



**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**  
República de Colombia

25 JUN - 09

Bogotá, 03 de junio de 2009


Doctora:  
MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ  
Secretaria General  
CORTE CONSTITUCIONAL  
Carrera 13 No. 32-76

Respetada doctora Martha:

En cumplimiento de lo ordenado por la Sentencia T-760 de 2008, de manera atenta le estoy remitiendo el informe realizado por esta entidad, teniendo en cuenta los informes presentados por el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado.

Para esta Defensoría, tal como se observa en el contenido del informe, es prioritaria la revisión y adecuación de la Resolución 3099 de 2008 por parte del Ministerio de la Protección Social, que si bien fue modificada por las Resoluciones 3754 y 5334 de 2008, debe atender las previsiones de la Sentencia, ya que las mismas se refieren a recobros y no a la operatividad del Comité Técnico Científico.

Cordialmente,

  
VOLMAR PÉREZ ORTIZ  
Defensor del Pueblo

Anexo lo anunciado

**Derechos humanos, para vivir en paz**

Ministerio Público

**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

Derechos Humanos, para vivir en paz  
**SENTENCIA T - 760/08**

**INFORME DIRIGIDO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL**

En cumplimiento de la orden emanada de la Honorable Corte Constitucional y dirigida a las distintas entidades que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Sentencia T-760 de 2008, en la cual dichas entidades deberían entregar informes a la Defensoría del Pueblo, esta entidad se permite enviar el seguimiento y análisis que ha realizado de los distintos informes recibidos:

**1. Orden Vigésima:**

El Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud deberán informar sobre las medidas adoptadas para identificar las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se *requieran con necesidad*. El informe debe contener:

- i. Cuáles son las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios que con mayor frecuencia incurren en prácticas violatorias del derecho a la salud de las personas;
- ii. Cuáles son las medidas concretas y específicas en relación con estas entidades que se adoptaron en el pasado y las que se adelantan actualmente, en caso de haberlas adoptado; y
- iii. Cuáles son las medidas concretas y específicas que se han tomado para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, de las personas que se encuentran afiliadas a las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios identificadas.

El informe a cargo de la Superintendencia y el Ministerio deberá ser presentado antes de octubre 31 de 2008.

**Respuestas:**

El Ministerio de la Protección Social, el 30 de octubre de 2008 y la Superintendencia Nacional de Salud, el 04 de noviembre de 2008, presentaron los respectivos informes:

- Primer Punto (i):

**Ministerio:**

La metodología adoptada por el Ministerio fue la de utilizar como fuente de información los recobros de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) por los suministros POS, basados en las sentencias de tutela y su posterior auditoría. Ello se traduce en que las prestaciones negadas hacen incurrir a los usuarios en la reclamación de los servicios del POS por la vía de la tutela.

Para identificar las EPS que practican acciones atentatorias contra el derecho a la salud mediante la negación de servicios, el Ministerio ha buscado obtener evidencias a través de los recobros que presentan por servicios POS (los cuales están obligados a cubrir). La mayoría son del régimen contributivo: Saludcoop, con un 20.4%; Cafesalud, con un 10.5%, así como Sanitas, Susalud y Colmédica, que en total abarcan el 57% de los recobros. Estas, unidas a Coomeva y Famisanar, han pretendido obtener del sistema más de cien mil millones en recobros. Respecto de las EPS del régimen subsidiado, Emssanar ocupa el primer lugar, seguida de Ecoopsos y Emdisalud. Entre las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) se encuentran Previsanar y La Misericordia.

Se puede destacar que más de 90% de las negaciones las practican las EPS del Régimen Contributivo. Se registra que Saludcoop, sumada a las EPS Cruz Blanca y Cafesalud, que pertenecen al mismo nombre, concentran el 36% de los recobros.

**Superintendencia:**

Aunque no registra el periodo en referencia, menciona que, con base en la información de la oficina Jurídica, se han presentado 707 casos de negación. Las primeras cinco empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) que niegan los servicios, en su orden, son: ISS (10.61%), Coomeva (8.63%), Saludcoop (7.50%), Famisanar (6.93%) y Solsalud (5.94%).

En cuanto a las IPS, en el último año ha sancionado por negaciones a cinco: ESE Hospital San Diego de Cereté, ESE Alejandro Próspero Reverend, Fundación

**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

Derechos humanos, para vivir en paz

cardiovascular de Colombia, Hospital Bosa II nivel y Hospital Universitario San Ignacio.

Análisis de la Defensoría:

La Defensoría considera que el mecanismo utilizado por el Ministerio de la Protección Social para medir las negaciones debe adecuarse, pues no todas las negaciones se reflejan en tutela; por ello no todas quedan registradas. Muchas de ellas se reducen a gastos de bolsillo por parte de los usuarios, lo cual impide realizar una debida cuantificación. Por tal motivo, esta entidad le recomienda al ministerio diseñar mecanismos de medición más efectivos que respondan al requerimiento de la sentencia.

- Segundo punto (ii):

Ministerio:

Entre las medidas adoptadas, el Ministerio menciona: auditoría a los recobros, lo que ha permitido glosar esas cuentas, y remisión a la Supersalud para que ejerza funciones de inspección, vigilancia y control de las mismas.

Superintendencia:

En cuanto a las medidas concretas, la Supersalud menciona que en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control del SGSSS, ha impuesto sanciones y ha denunciado ante las autoridades competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo contra el sistema.

Las sanciones se imponen cuando no se respetan las normas que regulan el sistema, como cuando hay incumplimiento de los estándares de habilitación, falta de prestación de los servicios de salud o no se cumplen los principios de calidad, eficiencia y oportunidad. Las sanciones van desde multas pecuniarias, revocatorias de funcionamiento y/o habilitación, hasta la revocatoria de la autorización para administrar y operar los recursos del sistema.

En el año 2007 sancionó a 38 EAPB, 23 Entes Territoriales (ET) y 4 IPS- ESE; y en el año 2008 a 15 EAPB, 13 E.T y 5 IPS- ESE. Durante los últimos seis años, las EAPB más sancionadas han sido: Saludcoop EPS (12), Saludcoop EPS OC (11),

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Derechos humanos, para vivir en paz

ISS (11), Cafesalud MP (10) y Coomeva EPS (8). En cuanto a las ET más sancionadas están: Secretarías de salud departamentales del Meta (9), Santander (5), Chocó (4), Guainía (3), Tolima (3) y Vichada (3). Y en cuanto a las IPS-ESE: Clínica Nuestra Señora del Carmen del ISS (7), Hospital Simón Bolívar de Bogotá (7), Hospital Militar Central (5), Hospital La Victoria (5) y Fundación Clínica Valle de Lili (5).

Igualmente, informa que en el año 2008 ordenó 28 aperturas de investigación administrativa contra EPS e IPS que no cumplieron las normas que regulan la prestación de los servicios de salud.

Análisis de la Defensoría:

En concepto de esta entidad, la Superintendencia se limitó a informar que sancionó algunas entidades sin hacer referencia a las acciones específicas que adoptó, con el fin de evitar que reincidieran en dicha práctica.

- Tercer Punto (iii):

Ministerio:

En cuanto a medidas concretas y específicas, el Ministerio ha expedido y promovido normas que permiten materializar el goce efectivo del derecho a la salud, tal como la Ley 1122 de 2007, los decretos 1018, 055 y 4747 de 2007 y 3556 de 2008, y las circulares 24 de 2005, 20 y 27 de 2007 y 053 de 2008, entre otras.

Superintendencia:

En cuanto a las medidas concretas, anexa la circular externa 051 de 2008, a través de la cual imparte instrucciones para el cumplimiento de la sentencia T - 760/08 a las EPS, IPS, ET y FOSYGA

Análisis de la Defensoría:

Aunque el Ministerio participó en la expedición de la Ley 1122 de 2007 y ha expedido algunas reglamentaciones para su aplicabilidad, estas no son

**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

Derechos Humanos para vivir en paz

suficientes para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en lo que refiere a la accesibilidad y oportunidad en la prestación de los servicios ni a la participación ciudadana que propenda por mejorar los estándares de calidad.

Por otra parte, aunque la Defensoría reconoce las buenas intenciones de la circular expedida por la Supersalud, esta entidad no informará cómo garantiza el goce real y efectivo del derecho a la salud, especialmente en aquellas entidades identificadas como las más violatorias del mismo.

**2. Orden Vigésima Segunda:**

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud o la Comisión de Regulación en Salud, si ya fue creada, deberá enviar copia del cronograma, que debe remitir a la Corte Constitucional, antes del 1 de febrero de 2009, el programa y el cronograma para la unificación de los planes de beneficios, el cual deberá incluir:

- Un programa;
- Un cronograma;
- Metas medibles;
- Mecanismos para el seguimiento del avance, y
- La justificación de por qué se presentó una regresión o un estancamiento en la ampliación del alcance del derecho a la salud.

El primer informe deberá presentarse antes del 1 de febrero de 2009. Luego, se presentarán cada semestre informes de avance en el cumplimiento del programa y el cronograma, a partir de la fecha indicada.

**Respuesta:**

El Ministro de la Protección Social, como presidente del CNSSS, dio el 1 de febrero de 2009 respuesta a este punto, del siguiente modo:

Informó que en sesión del 27 de enero se aprobaron los principios de unificación de los planes obligatorios de salud. En el documento se registra que esta implicará una combinación de métodos técnicos y acuerdos sociales, y que, de este último, a pesar de que legitima el proceso, no es exclusivamente científico. El informe indica:

- Programa.

Establece el plan de trabajo para la priorización del POS y da unos objetivos, estrategias y la forma de nivelación. También establece un plan general donde plantea los pasos para el diseño del nuevo POS. El programa incorpora procesos de desarrollo e implementación de guías de práctica clínica así como procesos de participación social, armonización de lenguajes, periodos de pilotaje y transición.

- Cronograma.

Anexa el cronograma con las fases de la actualización y unificación del POS, el cual se extiende hasta el segundo semestre del año 2012, y culmina apenas con la prueba piloto del Plan Esencial.

- Metas medibles.

Menciona como metas medibles las metas nacionales en salud infantil, salud sexual y reproductiva, salud oral, enfermedades no transmisibles, discapacidades y nutrición.

- Mecanismos para el seguimiento del avance.

La monitoria en el alcance del derecho a la salud se hará a través de la medición del acceso a los servicios, la medición de las condiciones de salud de la población y la medición del flujo de recursos en el SGSSS.

- Justificación de por qué se presentó una regresión o un estancamiento en la ampliación del alcance del derecho a la salud.

Dentro de los anexos se dejan entrever algunos de los problemas que produjeron la regresión o el estancamiento mencionado, entre ellos: el POS no ha tenido actualizaciones que enfrenten el cambio de las tecnologías biomédicas y cuenta con tecnologías que se consideran obsoletas; en los primeros años las inclusiones en medicamentos o procedimientos no fueron suficientemente soportadas por evidencia científica, ya que el CNSSS no contaba con un comité asesor, ni tenía la capacidad técnica y operativa para realizar los estudios necesarios; la estructura y el lenguaje utilizado produjo confusiones entre los

**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

Derechos Humanos para vivir en paz

distintos actores del sistema; en los inicios de la reforma no se implementaron indicadores de seguimiento o de impacto sobre el estado de la salud de la población, por lo cual se desconoce si los planes de beneficio tuvieron o no el impacto referido, y la unidad de aseguramiento actual no guarda relación con el perfil epidemiológico de la población.

**Análisis de la Defensoría:**

La Defensoría hará el seguimiento del desarrollo de la propuesta presentada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en el sentido de que el POS sea dinámico en función de las necesidades actuales de salud y del perfil epidemiológico de la población, y que sea financieramente viable.

Igualmente, vigilará la efectiva participación de la comunidad médica y de las organizaciones que representen los intereses de los usuarios del sistema de salud.

**3. Orden Trigésima:**

El Ministerio de Protección Social debe presentar un informe en el que mida el número de acciones de tutela que resuelven los problemas jurídicos mencionados en esta sentencia y, de no haber disminuido, explique las razones de ello. El primer informe deberá ser presentado antes del 1 de febrero de 2009, luego debe hacerse anual.

**Respuesta:**

El Ministerio de la Protección Social presentó informe el 02 de febrero de 2009, utilizando datos referidos a las solicitudes de recobros presentados por las EPS. De lo cual concluye:

- Que debido a la flexibilidad de los requisitos para los recobros, tanto de los ordenados por los CTC como por las tutelas, estos últimos aumentaron como también aumentaron las aprobaciones de los mismos. Ello se debió en parte a que fueron realizados algunos que se encontraban suspendidos por requisitos que antes eran exigibles.



**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

Derechos humanos, para vivir en paz

- Sin embargo, al dividir el antes y el después de la T-760, concluye que han disminuido las acciones de tutela falladas con posterioridad a ella, lo que representa un 4.76% de todas las tutelas proferidas en el 2008.

Para confirmar esto, anexa un informe presentado por la Oficina Jurídica del Ministerio, basado en la información suministrada por el Fondo de Solidaridad y Garantía donde aparece que a partir de la entrada en vigencia de la T-760 las acciones de tutela disminuyeron de 7.925 a 1534.

Análisis de la Defensoría:

En este punto, la Defensoría está de acuerdo con que las tutelas por recobro han aumentado, pero también se han incrementado por servicios POS, como lo demuestra el estudio que actualmente está adelantando esta entidad (Tabla N° 1). Un mejor análisis del efecto de la Sentencia T-760 se podrá realizar, analizando un período mayor, pues el tiempo transcurrido entre la expedición de esta y el informe presentado por el Ministerio no es suficiente, ya que está influido por factores externos como el paro judicial.

Tabla No. 1

PARTICIPACIÓN DE LAS TUTELAS DE SALUD Período 1999- 2008						
AÑO	TUTELAS		PARTICIPACIÓN	TASA DE CRECIMIENTO ANUAL		
	SALUD	TOTAL		SALUD	TOTAL	
1999	21.301	86.313	24,68%	-	-	
2000	24.843	131.764	18,85%	16,63%	52,66%	
2001	34.319	133.272	25,75%	38,14%	1,14%	
2002	42.734	143.887	29,70%	24,52%	7,96%	
2003	51.944	149.439	34,76%	21,55%	3,86%	
2004	72.033	198.125	36,36%	38,67%	32,58%	
2005	81.017	224.270	36,12%	12,47%	13,20%	
2006	96.226	256.166	37,56%	18,77%	14,22%	
2007	107.238	283.637	37,81%	11,44%	10,72%	
2008	142.957	344.468	41,50%	33,31%	21,45%	
<b>TOTAL</b>	<b>674.612</b>	<b>1.951.341</b>	<b>34,57%</b>			

Fuente: Corte Constitucional ✓

**4. Orden Décimo Novena:**

Las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país deben enviar un

informe en el que se indique:

- i. Los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico.
- ii. Los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad;
- iii. Indicando en cada caso las razones de la negativa, y, en el primero, indicando además las razones por las cuáles no fue objeto de decisión por el Comité Técnico Científico.

El primer informe deberá ser enviado el 1 de febrero de 2009. Luego, los informes deben ser trimestrales.

**Respuesta:**

Las EPS han enviado a la Defensoría del Pueblo informes respecto de las negaciones efectuadas durante el último trimestre de 2008 (octubre, noviembre y diciembre), con excepción de Compensar, que envió la información de los meses de agosto, septiembre y octubre.

A pesar de los requerimientos telefónicos o por e-mail hechos por esta Defensoría, no enviaron los informes de las negaciones, o los enviaron pero sin la información requerida o incompleta, las siguientes EPS: Cafaba, Cafesalud-subsidiada, Cajacopi, Cajasai, Cajasán, Coosalud, Capresoca, Mallamás, Manexca, Mutual Ser, Pijaos salud, Salud Total-contributivo, Salud Vida-subsidiado, Selva Salud, Solsalud-contributivo, EPS Comfacundi, Comfamiliar Nariño, Comfenalco Quindío, Dusakawi y Emdisalud.

No obstante, al analizar la información parcial se encontró que durante el último trimestre del 2008, el total de negaciones asciende a 129.124.

Analizados los motivos que dieron las EPS para estas negaciones, se encontró que la mayoría de ellas se ajustan a la Resolución 3099 de 2008. Sin embargo, la Defensoría encuentra que dicha resolución hay que adecuarla a lo establecido en la sentencia T-760 de 2008 en cuanto a la garantía del acceso de los servicios en salud, a pesar de haber sido ajustada con las Resoluciones 3754 y 5334 de

2008, ya que sólo modificó artículos del capítulo II que hace mención a procedimientos para los recobros.

a. Negaciones en el Régimen Contributivo.

Del total de las negaciones, 10.339 corresponden a este régimen, de las cuales el 69.5% son negaciones realizadas por CTC. Coomeva, Salud Total y Compensar encabezan el listado, con 1936, 1774 y 1273 respectivamente.

Tabla personalizada 1

		TIPO DE NEGACION					
		CON CTC		SIN CTC		Total	
		NUMERO		NUMERO		NUMERO	
		Suma	% de la suma de columna	Suma	% de la suma de columna	Suma	% de la suma de columna
CODEPS	Coomeva	1856	25,9%	80	2,5%	1936	18,7%
	Salud Total	19	,3%	1755	55,5%	1774	17,2%
	Compensar	1011	14,1%	262	8,3%	1273	12,3%
	Nueva EPS	1014	14,1%	3	,1%	1017	9,8%
	Susalud	395	5,5%	445	14,1%	840	8,1%
	Sanitas	791	11,0%	0	,0%	791	7,7%
	Comfenalco Antioquia	262	3,6%	400	12,7%	662	6,4%
	Servicio Occidental de Salud	365	5,1%	46	1,5%	411	4,0%
	Saludcoop	287	4,0%	38	1,2%	325	3,1%
	Colmédica	258	3,6%	61	1,9%	319	3,1%
	Famisanar	255	3,6%	0	,0%	255	2,5%
	Comfenalco Valle	198	2,8%	0	,0%	198	1,9%
	Humana Vivir	125	1,7%	51	1,6%	176	1,7%
	Red Salud	111	1,5%	1	,0%	112	1,1%
	Cafesalud	82	1,1%	8	,3%	90	,9%
	Salud Colpatria	67	,9%	0	,0%	67	,6%
	Cruz Blanca	42	,6%	10	,3%	52	,5%
	Saludvida	23	,3%	0	,0%	23	,2%
	Solsalud	14	,2%	0	,0%	14	,1%
	Salud Colombia EPS	4	,1%	0	,0%	4	,0%
Total	7179	100,0%	3160	100,0%	10339	100,0%	

- Servicios negados con CTC.

**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

*Derechos humanos, para vivir en paz*

De acuerdo con la información suministrada por las EPS, el motivo más frecuente de negación es el de no agotar las alternativas terapéuticas del POS<sup>1</sup>, aspecto que en la resolución incluye prestaciones en salud, medicamentos y/o servicios médicos (actividades, procedimientos e intervenciones), los cuales deberían ser reglamentados de manera especial por cuanto la especificidad del procedimiento para medicamentos no es explicable a los demás servicios en salud.

Respecto de la segunda causal de negaciones, referida a que “no se podrán prescribirse medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud que se encuentren debidamente autorizados para su uso y ejecución o realización por las respectivas normas vigente en el país como las expedidas por el INVIMA”<sup>2</sup>, esta entidad le recomienda a las casas terapéuticas considerar la posibilidad de tramitar patentes para segundos usos.

Varias de las negaciones son atribuibles a los médicos tratantes, debido a que algunos profesionales omiten los procedimientos establecidos para efectuar solicitudes ante CTC. Entre ellas están: la falta de justificación, información incompleta, soportes inconsistentes e ilegibles, fórmulas sin requisitos legales.

Otro motivo de negación es que “no esté en riesgo la vida y la salud del paciente”<sup>3</sup>. En este punto, si bien es cierto que la finalidad inicial de los de CTC fue la de evitar tutelas en aquellos casos en que se ponía en riesgo la salud y la vida de los pacientes, con la Sentencia T-760 de 2008 se cambia la finalidad de los mismos para que, a través de ese espacio, se resuelvan las necesidades de los usuarios sin tener que acudir a la acción de tutela aún en aquellos casos en que no está en riesgo la vida, disminuyendo en consecuencia el número de acciones que deban interponerse.

En cuanto al motivo de negación, “lo solicitado está o se encuentra en el POS”, demuestra que no existe claridad del contenido del POS; razón por la cual es importante definirlo de manera precisa, garantizando de manera efectiva el acceso real de las personas al servicio de salud.

Si bien es cierto que la Corte ha mencionado de manera reiterada la obligatoriedad, entre otras, de que el médico que prescriba esté adscrito a la red

<sup>1</sup> Resolución 3099 de 2008, artículo 6, literal c).

<sup>2</sup> Resolución 3099 de 2008, artículo 6, literal b).

<sup>3</sup> Resolución 3099 de 2008. Artículo 6 literal d).

de prestadores de la entidad de aseguramiento, con la Sentencia T-760 de 2008 se fortalece el concepto de médico tratante y se establece la posibilidad de que este no pertenezca a la red. Por tal motivo, llama la atención que se continúen negando solicitudes por esta razón, en contravía de lo establecido en la sentencia. Ello vulnera de manera flagrante los derechos que los asegurados tienen, obligándolos a acudir a la tutela para obtener protección. Las EPS, al realizar las negaciones, se fundamentan en la Resolución 3099 de 2008, artículo 6 literal a., la cual estipula: *"La prescripción de medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud sólo podrá realizarse por el personal autorizado de la entidad administradora de planes de beneficios. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas"*.

- Servicios negados sin CTC.

La primera causal de negación es "no tener la edad requerida", concepto por el cual Salud Total registra 764 (96%). De este total, 502 se refieren a los programas Crecimiento y Desarrollo (65%), seguidos por los de Planificación Familiar y Control Prenatal, con 45 y 29 negaciones respectivamente.

La segunda causal de negación es "ser no POS", motivo que se presenta, según lo indicado por las EPS del Régimen Subsidiado, cuando lo solicitado no está dentro del POSS pero si está dentro del POS contributivo; por ello las entidades de aseguramiento proceden a remitirlo al ente territorial para que lo cubra, sin que sean revisadas por el CTC.

Otro de los motivos de negación es que se "excede la cantidad máxima permitida", del cual Salud Total registra el 100%. Al analizar los motivos, se encuentra que al igual que la primera causal de negación, también corresponden a los programas de Crecimiento y Desarrollo, con 240 (41%), y de Planificación Familiar, con 141 negaciones.

En cuanto al motivo "el usuario está en mora", se registran 285 negaciones, de las cuales 193 también corresponden a Salud Total (68%). Los servicios solicitados se concentran en consulta general y externa y en otros procedimientos anatomopatológicos como la citología vaginal tumoral.

## DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Derechos Humanos, para vivir en paz  
Tabla personalizada 1

CODNEG		TIPO DE NEGACION					
		CON CTC		SIN CTC		Total	
		NUMERO		NUMERO		NUMERO	
		Suma	% de la suma de columna	Suma	% de la suma de columna	Suma	% de la suma de columna
	No agotó POS	1849	25,8%	22	,7%	1871	18,1%
	No se encuentra autorizado para su uso o sin registro INVIMA	1383	19,3%	0	,0%	1383	13,4%
	Lo solicitado es de carácter suntuoso, cosmético o estético	1078	15,0%	18	,8%	1096	10,6%
	Información incompleta	310	4,3%	552	17,5%	862	8,3%
	No tiene edad requerida	3	,0%	797	25,2%	800	7,7%
	Es NO POS	22	,3%	645	20,4%	667	6,5%
	Excede cantidad máxima por servicio	0	,0%	579	18,3%	579	5,6%
	Falta justificación	383	5,1%	0	,0%	383	3,5%
	No existe riesgo para la salud o la vida	283	3,9%	21	,7%	304	2,9%
	El usuario está en mora	15	,2%	285	9,0%	300	2,8%
	Ya fue autorizado por tutela	287	3,7%	0	,0%	287	2,8%
	Por pertinencia Médica	228	3,2%	1	,0%	229	2,2%
	Soportes o prescripción por médico no tratante	219	3,1%	0	,0%	219	2,1%
	Es experimental o no hay evidencia médico científica	191	2,7%	0	,0%	191	1,8%
	Servicio solo para mujeres	0	,0%	151	4,8%	151	1,5%
	Soportes inconsistentes/ilegibles	134	1,9%	3	,1%	137	1,3%
	Lo solicitado es POS	121	1,7%	9	,3%	130	1,3%
	Por razones clínicas del Paciente	123	1,7%	0	,0%	123	1,2%
	Presentado extemporáneo	94	1,3%	14	,4%	108	1,0%
	Debe ser valorado por otro especialista o Programa	78	1,1%	0	,0%	78	,8%
	Quien prescribe no pertenece	60	,8%	13	,4%	73	,7%
	El usuario tiene capacidad de pago	60	,8%	0	,0%	60	,6%
	Otras razones	59	,8%	1	,0%	60	,6%
	El objetivo del tratamiento no es curativo	43	,6%	0	,0%	43	,4%
	Ya fue autorizado por el CTC	40	,6%	0	,0%	40	,4%
	No disponible en el mercado	38	,5%	2	,1%	40	,4%
	El usuario tiene existencia de medicamentos	37	,5%	0	,0%	37	,4%
	Incluido en paquete de atención	27	,4%	0	,0%	27	,3%
	El CTC sugiere otras recomendaciones	25	,3%	0	,0%	25	,2%
	Usuario en protección laboral	0	,0%	23	,7%	23	,2%
	Fórmula sin requisitos	16	,2%	0	,0%	16	,2%
	Servicio solo para hombres	0	,0%	14	,4%	14	,1%
	Usuario no afiliado o suspendido	2	,0%	10	,3%	12	,1%
	Debe evaluarse costo-eficiencia	6	,1%	0	,0%	6	,1%
	Es un vital no disponible	5	,1%	0	,0%	5	,0%
	Servicio asumido por ARP/SOAT	2	,0%	0	,0%	2	,0%
	Total	7179	100,0%	3160	100,0%	10339	100,0%

## DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Derechos humanos para todos

## b. Negaciones en el régimen subsidiado.

A este régimen le corresponden 118.785 negaciones. Encabezan el listado Comfamiliar Huila (30.297), Comfamiliar Cartagena (19.684) y Comparta (13.382).

Tabla personalizada 1

		TIPO DE NEGACION					
		CON CTC		SIN CTC		Total	
		NUMERO		NUMERO		NUMERO	
		Suma	% de la suma de columna	Suma	% de la suma de columna	Suma	% de la suma de columna
CODEPS	Comfamiliar Huila	30163	91,8%	134	,2%	30297	25,5%
	Comfamiliar Cartagena	1	,0%	19683	22,9%	19684	16,6%
	Comparta	25	,1%	13357	15,5%	13382	11,3%
	Asociación Mutual Barrios	8	,0%	10138	11,8%	10146	8,5%
	Caprecom	958	2,9%	8679	10,1%	9637	8,1%
	Emssanar	291	,9%	5271	6,1%	5562	4,7%
	Caja de Compensación del	0	,0%	5538	6,4%	5538	4,7%
	Salud Total	1	,0%	5142	6,0%	5143	4,3%
	Comfacundi	2	,0%	3485	4,1%	3487	2,9%
	Asociación Mutual La	10	,0%	3389	3,9%	3399	2,9%
	Comfamiliar de la Guajira	0	,0%	3377	3,9%	3377	2,8%
	Comfachocó	0	,0%	1904	2,2%	1904	1,6%
	Asociación Indígena del	20	,1%	1480	1,7%	1500	1,3%
	Condor	132	,4%	1061	1,2%	1193	1,0%
	Solsalud	62	,2%	1128	1,3%	1190	1,0%
	Convida	8	,0%	779	,9%	785	,7%
	Comfacor	23	,1%	450	,5%	473	,4%
	Empresa Cooperativa	459	1,4%	0	,0%	459	,4%
	Solidaria de Salud						
	Comfasucré	5	,0%	275	,3%	280	,2%
	Comfenalco Quindío	0	,0%	249	,3%	249	,2%
	Coisubsidio/Comfenalco	213	,6%	20	,0%	233	,2%
	Anas Wayuu EPS indígena	0	,0%	189	,2%	189	,2%
	Humana Vivir	119	,4%	42	,0%	161	,1%
	Cafam	104	,3%	53	,1%	157	,1%
	Calisalud	147	,4%	0	,0%	147	,1%
	Comfamiliar de Nariño	0	,0%	62	,1%	62	,1%
	Comfenalco Antioquia	0	,0%	41	,0%	41	,0%
	Comfama	36	,1%	0	,0%	36	,0%
	Comfaboy	28	,1%	0	,0%	28	,0%
	Mallamas EPSI	25	,1%	0	,0%	25	,0%
	Comfenalco Tolima	3	,0%	11	,0%	14	,0%
	COMFAORIENTE	4	,0%	0	,0%	4	,0%
	Comfamiliar Camacó	1	,0%	0	,0%	1	,0%
	Comfenalco Santander	1	,0%	0	,0%	1	,0%
	Asociación de Cabildos	1	,0%	0	,0%	1	,0%
	Indígenas del Cesar						
	Total	32648	100,0%	85937	100,0%	118785	100,0%

## DEFENSORIA DEL PUEBLO

Derechos humanos, para vivir en paz

Del total de las negaciones en este régimen se destaca que el 93.4% es remitido al ente territorial para ser cubierto con subsidio a la oferta, en cumplimiento de las normas establecidas, en especial la Resolución 5334 de 2008 y la Sentencia T-760 de 2008.

Tabla personalizada 1

CODNEG	Lo cubre la entidad territorial	TIPO DE NEGACION					
		CON CTC		SIN CTC		Total	
		NUMERO		NUMERO		NUMERO	
		Suma	% de la suma de columna	Suma	% de la suma de columna	Suma	% de la suma de columna
		30633	93,3%	80261	93,4%	110894	93,4%
	Falta justificación	132	,4%	5546	6,5%	5678	4,8%
	Ya fue autorizado por el CTC	528	1,6%	3	,0%	531	,4%
	Información Incompleta	434	1,3%	17	,0%	451	,4%
	No existe riesgo para la salud o la vida	358	1,1%	0	,0%	358	,3%
	No agotó POS	189	,6%	0	,0%	189	,2%
	Presentado extemporáneo	148	,5%	1	,0%	149	,1%
	Usuario no afiliado o suspendido	11	,0%	75	,1%	86	,1%
	Lo solicitado es POS	80	,2%	1	,0%	81	,1%
	Fórmula sin requisitos	59	,2%	0	,0%	59	,0%
	Otras razones	47	,1%	2	,0%	49	,0%
	Soportes Inconsistentes/Ilegibles	44	,1%	0	,0%	44	,0%
	Lo solicitado es de carácter suntuoso, cosmético o estético	39	,1%	0	,0%	39	,0%
	Formato de solicitud mal diligenciado	34	,1%	0	,0%	34	,0%
	No se encuentra autorizado para su uso o sin registro INVIMA	25	,1%	0	,0%	25	,0%
	Por razones clínicas del Paciente	17	,1%	2	,0%	19	,0%
	Por pertinencia Médica	11	,0%	2	,0%	13	,0%
	Incluido en paquete de atención	11	,0%	1	,0%	12	,0%
	Soportes o prescripción por médico no tratante	11	,0%	0	,0%	11	,0%
	Excede cantidad máxima por servicio	0	,0%	11	,0%	11	,0%
	Quien prescribe no pertenece a la red de la EPS	8	,0%	1	,0%	9	,0%
	Debe ser valorado por otro especialista o Programa	7	,0%	1	,0%	8	,0%
	Servicio asumido por ARP/SOAT	2	,0%	6	,0%	8	,0%
	Ya fue autorizado por tutela	7	,0%	0	,0%	7	,0%
	Es experimental o no hay evidencia médico científica	6	,0%	0	,0%	6	,0%
	No tiene edad requerida	3	,0%	2	,0%	5	,0%
	Usuario en protección laboral	0	,0%	5	,0%	5	,0%
	No disponible en el mercado	3	,0%	0	,0%	3	,0%
	El usuario tiene existencia de medicamentos	1	,0%	0	,0%	1	,0%
	<b>Total</b>	<b>32648</b>	<b>100,0%</b>	<b>85937</b>	<b>100,0%</b>	<b>118785</b>	<b>100,0%</b>



## DEFENSORÍA DEL PUEBLO

Derechos Humanos, para vivir en paz

Al igual que en el Régimen Contributivo, varias de las negaciones son atribuibles a los profesionales de la salud, tales como falta de justificación, soportes inconsistentes, información incompleta, fórmulas sin requisitos formales y formatos mal diligenciados.

Tabla personalizada 1

CODNEG	TIPO DE NEGACION	TIPO DE NEGACION					
		CON CTC		SIN CTC		Total	
		NUMERO		NUMERO		NUMERO	
		Suma	% de la suma de columna	Suma	% de la suma de columna	Suma	% de la suma de columna
	Falta justificación	132	6,0%	5548	97,7%	5678	72,0%
	Ya fue autorizado por el CTC	528	23,8%	3	,1%	531	6,7%
	Información Incompleta	434	19,6%	17	,3%	451	5,7%
	No existe riesgo para la salud	358	16,2%	0	,0%	358	4,5%
	No agotó POS	189	8,5%	0	,0%	189	2,4%
	Presentado extemporáneo	148	6,7%	1	,0%	149	1,9%
	Usuario no afiliado o suspendido	11	,5%	75	1,3%	86	1,1%
	Lo solicitado es POS	80	3,6%	1	,0%	81	1,0%
	Fórmula sin requisitos	59	2,7%	0	,0%	59	,7%
	Otras razones	47	2,1%	2	,0%	49	,6%
	Soportes inconsistentes/ilegibles	44	2,0%	0	,0%	44	,6%
	Lo solicitado es de carácter suntuoso, cosmético o	39	1,8%	0	,0%	39	,5%
	Formato de solicitud mal diligenciado	34	1,5%	0	,0%	34	,4%
	No se encuentra autorizado para su uso o sin registro	25	1,1%	0	,0%	25	,3%
	Por razones clínicas del Paciente	17	,8%	2	,0%	19	,2%
	Por pertinencia Médica	11	,5%	2	,0%	13	,2%
	Incluido en paquete de atención	11	,5%	1	,0%	12	,2%
	Soportes o prescripción por médico no tratante	11	,5%	0	,0%	11	,1%
	Excede cantidad máxima por servicio	0	,0%	11	,2%	11	,1%
	Quien prescribe no pertenece a la red de la EPS	8	,4%	1	,0%	9	,1%
	Debe ser valorado por otro especialista o Programa	7	,3%	1	,0%	8	,1%
	Servicio asumido por ARP/SOAT	2	,1%	6	,1%	8	,1%
	Ya fue autorizado por tutela	7	,3%	0	,0%	7	,1%
	Es experimental o no hay evidencia médico científica	6	,3%	0	,0%	6	,1%
	No tiene edad requerida	3	,1%	2	,0%	5	,1%
	Usuario en protección laboral	0	,0%	5	,1%	5	,1%
	No disponible en el mercado	3	,1%	0	,0%	3	,0%
	El usuario tiene existencia de medicamentos	1	,0%	0	,0%	1	,0%
	Total	2215	100,0%	5676	100,0%	7891	100,0%

**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

Derechos humanos, para vivir en paz.

En conclusión, muchas de las negaciones están fundamentadas en la Resolución 3099 de 2008, la cual, que debe ajustarse a lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional respecto de la garantía en el acceso a los servicios en salud, ya que las dos modificaciones a dicha Resolución sólo se refieren a los recobros.

La Resolución 3099 de 2008 debe adecuarse a lo ordenado por la Corte Constitucional, en los siguientes aspectos:

1. Las reuniones relacionadas en el artículo 5 de dicha Resolución, van en contra de la finalidad de la sentencia T-760 de 2008 que establece que los CTC entren a suplir la presentación de tutelas, lo cual solo sería posible si las éstas son oportunas. Es por eso que esta entidad, debido al volumen de solicitudes, considera que es necesario que dichas reuniones se hagan con una periodicidad más frecuente a lo allí establecido.
2. Según el numeral 1 del artículo 4 y en la totalidad del artículo 6, la resolución debe ajustarse en los siguientes puntos:
  - 2.1. No se puede tratar de la misma manera los procedimientos que se deben seguir respecto a medicamentos con el de "actividades, intervenciones y procedimientos no POS", recientemente incluidos, ya que éstos no cuentan con alternativas terapéuticas definidas en instrumentos o guías de atención, como si lo tienen los medicamentos.
  - 2.2. El concepto del médico tratante: la sentencia establece que este puede estar o no adscrito a la red de prestadores, posibilidad que no considera la resolución, lo cual va contra la sentencia al establecer que "no se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas".
  - 2.3. La finalidad de la sentencia es que los ciudadanos cuenten con un mecanismo administrativo para el acceso a los medicamentos, actividades, intervenciones y procedimientos que están por fuera del plan de beneficios; por lo cual, exigir para la aprobación en el CTC de una de estas solicitudes que el paciente debe encontrarse en situación de riesgo inminente para su vida o su salud, es totalmente contrario a su finalidad y tendrá como consecuencia precisamente el efecto contrario, es decir, un incremento en el número de tutelas, tal como lo observa esta entidad en el estudio de actualización de tutelas del periodo 2006 - 2008.

12

OTG

**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

Derechos humanos, para vivir en paz

3. La resolución 3099 de 2008 no es clara, no ofrece soluciones efectivas a la problemática de los medicamentos, actividades, intervenciones y procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El cumplimiento de la misma por parte de las EPS puede afectar los derechos de los usuarios.

**c. Orden Vigésimo Primero:**

El Consejo Nacional de Seguridad Social informará sobre el proceso de cumplimiento de la unificación de los planes de beneficios para los niños y las niñas del régimen contributivo y del subsidiado; medida que deberá adoptarse antes del 1 de octubre de 2009. El informe deberá ser presentado antes del 15 de marzo de 2009.

**Respuesta:**

El Ministro, como vocero autorizado del CNSSS, informa que la unificación se encuentra en proceso, que se aprobó una metodología que está siendo revisada por cada uno de los miembros del CNSSS y que, una vez elaborada una propuesta, esta será sometida a consulta ciudadana y de las sociedades científicas, en particular de pediatría, así como de los actores del sector.

Entre el plan de actividades se tienen: determinación de la edad límite de niños y niñas; determinación técnica de las necesidades en salud de los niños y niñas; determinación de las diferencias en los contenidos de los dos POS; diferencias entre los contenidos actuales del POS s y los tratados internacionales; estimación de la población de los niños (as) asegurados y la senda de crecimiento de la universalidad junto a la distribución geográfica; revisión de los actuales consumos de servicios de salud de las niñas (os); determinación del valor de unificar los POS; determinación de preferencias sociales; estimación de recursos disponibles en el corto, mediano y largo plazo y aprobación por la CRES del POS unificado.

**Análisis de la Defensoría:**

La Defensoría vigilará el cumplimiento efectivo de esta orden en procura de la efectiva protección de los derechos de los niños.

**d. Orden Vigésimo Tercera:**

El Consejo Nacional de Seguridad Social informará acerca sobre la adopción de las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.

El informe se deberá presentar antes del 15 de marzo de 2009.

**Respuesta:**

El Ministerio informa que expidió la Resolución 3099 de 2008, por la cual se reglamentan los CTC y se establece el procedimiento para el recobro ante el FOSYGA por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS, autorizados por CTC y por fallos de tutelas. Manifiesta que aunque fue expedida antes de la notificación de la sentencia, cumple con lo ordenado por ella y que el mismo año fue ajustada en los puntos a los que se refería la sentencia y que no estaban en la resolución; para ello expidió las resoluciones 3754 y 5334 de 2008.

En el informe detalla que el 99.35% de los recobros en virtud de la autorización del CTC se refiere a medicamentos no incluidos en el POS, y que tan sólo el 0.65% son recobros por procedimientos, insumos, actividades, intervenciones, etc. por fuera del POS.

Respecto de los recobros por fallos de tutela, se presenta un incremento de los casos analizados a través de CTC, de los fallos en los cuales no se dio el trámite.

Por último, propone la creación dentro del Ministerio o de la Supersalud de un CTC "virtual", constituido por especialistas y/o pares para que se pronuncien acerca de la pertinencia de ciertos procedimientos y en especial de medicamentos No POS.

Análisis de la Defensoría:

**DEFENSORÍA DEL PUEBLO**

Docentes humanos, para vivir en paz

La Defensoría considera que, como quiera que en la sentencia se establece que el médico tratante puede ser estar adscrito o no a la red de prestadores, el alcance de la orden debe entenderse de manera integral con lo establecido en la página 148 de la misma, es decir, que en aquellos casos en que la prescripción sea de un médico que no pertenezca a la red, pueda ser considerado por el CTC estableciendo unos requisitos y procedimientos distintos al del médico que pertenezca a esta. Esta situación no se considera de manera especial en la respuesta dada por el Consejo.

Igualmente, esta Defensoría considera necesario que sea aplicado lo mencionado anteriormente, por cuanto la Resolución 3099 de 2008 excluye la posibilidad de que las prescripciones de un médico tratante no adscrito a la red sean consideradas por el CTC. (Literal a., artículo 6.)

En cuanto a la "propuesta" de crear "CTC virtual", se debe decir que ello no sería un desarrollo de la orden dada por la Corte, como sería la creación y reglamentación del comité virtual, así como el procedimiento para adelantar las solicitudes que se presenten.

**e. Orden Décimo Octava:**

La Comisión de Regulación en Salud debe presentar informe sobre la actualización de los Planes Obligatorios de Salud. El informe debe contener:

- 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.

El informe deberá presentarse por lo menos una vez al año.

**Respuesta:**

A la fecha de la presentación de este informe, no se ha cumplido el primer año.