República de Colombia

Corte Constitucional

COMUNICADO DE PRENSA

Noviembre 16 de 2012

LA SALA ESPECIAL DE SEGUIMIENTO A LA SENTENCIA T-760 DE 2008 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL DECLARÓ EL CUMPLIMIENTO PARCIAL DE LA ORDEN VIGÉSIMO SEGUNDA DE DICHA PROVIDENCIA

I. AUTO 261 DE 2012
SEGUIMIENTO A LA SENTENCIA T-760/08
M.P. Jorge Iván Palacio Palacio

La sentencia T-760 de 2008 impartió un conjunto de órdenes generales, encaminadas a conjurar las fallas de regulación identificadas a partir del análisis de los casos concretos acumulados en ese fallo. La providencia se centró principalmente en 4 aspectos a saber: i. precisión, actualización, unificación y acceso a planes de beneficios; ii. sostenibilidad financiera del sistema y flujo de recursos; iii. carta de derechos, deberes y desempeño; y iv. cobertura universal.

La Sala de Seguimiento viene profiriendo una serie de autos valiéndose para ello de los peritos constitucionales voluntarios, los grupos de seguimiento, los órganos de control, las distintas intervenciones de los actores en salud, además del desarrollo de las Audiencias Públicas celebradas en julio de 2011 y mayo de 2012.

En esta oportunidad, se abordó el mandato núm. 22 referido a la elaboración de un Programa y Cronograma para la Unificación de los Planes de Beneficios por parte del Gobierno Nacional.

1. Fundamentos de la decisión:

La Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 presentó algunas conclusiones respecto de la orden *sub examine* con base en los resultados de la Audiencia Publica celebrada el 7 de julio de 2011.

Consideró que pese ha haber sido expedida la normatividad que dispuso la unificación total de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, no se cumplió del todo con los diferentes aspectos contenidos en la orden núm. 22, por tanto se ordenó la superación de las fallas evidenciadas:

i. Fue incumplido el término señalado para unificar a la población de 18 a 44 años, meta que debió hacerse efectiva, según el nuevo programa allegado, a partir del 1 de abril del año en curso, pero solo hasta el pasado 1 de julio se dio cumplimiento a tal objetivo con la expedición del Acuerdo 032 de la CRES.

ii. No se evidenciaron medidas tendientes a racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios.

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

iv. Se encuentran pendientes por desarrollar las pautas que permitan la movilidad entre regímenes, lo que por demás indica que aún no hay avance en este requisito de la orden objeto de estudio.

v. No se determinaron las metas medibles, mecanismos para el seguimiento del avance de las actividades propuestas para alcanzar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios, y justificación de por qué se presentó una regresión o estancamiento en la ampliación del alcance del derecho a la salud.

vi. No se ha acreditado suficientemente que en la ejecución del programa y cronograma tendientes a la unificación de los planes de beneficios se haya garantizado a los usuarios y a la comunidad médica la oportunidad de participar activamente en la toma de decisiones y no simplemente como receptores del informe de determinaciones adoptadas por los entes reguladores.

vii. La CRES no ha cumplido con la carga de la prueba que le asiste para acreditar tal sostenibilidad de la UPC-S, máxime cuando a partir de la entrada en vigencia del Acuerdo 032 de 2012 el pasado 1 de julio, se ha evidenciado la imposibilidad de las EPS del régimen subsidiado para continuar prestando el servicio de salud a sus afiliados con el valor de la UPC fijada con tal finalidad.

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

Adicionalmente, la Corte advirtió la ausencia de justificaciones, razonamientos, fundamentos y/o soportes técnicos o de cualquier orden, bajo los cuales fuere constitucionalmente aceptable la fijación de una UPC diferencial entre ambos regímenes, más aun cuando por un menor valor se pretende la prestación del mismo catálogo de servicios y en condiciones idénticas de equidad, oportunidad y calidad.

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

Partiendo de lo anterior y de la crisis financiera del régimen subsidiado, la Corte evidenció la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) corroborada con la apreciaciones manifestadas en la Audiencia Pública y los conceptos del grupo de apoyo técnico especializado, por lo que en virtud del principio de igualdad dispuso que la UPC-S se equipare a la UPC-C, hasta tanto el Gobierno cuente con los estudios necesarios para fijar la UPC que corresponda.

La finalidad de estas decisiones adoptadas por la Sala, es evitar que colapse por completo el régimen subsidiado ante la insuficiencia de los recursos asignados para cubrir los servicios de salud unificados.

2. Decisión:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SALA ESPECIAL DE SEGUIMIENTO A LA SENTENCIA T-760 DE 2008