueblo”*<sup>250</sup>.

Finalmente, el 17 de junio de 2016, expuso que el Ministerio remitió la información requerida el 28 de marzo de 2016.

En virtud de ello, estima la Sala que no se encuentra acreditado el cabal cumplimiento a la obligación de rendir informes periódicos a los citados órganos de control, debido a que algunos de ellos nunca se entregaron y otros fueron radicados extemporáneamente, previo requerimiento hecho por la Defensoría del Pueblo.

En este punto es importante tener en cuenta que la orden decimoctava contenía un mandato imperativo dirigido a la entidad encargada de actualizar el POS en el sentido de rendir un informe a los órganos de control referidos en el que se indicara, para el respectivo período, (i) qué se incluyó, (ii) qué no se incluyó de lo solicitado por la comunidad médica y los usuarios, (iii) cuáles servicios fueron agregados o suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas sobre cada servicio o enfermedad, y (iv) la justificación de la decisión en cada caso, con las razones médicas, de salud pública y de sostenibilidad financiera.

En este contexto, aún no se ha logrado la totalidad de la ejecución del mandato analizado, por cuanto el Ministerio no acreditó el cumplimiento de la entrega de los informes periódicos a la Procuraduría General de la Nación y a la Defensoría del Pueblo. En consecuencia, y conforme lo indicado en el Auto 411 de 2015, habrá lugar a declarar el **nivel de cumplimiento bajo** de la orden decimoctava. Toda vez que las autoridades obligadas, si bien entregaron los informes requeridos, la mayoría de ellos fueron

---

<sup>248</sup> AZ Orden XVIII-B, folios 579 a 616.

<sup>249</sup> AZ Orden XVIII-B, folios 635 a 634.

<sup>250</sup> AZ Orden XVIII-B, folios 695 a 713.

extemporáneos y previo requerimiento de la entidad de control, con lo cual el resultado esperado con la disposición de la Corte no se está cumpliendo.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el estudio de la orden decimoctava se hizo desde dos perspectivas diferentes, la actualización periódica del plan de beneficios y la obligación de presentar informes anuales a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación. En esa medida se hará una valoración específica sobre cada uno de estos elementos constitucionalmente relevantes, ponderando los niveles de cumplimiento.

El mandato de actualización periódica del POS fue valorado con un nivel medio de cumplimiento y los reportes anuales a las autoridades de control con un nivel bajo, al hacer una valoración general la Sala encuentra que no se cumplieron con los términos establecidos en la jurisprudencia y la ley, no obstante, las mismas sí resultan adecuadas para atender el objetivo del mandato estructural, esto es, para cumplir materialmente con la periodicidad que requiere la actualización del POS. En este contexto la Sala otorgará un nivel de cumplimiento medio a esta orden.

La Sala considera importante hacer unas precisiones adicionales en relación con esta orden. En primer lugar, los informes presentados por el Ministerio a los órganos de control, en adelante deberán atender la misma periodicidad con la que corresponde actualizar el plan de beneficios, esto es cada 2 años, por estar estrechamente ligados al resultado de los dos mandatos impuestos en la sentencia T-760 de 2008 (órdenes 17 y 18).

En segundo lugar, es importante hacer un llamado de atención a la Procuraduría General de la Nación, para que participe activamente en el proceso de actualización integral del plan de beneficios, ya que en su calidad de representante de la sociedad civil sus aportes resultan de vital importancia a la hora de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

### **11.3. Conclusión**

- La orden 18 tiene dos enfoques, por una parte la actualización periódica de los planes obligatorios de salud, y por otra la obligación de presentar informes anuales a la Defensoría del Pueblo y a la Procuraduría General de la Nación.

- En cuanto a la actualización periódica de los planes de beneficios, las medidas adoptadas por autoridades obligadas, a pesar ser necesarias y materialmente haber cumplido con su objetivo, no acreditaron los resultados necesarios para dar cabal cumplimiento a lo dispuesto en la sentencia T-760 de 2008, toda vez que se desconoció el plazo jurisprudencial y legalmente estipulado. Esta situación llevó a declarar el nivel de cumplimiento medio.

- Respecto a la obligación de rendir informes a los órganos de control, algunos nunca se entregaron y otros fueron radicados extemporáneamente, con lo cual se declara el cumplimiento bajo, toda vez que las autoridades obligadas si bien entregaron los informes requeridos, la mayoría de ellos fueron extemporáneos y previo requerimiento de la entidad de control, con lo cual el resultado esperado con la orden no se cumplió.

- La Sala Especial de Seguimiento consideró importante precisar que los informes presentados por el Ministerio a los órganos de control deben atender la misma periodicidad con la que se actualiza el plan de beneficios, esto es cada 2 años, por estar

estrechamente ligadas los dos mandatos impuestos en la sentencia T-760 de 2008 (órdenes 17 y 18).

- Por último este Tribunal hará un llamado de atención a la Procuraduría General de la Nación, para que participe activamente en el proceso de actualización integral del plan de beneficios, ya que en su calidad de representante de la sociedad civil sus aportes resultan de vital importancia a la hora de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

## **12. Medidas a adoptar.**

12.1. En cuanto al proceso de participación ciudadana que se adelanta en distintas ciudades capitales de Colombia, se dispondrá que el Ministerio de Salud y de la Protección Social brinde una verdadera garantía que permita a quienes residen o trabajan en municipios intermedios o pequeños, áreas apartadas y lugares con difícil acceso a tecnologías de la información y la comunicación, brindar sus aportes al proceso de actualización del plan de beneficios, de cara al nuevo esquema de exclusiones, toda vez que en la actualización hecha a través de la Resolución 5592 de 2015 no se encuentra representada toda la población.

12.2. Teniendo en cuenta las falencias advertidas en el trámite de inclusiones de tecnologías en salud se ordenará al Ministerio de Salud y de la Protección Social que una vez presente el nuevo plan de beneficios con base en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, alusivo a un régimen de exclusiones, remita un informe en donde indiquen los criterios y metodologías utilizadas para excluir medicamentos, tecnologías, procedimientos, dispositivos médicos, entre otros.

12.3. La Corte advertirá al Ministerio de Salud y la Protección Social que en la elaboración del próximo plan de beneficios que entrará a regir a partir del 16 de febrero de 2017, deberá seguir expresamente los lineamientos establecidos en la ley estatutaria de salud (art. 15) y la jurisprudencia de esta Corporación (sentencia C-313 de 2014 fundamento jurídico número 5.2.15.3.1. y siguientes), a fin de contar con criterios específicos de exclusión, que no lleve a ambigüedades que vayan en detrimento de la efectiva garantía del derecho a la salud.

12.4. En atención a lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, el que no solo modificó la periodicidad con que ha de actualizarse el POS, sino que además indicó que tal actuación debe ser integral, habrá de disponerse que en lo sucesivo el Ministerio de Salud y Protección Social deberá, cuando menos cada dos años, llevar a cabo la actualización integral del Plan de Beneficios de Salud fundado en el régimen de excepciones, observando las directrices dadas en el ordinal decimoséptimo la sentencia T-760 de 2008, en consecuencia, los informes presentados por el Ministerio a los órganos de control deben atender la misma periodicidad con la que se actualiza el plan de beneficios, esto es cada 2 años, por estar estrechamente ligadas los dos mandatos impuestos en la aludida sentencia (órdenes 17 y 18).

12.5. Por último se hará un llamado de atención a la Procuraduría General de la Nación, para que participe activamente en dicho proceso, ya que se dejaron de recibir informes por parte de esa autoridad y en su calidad de representante de la sociedad civil sus aportes resultan de vital importancia a la hora de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

En mérito de lo expuesto la Sala Especial de Seguimiento

**RESUELVE:**

**Primero.** Declarar el nivel de cumplimiento medio de la orden decimoséptima de la sentencia T-760 de 2008, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**Segundo.** Declarar el nivel de cumplimiento medio de la orden decimoctava de la sentencia T-760 de 2008, en atención a los planteamientos del acápite considerativo de este auto.

**Tercero. Ordenar** al Ministerio de Salud y de la Protección Social que en el próximo proceso de actualización brinde una verdadera garantía que permita a quienes residen o trabajan en municipios intermedios o pequeños, áreas apartadas y lugares con difícil acceso a tecnologías de la información y la comunicación brindar sus aportes al proceso de actualización del plan de beneficios, de cara al nuevo esquema de exclusiones, toda vez que en la actualización hecha a través de la Resolución 5592 de 2015 no se encuentra representada toda la población.

**Cuarto. Ordenar** al Ministerio de Salud y de la Protección Social que en el próximo proceso de actualización diseñe un mecanismo de participación directa de los usuarios y pacientes que padecen enfermedades huérfanas para que de esta manera puedan expresar sus inquietudes y presentar sus aportes dentro del respectivo proceso de valoración.

**Quinto. Ordenar** al Ministerio de Salud y de la Protección Social que una vez presente el nuevo plan de beneficios con base en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, alusivo a un régimen de exclusiones, remita un informe en donde indiquen los criterios y metodologías utilizadas para excluir una tecnología, procedimiento o dispositivo médico.

**Sexto. Advertir** al Ministerio de Salud y la Protección Social que en la elaboración del próximo plan de beneficios que entrará a regir a partir del 16 de febrero de 2017, deberá seguir expresamente los lineamientos establecidos en la ley estatutaria de salud (art. 15) y la jurisprudencia de esta Corporación (sentencia C-313 de 2014 fundamento jurídico número 5.2.15.3.1. y siguientes), a fin de contar con criterios específicos de exclusión, que no lleve a ambigüedades que vayan en detrimento de la efectiva garantía del derecho a la salud.

**Séptimo. Disponer** que los informes presentados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social a los órganos de control (Defensoría del Pueblo y Procuraduría General de la Nación) atiendan la misma periodicidad con la que se actualiza el plan de beneficios, esto es cada 2 años, por estar estrechamente ligadas los dos mandatos impuestos en la sentencia T-760 de 2008 (órdenes 17 y 18).

**Octavo. Exhortar** a la Procuraduría General de la Nación, para que participe activamente en el proceso de actualización integral del plan de beneficios, ya que se dejaron de recibir informes por parte de esa autoridad y en su calidad de representante de la sociedad civil sus aportes resultan de vital importancia a la hora de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Notifíquese, publíquese, comuníquese y cúmplase.

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO  
Magistrado

ALEJANDRO LINARES CANTILLO  
Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO  
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ  
Secretaria General