

**INFORME ANUAL DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD  
(CRES) AL CONGRESO DE LA REPÚBLICA  
ENERO 1 A DICIEMBRE 31 DE 2010**

**COMISIONES SÉPTIMAS DE SENADO Y CÁMARA**

**INTEGRANTES DE LA CRES:**

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**  
Ministro de la Protección Social – Presidente CRES  
Enero a Agosto 2010

**MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA**  
Ministro de la Protección Social - Presidente CRES

**OSCAR IVÁN ZULUAGA**  
Ministro de Hacienda y Crédito Público  
Enero a Agosto 2010

**JUAN CARLOS ECHEVERRI GARZÓN**  
Ministro de Hacienda y Crédito Público

**Comisionados Expertos:**

**ESPERANZA GIRALDO MUÑOZ**  
**MARTHA LUCÍA GUALTERO REYES**  
**GUSTAVO ADOLFO BRAVO DÍAZ**  
**HERIBERTO PIMIENTO PATIÑO**  
**RAMIRO ALONSO VERGARA TÁMARA**

# CONTENIDO

<b>1. DESEMPEÑO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b> .....	<b>5</b>
1.1 Registro de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud .....	5
1.1.1 Distribución de la Población Afiliada.....	6
1.1.2 Afiliación al Régimen Contributivo .....	8
1.2 Planes Obligatorios de Salud (POS).....	11
1.2.1 Unificación de los Planes de Beneficios de Salud en Colombia.....	12
1.2.2 Actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS).....	27
1.3 Unidad de Pago por Capitación (UPC) .....	33
1.3.1 Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación UPC .....	33
1.3.2 Relación entre la UPC–C y la UPC–S .....	36
1.4 Cumplimiento de órdenes emitidas por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T– 760 de 2008, durante el período comprendido entre Enero 1º y Diciembre 31 de 2010:.....	37
<b>2. AVANCES TÉCNICOS DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD (CRES)</b> .....	<b>44</b>
2.1 Descripción de los resultados del estudio.....	45
2.1.1 Tecnologías recomendadas para inclusión:.....	45
2.1.2 Tecnologías para las cuales se recomienda estudio formal posterior: .....	45
2.1.3 Tecnologías que se considera no deben ser incluidas en el POS:.....	45
2.2 Resultado del Proceso de Asesoría.....	46
<b>3. AVANCE NORMATIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b> .....	<b>49</b>
<b>4. RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b> .....	<b>55</b>

## PRESENTACIÓN

La Comisión de Regulación en Salud (CRES) es una Unidad Administrativa Especial, adscrita al Ministerio de la Protección Social, creada por la Ley 1122 de 2007 con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial; empezó a ejercer efectivamente sus funciones a partir del día 3 de junio de 2009 con la posesión de los cinco (5) comisionados expertos. Además de éstos, está integrada por el Ministro de Hacienda y Crédito Público y por el Ministro de la Protección Social, quien la preside. Para efectos de sesionar y decidir, los Ministros excepcionalmente podrán delegar en uno de sus viceministros.

Las funciones de la Comisión de Regulación en Salud, que están definidas en el artículo 7 de la Ley 1122, son:

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.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
4. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.
5. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
6. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.
7. Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada.
8. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.
9. Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.
10. Adoptar su propio reglamento.

11. Las demás que le sean asignadas por ley.

Parágrafo 1º. El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisados por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinará con fundamento en estudios técnicos previos.

Parágrafo 2º. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3º. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al Régimen Contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al Régimen Subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Mediante el Decreto 1141 de 2009, modificado por el Decreto 2777 de 2010, el Gobierno Nacional facultó a la CRES para regular dentro de sus competencias legales y en el marco de dicha norma, los aspectos que garanticen el aseguramiento en salud de la población reclusa en el país.

La Comisión habilitó el sitio web [www.cres.gov.co](http://www.cres.gov.co) en el que se puede obtener toda la información actualizada en torno a las acciones desarrolladas, al igual que propicia un canal de comunicación expedito con la Institución. De esa manera, los agentes del Sistema cuentan con una Comisión de Regulación en Salud (CRES) inmersa en un proceso dinámico de concertación y comunicación.

El presente informe tiene como finalidad mostrar a los Honorables Senadores y Representantes de las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un resumen fundamentado de la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el año 2010, que presenta los avances generales del mismo y de manera específica la acción de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) en el marco de sus competencias.

Para estructurar el documento se han tenido en cuenta los cambios sucedidos en el período incluyendo el relevo en el Gobierno Nacional en cabeza del Doctor Juan Manuel Santos Calderón y sus ministros de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público.

# 1. DESEMPEÑO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

## 1.1 Registro de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con corte a 31 de diciembre de 2009, mostraba la siguiente situación según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA): el total de afiliados registrados ascendía a 36.498.377, los afiliados al Régimen Contributivo representaban el 48% y los del Régimen Subsidiado el 52%. Esta cifra representaba el 81,15% del total de la población colombiana.

A 31 de diciembre del año 2010 el SGSSS incrementó su nivel de afiliación en cerca del 10%, llegando a 40.128.398 afiliados en ambos regímenes. En el Régimen Contributivo el incremento fue de 1.053.924 afiliados, que equivale a un aumento del 6.1% con respecto a diciembre de 2009. En el Régimen Subsidiado están registrados 591.838 afiliados más en relación con el año 2009, lo cual equivale al 2.8% del total de la población colombiana, resultando entonces que la afiliación total se incrementó en un 8.18%, que hace que se alcance el 88,2% de la población.<sup>1</sup>

El siguiente cuadro muestra los niveles de afiliación por cada régimen.

**Cuadro No. 1.**  
**Niveles de afiliación a los Regímenes Contributivo y Subsidiado**  
**Años 2009 y 2010<sup>2</sup>**

	2010	2009	Diferencia	Var. %
<b>Contributivo</b>	18.463.180	17.409.256	1.053.924	6,1%
<b>Subsidiado</b>	21.606.494	21.014.656*	591.838	2.8%
<b>Total</b>	40.069.674	38.423.912	1.645.762	8,18%

Fuente: BDUA – MPS. Con fecha de corte a 31 de dic. 2010

\*Subsidiado - Dato Dirección Gestión de la Demanda – Vigencia Contractual con corte 31 de diciembre de 2009

<sup>1</sup> Teniendo en cuenta la información suministrada por el Consorcio FIDUFOSYGA y publicada en el sitio web del Régimen Subsidiado, el cargue de BDUA con corte al 31 de Diciembre de 2009 es de 21.014.656 y el corte de BDUA a Diciembre 31 de 2010 es de 21.606.494 donde el incremento es de 591.838. Cabe recordar que el 2009 hablamos de cupos y en el 2010 de afiliados activamente cargados en la BDUA.

<sup>2</sup> La información del Régimen Subsidiado (RS) para el año 2009 corresponde a **cupos asignados** mientras que la información del año 2010 del RS son **los afiliados cargados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)**.

En el siguiente cuadro se presenta la composición de la afiliación al SGSSS, tanto para el 2009 como para el 2010.

**Cuadro No. 2.**  
**Composición de la afiliación al SGSSS para los años**  
**2009 y 2010<sup>3</sup>**

	2010		2009	
Contributivo	18.463.180	46%	17.409.256	45,31%
Subsidiado	21.606.494	54%	21.014.656	54,69%
<b>Total</b>	<b>40.069.674</b>	<b>100%</b>	<b>38.423.912</b>	<b>100%</b>

*Fuente: BDUA – MPS. Con fecha de corte a 31 de dic. 2010*

### 1.1.1 Distribución de la Población Afiliada

Para el final de 2010 la población afiliada, incluyendo las personas pertenecientes al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado ascendía a 40.128.398. De este total 20.758.151 son mujeres, lo que corresponde a un 51.7%, los restantes 19.370.247 pertenecían al sexo masculino, que equivale al 48.3%.

Por otra parte y teniendo en cuenta el criterio de localización, la población se encuentra distribuida así: El 32.9%, que alcanza los 13.193.641 afiliados, se concentra en las grandes ciudades (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) y los municipios conurbados de Bello, Envigado, Itagüí, Sabaneta, Soacha y Soledad. La afiliación en los municipios apartados y con baja densidad poblacional, alcanza los 3.608.393 afiliados, aproximadamente el 9% de la población total afiliada. Finalmente el 58.1% de la población que asciende a 23.247.507 afiliados recibe la UPC en los dos regímenes.

El siguiente cuadro presenta el número de afiliados por edad, sexo y localización:

<sup>3</sup> La información del Régimen Subsidiado (RS) para el año 2009 corresponde a **cupos asignados** mientras que la información del año 2010 del RS son **los afiliados cargados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)**.

**Cuadro No. 3**  
**Número de afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado**  
**distribuidos por edad, sexo y localización geográfica**

<b>Régimen Contributivo y Subsidiado 2010</b>				
<b>Edad</b>	<b>Adicional</b>	<b>Conurbados</b>	<b>Resto</b>	<b>Total general</b>
<b>Femenino</b>	<b>1.813.472</b>	<b>6.991.668</b>	<b>11.914.124</b>	<b>20.758.151</b>
a. Menor 1	16.623	64.285	111.537	192.766
b. Entre 1-4	138.265	367.263	738.312	1.247.010
c. Entre 5-14	446.483	1.102.931	2.407.698	3.968.637
d. Entre 15-18	180.062	481.754	1.030.131	1.696.224
d. Entre 19-44	687.893	2.845.644	4.549.837	8.097.009
e. Entre 45-49	84.000	494.612	687.368	1.267.205
f. Entre 50-54	67.507	421.715	574.277	1.064.661
g. Entre 55-59	48.795	335.425	457.428	842.430
h. Entre 60-64	40.476	259.236	369.907	670.409
i. Entre 65-69	29.229	191.341	287.702	508.888
j. Entre 70-74	27.902	160.561	253.547	442.593
k. Mayor 75 años	46.237	266.901	446.380	760.319
<b>Masculino</b>	<b>1.794.921</b>	<b>6.201.973</b>	<b>11.333.383</b>	<b>19.370.247</b>
a. Menor 1	17.773	66.982	116.974	202.054
b. Entre 1-4	143.385	380.757	770.421	1.297.953
c. Entre 5-14	458.522	1.137.460	2.479.803	4.087.698
d. Entre 15-18	180.855	481.750	1.037.133	1.703.836
d. Entre 19-44	639.861	2.487.723	4.121.587	7.262.907
e. Entre 45-49	84.593	409.006	628.273	1.123.298
f. Entre 50-54	69.295	336.270	527.549	934.364
g. Entre 55-59	51.633	262.431	426.369	741.324
h. Entre 60-64	43.012	205.500	349.935	599.302
i. Entre 65-69	31.776	150.145	270.946	453.502
j. Entre 70-74	29.108	117.415	231.292	378.423
k. Mayor 75 años	45.108	166.534	373.101	585.586

Fuente: BDUA – MPS. Con fecha de corte a 31 de dic. 2010

### **1.1.2 Financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Comportamiento de los Recursos del Sector Salud**

La financiación del Régimen Subsidiado en la vigencia contractual que finalizó el 31 de marzo de 2011 (período abril 01 2010 – marzo 31 de 2011) ascendió a \$5,58 billones, correspondientes a la contratación de personas efectivamente afiliadas y registradas en la Base de Datos Única de Afiliados BDUA. En términos de la participación de las diferentes fuentes de financiación se observó que los recursos del Sistema General de Participaciones, contribuyeron con el 52% (\$2,8 billones), el FOSYGA aportó el 35% (\$1,9 billones), los recursos propios territoriales financiaron el 12 % (\$0,69 billones) y los recursos de las Cajas de Compensación Familiar – CCF (\$62 mil millones) el 1 %.

La composición entre Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado también se ha modificado. Mientras el Régimen Contributivo redujo su participación de 48% en 2009 a 46% en 2010, el Régimen Subsidiado aumentó su porcentaje de 52% en el 2009 a 54% en el año 2010.

#### **1.1.2 Afiliación al Régimen Contributivo**

Con corte a 31 de diciembre de 2010 la población afiliada al Régimen Contributivo ascendía a 18.463.180 afiliados, de los cuales 9.599.555 son mujeres (52,0%) y los restantes 8.863.625 son hombres, (48,0%).

Por zonas geográficas la población se encuentra distribuida así: El 51.9% de los afiliados (9.589.077) se concentra en las 4 principales ciudades del país y sus municipios conurbados (Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla); 637.480 afiliados, aproximadamente el 3,5% de la población del Régimen Contributivo, se localiza en los municipios dispersos y lejanos. Finalmente, el 44,6% (8.236.597) de los afiliados al Régimen Contributivo se localiza en el resto de municipios del país.

El siguiente Cuadro presenta el número de afiliados en el Régimen Contributivo por edad, sexo y localización.



**Cuadro No.4.**  
**Afiliados al Régimen Contributivo por edad, sexo y**  
**Localización**

<b>Regimen Contitutivo 2010</b>				
<b>Edad</b>	<b>Adicional</b>	<b>Conurbados</b>	<b>Resto</b>	<b>Total general</b>
<b>Femenino</b>	<b>309.215</b>	<b>5.057.532</b>	<b>4.232.798</b>	<b>9.599.555</b>
a. Menor 1	3.936	51.051	46.555	101.542
b. Entre 1-4	21.681	264.406	236.791	522.880
c. Entre 5-14	61.463	725.254	679.457	1.466.177
d. Entre 15-18	23.276	309.141	285.265	617.682
d. Entre 19-44	134.919	2.118.152	1.727.462	3.980.538
e. Entre 45-49	18.812	364.244	291.932	674.988
f. Entre 50-54	14.352	311.971	246.514	572.837
g. Entre 55-59	9.866	254.148	198.983	462.997
h. Entre 60-64	7.008	198.920	156.843	362.771
i. Entre 65-69	4.639	144.979	115.837	265.455
j. Entre 70-74	3.864	120.074	96.386	220.324
k. Mayor 75 años	5.399	195.192	150.773	351.364
<b>Masculino</b>	<b>328.265</b>	<b>4.531.545</b>	<b>4.003.799</b>	<b>8.863.625</b>
a. Menor 1	4.073	52.785	48.630	105.488
b. Entre 1-4	22.646	273.599	245.190	541.437
c. Entre 5-14	64.024	749.042	706.833	1.519.901
d. Entre 15-18	23.422	307.565	287.901	618.888
d. Entre 19-44	144.953	1.913.004	1.622.444	3.680.406
e. Entre 45-49	21.275	309.919	266.847	598.043
f. Entre 50-54	15.790	249.648	216.096	481.536
g. Entre 55-59	10.800	192.332	168.182	371.314
h. Entre 60-64	7.474	155.640	137.930	301.046
i. Entre 65-69	5.031	114.750	102.500	222.281
j. Entre 70-74	3.822	88.977	82.575	175.375
k. Mayor 75 años	4.955	124.284	118.671	247.910
<b>Total general</b>	<b>637.480</b>	<b>9.589.077</b>	<b>8.236.597</b>	<b>18.463.180</b>

Fuente: BDUA – MPS. Con fecha de corte a 31 de dic. 2010

#### 1.1.4 Afiliación al Régimen Subsidiado

Durante la vigencia 2010 se expidieron normas y directrices para las entidades territoriales con el propósito de avanzar en la consolidación de la afiliación al Régimen Subsidiado de la población más pobre y vulnerable. En el mismo sentido para que toda la población afiliada al Régimen Subsidiado ingresara en la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA-.

En este sentido se pasó de un total de 23.373.913 cupos contratados en el Régimen Subsidiado durante la vigencia 2009, a 21.609.544 personas afiliadas activas y cargadas en Base de Datos Única de Afiliados BDUA, contratadas por las entidades territoriales durante la vigencia 2010 según informe del Consorcio

Fidufosyga 2005 con corte 30 de abril de 2011, de las cuales 21.330.458 se encuentran bajo la modalidad de subsidios plenos y 279.086 mediante subsidios parciales vigencia contractual que finalizó el 31 de marzo de 2011.

La población desplazada afiliada al Régimen Subsidiado y cargada en Base de Datos Única de Afiliados con corte 30 de Abril de 2011 corresponde a 872.651 su distribución por Departamento

La población indígena afiliada al Régimen Subsidiado y cargada en Base de Datos Única de Afiliados con corte 30 de Abril de 2011 corresponde a 1.248.874 personas, su distribución por Departamento.

La población desmovilizada del conflicto armado afiliada al Régimen Subsidiado y cargada en Base de Datos Única de Afiliados con corte 30 de Abril de 2011 corresponde a 47.507 personas, la distribución por departamento.

La población caracterizada como resto de población afiliada al Régimen Subsidiado y cargada en Base de Datos Única de Afiliados con corte 30 de Abril de 2011 corresponde a 19.769.828, la distribución por departamento.

**Cuadro 5**  
**Afiliados al Régimen Subsidiado por edad sexo y**  
**localización**

<b>Régimen Subsidiado 2010</b>				
<b>Edad</b>	<b>Adicional</b>	<b>Conurbados</b>	<b>Resto</b>	<b>Total general</b>
<b>Femenino</b>	<b>1.504.257</b>	<b>1.934.136</b>	<b>7.681.326</b>	<b>11.158.596</b>
a. Menor 1	12.687	13.234	64.982	91.224
b. Entre 1-4	116.584	102.857	501.521	724.130
c. Entre 5-14	385.020	377.677	1.728.241	2.502.460
d. Entre 15-18	156.786	172.613	744.866	1.078.542
d. Entre 19-44	552.974	727.492	2.822.375	4.116.471
e. Entre 45-49	65.188	130.368	395.436	592.217
f. Entre 50-54	53.155	109.744	327.763	491.824
g. Entre 55-59	38.929	81.277	258.445	379.433
h. Entre 60-64	33.468	60.316	213.064	307.638
i. Entre 65-69	24.590	46.362	171.865	243.433
j. Entre 70-74	24.038	40.487	157.161	222.269
k. Mayor 75 años	40.838	71.709	295.607	408.955
<b>Masculino</b>	<b>1.466.656</b>	<b>1.670.428</b>	<b>7.329.584</b>	<b>10.506.622</b>
a. Menor 1	13.700	14.197	68.344	96.566
b. Entre 1-4	120.739	107.158	525.231	756.516
c. Entre 5-14	394.498	388.418	1.772.970	2.567.797
d. Entre 15-18	157.433	174.185	749.232	1.084.948
d. Entre 19-44	494.908	574.719	2.499.143	3.582.501
e. Entre 45-49	63.318	99.087	361.426	525.255
f. Entre 50-54	53.505	86.622	311.453	452.828
g. Entre 55-59	40.833	70.099	258.187	370.010
h. Entre 60-64	35.538	49.860	212.005	298.256
i. Entre 65-69	26.745	35.395	168.446	231.221
j. Entre 70-74	25.286	28.438	148.717	203.048
k. Mayor 75 años	40.153	42.250	254.430	337.676
<b>Total general</b>	<b>2.970.913</b>	<b>3.604.564</b>	<b>15.010.910</b>	<b>21.665.218</b>

Fuente: BDUA – MPS. Con fecha de corte a 31 de dic. 2010

## 1.2 Planes Obligatorios de Salud (POS)

En cuanto a las competencias de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) a que hacen referencia los numerales 1 y 2 del artículo 7º de la Ley 1122 de 2007, en concordancia con los mandatos judiciales dirigidos a la entidad contenidos en la Sentencia T-760 de 2008, esto es, “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”, y “definir y revisar como mínimo una vez al año el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán

parte de los Planes de Beneficios”, durante el año 2010 se profirieron los siguientes actos administrativos:

**Cuadro No. 6**  
**Decisiones de la CRES adoptadas mediante Acuerdos**

<b>Fecha</b>	<b>Norma</b>	<b>Asunto</b>	<b>Diario Oficial</b>
17/12/2010	Acuerdo 14	Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo 008 de 2009.	47678 12/04/10
11/10/2010	Acuerdo 17	por el cual se aclara el nombre de un medicamento contenido en el Plan Obligatorio de Salud	47868 20/10/10
29/12/2010	Acuerdo 20	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.	47959 21/01/11

### **1.2.1 Unificación de los Planes de Beneficios de Salud en Colombia.**

La Ley 100 de 1993 definió la cobertura universal de la Seguridad Social en Salud y la unificación de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 estableció que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S.) debía alcanzar en los siguientes tres años la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplieran con los requisitos para la afiliación al Sistema y ordenó a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) actualizar anualmente el Plan Obligatorio de Salud (POS), buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de beneficios de los dos regímenes, con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el Contributivo.

La Honorable Corte Constitucional reiteró estas órdenes y aclaró que la unificación de los planes de beneficios debía iniciarse por la unificación del plan de beneficios de los niños y niñas. Así mismo la Ley 1393 de 2010 en su Artículo 14 dispuso que la unificación debe lograrse a más tardar el 31 de diciembre de 2015.

- **Unificación de planes de beneficios para menores de 18 años.**

La Sentencia T-760 ordenó a la CRES unificar los planes de beneficios para los niños y niñas del Régimen Contributivo y Subsidiado<sup>4</sup>, medida que debía adoptarse antes del 1º de octubre de 2009, teniendo en cuenta los ajustes del valor de la UPC del Régimen Subsidiado necesarios para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura de los servicios de salud. A este respecto la Comisión de Regulación en Salud (CRES) con base en estudios realizados por el Centro de Gestión Hospitalaria (*“Escenarios para el Cumplimiento de las Órdenes Relativas a los Planes de Beneficios. Informe Final”*) y las proyecciones de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y del Ministerio de la Protección Social, mediante el Acuerdo 004 del 30 de Septiembre de 2009 decidió la unificación del POS para los niños y las niñas en el rango de edad entre cero y 12 años<sup>5</sup>, a partir del primero de Octubre del año 2009, dando así cumplimiento a la Sentencia T-760/08.

Posteriormente, mediante el Auto No. 342 de 2009 la Honorable Corte Constitucional dispuso que el *“POS del Régimen Subsidiado para los niños y las niñas, comprende todos los menores de 18 años de edad, afiliados tanto en el esquema de Subsidios Plenos como en el de Parciales”*. Y en este sentido, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) mediante Acuerdo 011 del 29 de enero de 2010 dio cumplimiento a lo señalado por la alta Corporación.

Así la cobertura en servicios para niños y niñas menores de 18 años corresponde a lo previsto por las normas vigentes para el Régimen Contributivo, conservando estos menores las ventajas o diferencias positivas que incluye el plan de beneficios del Régimen Subsidiado. La diferencia entre los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado se observa en el siguiente cuadro:

---

<sup>4</sup> Orden 21 de la Sentencia T-760 de 2008

<sup>5</sup> Esta decisión estaba basada en lo dispuesto por el Artículo Tercero de la Ley 1098 de 2006, en la que se entiende por niño o niña las personas entre los cero y doce años de edad.

**Cuadro No. 7**  
**Cobertura de servicios para menores de 18 años, según el Régimen**

<b>NIVELES DE COBERTURA</b>	<b>RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>	<b>RÉGIMEN SUBSIDIADO</b>
<b>Nivel I</b>	El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo POS-C cubre con atención hospitalaria y ambulatoria en servicios de baja complejidad, brindados por personal de salud no especializado y equipos o recursos de baja complejidad, para todo grupo poblacional y cualquier caso, evento o condición médica no complicada o que no requiera atención especializada. Incluye la atención del embarazo, parto y puerperio así como la atención odontológica que sea de baja complejidad. Se incluyen actividades, procedimientos e intervenciones para Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad según normas técnicas adoptadas mediante Res. 412 de 2000 y las demás que la adicionan, complementan o sustituyen	La cobertura en este Nivel es igual a la del Régimen Contributivo
<b>Nivel I, Nivel II y Nivel III</b>	Para Atención Inicial de Urgencias el POS-C cubre todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias. Atención inicial de Urgencias en los términos del Artículo 12 del Decreto 783/2000 cualquiera que sea la edad del usuario y para toda patología o trauma que motiva la demanda de la atención	El POS-S tiene la misma cobertura para Atención Inicial de Urgencias.
<b>Nivel II y Nivel III</b>	El POS-C cubre la atención de los menores de 18 años con todos los medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud incluidas en el Acuerdo 008 de 2009.	El POS-S tiene la misma cobertura para los menores de 18 años.
<b>Nivel II y Nivel III</b>	El POS-C cubre la atención del embarazo, parto y puerperio con todos y cualquiera de los servicios especializados o de mediana y alta complejidad que sean necesarios descritos en el Acuerdo 008 de 2009. Asimismo el POSC cubre la IVE en los casos despenalizados por la Corte Constitucional, mediante Sentencia No. C-355 de 2006.	El POS-S tiene la misma cobertura, incluyendo las afecciones relacionadas o complicaciones del embarazo, parto y puerperio y de las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de los mismos, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la

NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
		<p>supervivencia del recién nacido.</p> <p>Asimismo el POS-S cubre la IVE en los casos despenalizados por la Corte Constitucional.</p>
<p><b>Nivel II y Nivel III</b></p>	<p>Para atención de casos de discapacidad, el POS-C cubre la Rehabilitación funcional o de medicina de rehabilitación y fisioterapia en servicios de mediana y alta complejidad de las personas de cualquier edad con deficiencias, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera que haya sido la patología causante, con todas las actividades, procedimientos e intervenciones, contenidas en el Acuerdo 008 de 2009. Incluye la cobertura de casos con deficiencias visuales y auditivas. No cubre la psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada.</p>	<p>El POS-S cubre los procedimientos para la rehabilitación funcional en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera haya sido la etiología o afección causante o tiempo de evolución contempladas en el literal g., del numeral 2., del Artículo 61 del acuerdo 008 de 2009. No cubre suministro de ayudas auditivas (audífonos) ni la atención por psicología y psiquiatría</p>
<p><b>Nivel II y Nivel III</b></p>	<p>Incluye el suministro de prótesis y órtesis, implantes o dispositivos señalada en el artículo 15 del Acuerdo 008 de 2009, y en general los insumos, suministros y materiales necesarios para todas y cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones cubiertos en el Acuerdo 008 de 2009. En el POSC están cubiertos los lentes para corrección de defectos que disminuyan la agudeza visual para cualquier edad en adultos cada 5 años y en niños cada año.</p> <p>El POS-C no cubre monturas.</p>	<p>En el POS-S no hay cobertura de dispositivos e insumos médico quirúrgicos para eventos no aludidas entre los Artículo 58 y 70 del Acuerdo 008 del 2009 El POS-S incluye para los menores de 20 años y mayores de 60 años, el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente, y suministro de lentes cada vez que por razones médicas sea necesario su cambio.</p>
<p><b>Nivel II y Nivel III</b></p>	<p>El POSC cubre las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales y equipos y dispositivos biomédicos, para la atención de cualquier grupo poblacional y para</p>	<p>El POS-S las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos</p>

NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
	todas las patologías de acuerdo con las coberturas señaladas en el Acuerdo 008 de 2009	para determinados grupos poblacionales, patologías, casos y eventos de acuerdo con las coberturas señaladas entre los Artículos 58 y 70 del Acuerdo 008 de 2009
<b>Nivel IV</b>	<p>Los eventos y servicios de alto costo incluidos en el POS-C son los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de medula ósea y de córnea.</li> <li>2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.</li> <li>3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón</li> <li>4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.</li> <li>5. Reemplazos articulares.</li> <li>6. Manejo médico-quirúrgico del Gran Quemado.</li> <li>7. Manejo del trauma mayor.</li> <li>8. Manejo del paciente infectado por VIH</li> <li>9. Quimioterapia y Radioterapia para el Cáncer.</li> <li>10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos</li> <li>11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.</li> </ol>	<p>Las atenciones de alto costo incluidas en el POSS son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Casos de pacientes con diagnóstico de enfermedades cardiacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad que requieran atención quirúrgica, incluyendo actividades, procedimientos e intervenciones de Cardiología y Hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento en los casos que se requieran, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio. Incluye trasplante cardiaco</li> <li>2. Casos de pacientes que requieran atención quirúrgica para afecciones del Sistema Nervioso Central de cualquier etiología y en cualquier grupo de edad, incluyendo las afecciones vasculares y neurológicas, intracraneales y las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, descritas en</li> </ol>



NIVELES DE COBERTURA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO
		<p>el Acuerdo 008 de 2009. Incluye atención de las afecciones de columna vertebral y/o del canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula como consecuencia de un trauma que requiera atención quirúrgica, bien sea por Neurocirugía o por Ortopedia y Traumatología, así mismo incluye, la corrección de la Hernia de Núcleo Pulposo,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Casos de pacientes en cualquier edad con diagnóstico de Insuficiencia Renal Aguda o Crónica. Incluye trasplante renal</li> <li>4. Casos de paciente clasificado como Gran Quemado</li> <li>5. Casos de infección por VIH</li> <li>6. Casos de pacientes con Cáncer</li> <li>7. Atención de pacientes que requieran reemplazo articular parcial o total de cadera o Rodilla</li> <li>8. Internación en Cuidados Intensivos</li> </ol>

Ahora bien, consultada la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en diciembre de 2010, se encuentra que con la unificación del POS se han beneficiado cerca de 9 millones de afiliados al Régimen Subsidiado menores de 18 años, lo que significa que el país cuenta hoy con un plan de beneficios único para aproximadamente 14,4 millones de menores de 18 años que se encuentran afiliados al SGSSS.

El siguiente cuadro muestra los menores de 18 años afiliados al SGSSS, con fecha de corte Diciembre 2009 y Diciembre de 2010. De un año a otro se observa

un crecimiento del 11% en el aseguramiento para este grupo, el cual además de su ingreso al Sistema se vio beneficiado con la Unificación del POS.

**Cuadro No. 8**  
**Crecimiento de la Afiliación en los Regímenes del S.G.S.S.S<sup>6</sup>.**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Crecimiento %</b>
<i>Regimen Contributivo</i>	5.083.164	5.493.995	8%
<i>Regimen Subsidiado</i>	7.840.813	8.902.183	14%
<b>Totales</b>	<b>12.923.977</b>	<b>14.396.178</b>	<b>11%</b>
Fuente: BDU A - MPS			

Con

fecha de corte a 31 de dic. 2010

Por la importancia que representa la cobertura brindada a los menores de 18 años la Comisión de Regulación en Salud (CRES) implementó un observatorio con vocación de permanencia. Mediante este observatorio se pretende hacer una evaluación que permita establecer si la unificación de los planes de beneficios ha permitido el acceso efectivo en la prestación de servicios de salud para los niños y niñas.

En observancia del Parágrafo 3º del Artículo 7º de la Ley 1122 de 2007, la CRES tuvo en cuenta para dar cumplimiento a lo ordenado en la Sentencia T-760 de 2008, la compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo como quedó consignado en el respectivo Documento Técnico así:

“... para la toma de decisiones y conforme lo ordena la Ley 1122 de 2007, se evaluó que el ajuste propuesto a la UPC-S no afectara el marco fiscal de mediano plazo. En efecto, el marco fiscal vigente, no contempla ningún impacto adicional por efecto de la Sentencia T-760 de 2008, ya que incluye los recursos para la universalización de la afiliación, no sólo por lo ordenado en el Fallo AP-01252 de 2007 del Consejo de Estado sino lo previsto por la misma Ley 1122 de 2007.

- **Prueba Piloto de Unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) en los Distritos de Barranquilla y Cartagena.**

<sup>6</sup> La información del Régimen Subsidiado (RS) para el año 2009 corresponde a **cupos asignados** mientras que la información del año 2010 del RS son **los afiliados cargados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)**.

Dando cumplimiento a la orden vigésimo segunda de la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, en la que ordenó a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) adoptar un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, para efectos de validar la consistencia de los recursos y los costos del plan unificado en el Régimen Subsidiado, el plan de atención relacionado con dichos costos, la coherencia de la información de afiliación, servicios y costos y la solidez de la participación ciudadana, fue necesario diseñar e implementar unas pruebas piloto fijando unas reglas claras a los entes territoriales para que fueran posibles. Así mismo, la Ley 1393 de 2010 en su artículo 14 dispuso que esta unificación debe lograrse a más tardar el 31 de diciembre de 2015.

Es así como el Gobierno Nacional expidió el Decreto 965 de 2010 “Por medio del cual se reglamenta parcialmente el artículo 4 del Decreto Ley 132 de 2010 y se dictan otras disposiciones”. En él fijó como objeto “definir y reglamentar las condiciones para determinar la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo y la consecuente transformación de recursos, de conformidad con lo previsto en el artículo 4º del Decreto-ley 132 de 2010”.

Igualmente dispuso que “La gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo se implementará a partir de 2010 en los departamentos con los municipios que hagan parte de su jurisdicción, y en los distritos, que seleccionen los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y de la Protección Social hasta cubrir todo el territorio nacional...”

En lo que tiene que ver con el POS, la misma norma señaló que “...la unificación se entiende como el acceso a la prestación de servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo definido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y cubrirá a la población afiliada al Régimen Subsidiado y la población potencial elegible, de conformidad con las normas vigentes. En el mencionado Decreto 965, Artículo 2º. Se fijan entonces, los criterios y demás requisitos de selección de entidades territoriales:

- a) Solicitud de la entidad territorial.
- b) Haber solicitado ante el Consejo Superior de Política Fiscal - Confis Territorial o quien haga sus veces, la aprobación del Plan general financiero de la unificación de planes obligatorios de salud entre régimen subsidiado y contributivo, el cual incluirá el plan de transformación de recursos requerido para

la unificación, en armonía con el literal b) del artículo 4° del Decreto- ley 132 de 2010. El plan general deberá garantizar la sostenibilidad de la universalización y de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el régimen subsidiado y contributivo, así como considerar todas las fuentes y los efectos financieros y fiscales que sobre la red pública de prestadores de servicios de salud cause la unificación. El Plan general deberá contar con el concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y del Ministerio de la Protección Social, entidades que deberán adelantar el seguimiento respectivo. Para la selección definitiva de una entidad territorial será indispensable contar con la aprobación del Confis Territorial o quien haga sus veces, a la solicitud aquí mencionada.

c) Haber logrado la cobertura universal del régimen subsidiado en salud, o haberla previsto en el plan general financiero de que trata el literal b) del presente artículo, entendiéndose por cobertura universal la definida en las normas vigentes.”

Sobre estos parámetros fueron autorizadas las Pruebas Piloto de los Distritos de Barranquilla y Cartagena, unificando el plan de beneficios de los mayores de 18 años afiliados al Régimen Subsidiado con sus iguales en el Régimen Contributivo, correspondiéndole a la CRES la fijación de la respectiva UPC-S.

- **Prueba Piloto de Unificación de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Barranquilla.**

El 29 de enero de 2010 mediante el Acuerdo 12, la Comisión de Regulación en Salud, (CRES), fijó la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de aplicación de la cobertura de salud, mediante la unificación de los planes de beneficio de ambos regímenes en el SGSSS, para la población afiliada al Régimen Subsidiado en el Distrito de Barranquilla.

Esta decisión de la CRES tuvo su origen en una propuesta que el Distrito le formuló a finales del año 2009 y comprende entre sus elementos algunas hipótesis que han de ser probadas a través de la prueba piloto, inicialmente durante un período de seis (6) meses, prorrogables a juicio de la Comisión.

Dichas hipótesis fueron las siguientes:

-Universalización del aseguramiento en salud a toda la población pobre y vulnerable, bajo la premisa de que la población con capacidad de pago total está afiliada al Régimen Contributivo.

-La UPC-S necesaria para financiar el POS Contributivo a los afiliados al Régimen Subsidiado es inferior a la actual UPC del Régimen Contributivo, en razón a que la frecuencia de uso de servicios en el Subsidiado es inferior a la de los afiliados al Contributivo y las tarifas aplicables a esos servicios son más bajas.

-Los usuarios requieren la integralidad.

-Los entes territoriales y el país requieren un modelo financiero, estable, financiable, compensatorio.

-Las normas legales vigentes en ese momento lo establecían.

-Se requerían propuestas que puedan solucionar un problema y probarlas.

-Los entes territoriales deben asumir su función de gerencia del proyecto de salud que fuera garante de la calidad y de inspección y vigilancia.

-Para mejorar indicadores de salud se requieren aseguradores únicos  
Planteó además el Distrito de Barranquilla en su propuesta, las razones por las cuales consideró que puede desarrollar con éxito la Prueba Piloto:

-Tiene una población importante pero controlable, identificada y ubicada.

-Es un distrito con todas las competencias de atención en salud, estado de aseguramiento en personas superior al 90 %.

-Dispone de los saldos de liquidación requeridos.

-Existe una IPS pública del orden Nacional dispuesta.

-Dispone de un modelo de atención que induce a la demanda y limita las barreras de acceso y privilegia las actividades de promoción y prevención.

- Tiene hoy usos de servicios cercanos a los esperados.
- Dispone de la infraestructura asistencial requerida.
- Tiene un esquema tarifario favorable.
- Dispone de un sistema de información que permite capturar la información y el análisis de la misma.
- Dispone de todas las facilidades para evaluación y control.
- Administración confiable y de intereses sociales claros.
- Tiene la voluntad y la actitud.

Sobre la financiación se tendrían en cuenta acciones a realizar por el ente territorial, y para esto se tenían las siguientes fuentes: Sistema General de Participaciones en Salud, Subsidio a la Oferta, recursos propios (constituidos por Ingresos Corrientes de Libre Destinación - ICLD), Rentas Cedidas, Recursos de Capital de Libre y de Destinación Especifica, entre otros. Además por el FOSYGA los recursos para la financiación de estos eventos para población en desplazamiento, y otros recursos nacionales.

La Prueba Piloto que comprende los aspectos mencionados, tiene unos componentes principales y otros subsidiarios:

- **Principales:**

- Evaluación de la UPC asignada, en especial en sus componentes de servicios, frecuencias y costos.

- Sostenibilidad financiera para la EPS-S y el SGSSS.

- **Subsidiarios:**

- Observación del modelo de atención y de la red de servicios, dentro del marco de eficiencia del sistema.

- Evaluación de la reglamentación, operación y financiamiento de la universalización del aseguramiento.

-Evaluación de la reglamentación, operación y financiación del plan de beneficios único.

-Evaluación de la normatividad vigente y los ajustes.

-Observación del impacto del plan, modelo y medidas en la red prestadora, los aseguradores y los entes territoriales.

-Observación del impacto del plan, modelo y medidas en la calidad de los servicios ofrecidos.

-Observación del impacto del plan, modelo y medidas en la satisfacción del usuario.

-Observación del impacto del plan, modelo y las medidas en la gestión y resultado de la salud pública.

-Observación del impacto del plan, modelo y las medidas en las necesidades de recursos de talento humano.

-Evaluación del impacto del plan, modelo y las medidas en la modernización y rediseño de la red pública.

En el observatorio se ha evidenciado la mayor satisfacción de los usuarios por cuanto se redujeron ostensiblemente los trámites para acceder a una gran cantidad de servicios, que anteriormente figuraban como no POS-S y que debían gestionar directamente ante el Ente Territorial. Ello ha sido favorecido por el modelo de atención primaria en salud que se ha venido implementando en Barranquilla.

Para el Distrito de Barranquilla ha resultado igualmente benéfica la unificación ya que ha podido reorganizar sus funciones y profundizar en su papel como órgano de dirección del S.G.S.S.S. a nivel local.

Sigue predominando la problemática de flujo de recursos entre las EPS-S y los prestadores de servicios de salud (IPS), al igual que el reporte de información que es un factor determinante de la suficiencia o no de UPC-S fijada para las pruebas piloto.

Para la continuación de la experiencia de unificación la CRES fijó la UPC-S específica del año 2011 para ellas a través de sus Acuerdos 019 y 023.

- **Prueba Piloto de Unificación de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Cartagena.**

El 30 de marzo de 2010 mediante el Acuerdo 13 la Comisión de Regulación en Salud (CRES), fijó la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de aplicación de la cobertura de salud, mediante la unificación de los planes de beneficios de ambos regímenes en el SGSSS, para la población afiliada al Régimen Subsidiado en el Distrito de Cartagena.

Esta decisión de la CRES tuvo su origen en una propuesta que el Distrito le formuló al Gobierno Nacional desde inicios de 2010 y al igual que el de Barranquilla, comprende entre sus elementos algunas hipótesis que han de ser probadas a través del observatorio, inicialmente durante un período de seis (6) meses, prorrogables a juicio del Gobierno.

La Administración Distrital de Cartagena tuvo en cuenta lo ya actuado en Barranquilla y atendiendo sus particularidades, formuló la siguiente propuesta el 2 de marzo de 2010:

- “Universalización del aseguramiento en salud a toda la población pobre y vulnerable, bajo la premisa de que la población con capacidad de pago total está afiliado al Régimen Contributivo.
- Implementación a partir del 1 de abril de 2010 de una prueba piloto en la cual todo ciudadano o ciudadana sin seguridad social, pobre y vulnerable según los diferentes mecanismos de identificación (SISBEN, listados censales y poblaciones especiales), acceda a la prestación de servicios mediante el aseguramiento realizado por las empresas promotoras de salud con cobertura inmediata.
- Unificación de los planes de beneficios. Todos los menores de 18 años y afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales tendrán derecho a los mismos servicios del Contributivo según la normativa vigente. Los eventos excepcionales serán cubiertos por el entonces FONPRES creado al amparo de la Emergencia Social declarada a finales de 2009.
- La población actualmente afiliada mediante subsidios parciales tendrá los beneficios contemplados para la población afiliada mediante subsidios plenos en el resto del país. Se ofrecerá la opción de un aporte mensual de



\$7.555,30 por cada miembro de su grupo familiar mayor de 18 años que será recaudado por la EPS para acceder a los beneficios plenos del Régimen Contributivo.”

La prueba piloto inició su operación en Cartagena el 1º de abril de 2010 para los usuarios del Régimen Subsidiado. La unidad de pago por Capitación fue la aprobada en el Acuerdo 013 de la CRES, correspondiente a un valor de \$380.391,60 para 2010 y mediante Acuerdo 019 de 2010 se fijó en \$396.565,20 para el año 2011. Siguiendo lo dispuesto en el parágrafo del artículo tercero del Acuerdo 013 de 2010 expedido por la CRES, se conformó un Observatorio para analizar la información enviada por el Distrito de Cartagena derivada del desempeño de la atención en salud reportada por las EPS-S. Lamentablemente la información recibida ha sido muy escasa y deficiente, aún en las dos vistas programadas al ente territorial de las cuales se pudo concluir y recomendar lo siguiente:

Es aún incipiente la definición sobre la suficiencia de la UPC-S fijada para la prueba piloto. Se expuso en la primera visita una primera conjetura por parte del ente territorial en la que señaló que existía holgura y que ninguna de las EPS-S ha sido deficitaria en su aplicación, pero los cálculos no contenían el gasto en medicamentos como tampoco la deducción de las glosas que no tiene una apreciación porcentual. Hace falta la validación de este aspecto por parte de las promotoras. La información con la que se contaba a la fecha no era suficiente para tomar decisiones respecto a la Unidad de Pago por Capitación por lo que no es confiable para realizar algún tipo de proyección por lo que se le aplicó a la UPC-S de las pruebas piloto de unificación de Barranquilla y Cartagena el mismo incremento de la UPC-S del resto del país.

La oferta de servicios es precaria e insuficiente. Se mejoraría eventualmente al final de 2011 con la inclusión de la nueva prestación pública de 4 hospitales de segundo nivel y 10 centros de primer nivel de atención pero es imperativo cuantificar el incremento inicial de la demanda inducida por la prueba piloto y la eventual estabilización al satisfacerse la misma. Igualmente, al definirse la sobrecarga de la prestación frente al futuro incremento de servicios a cargo del ente territorial, se podrá lograr predecibilidad en el modelo de servicios que en este momento al lado de la cartera morosa, está distorsionando las posibles bondades de la igualación de planes de beneficio a favor de los usuarios.

El usuario encuentra un menor trámite en su acceso pero la oportunidad en las citas es mala.

Es imperativo aplicar una sola malla validadora de los RIPS. Se acuerda usar la de Coosalud que acepta cederla.

Se deben analizar los RIPS en mesas conjuntas de trabajo. Se acuerda hacerlo en breve al igual que hacer evaluación dentro de dos meses en conjunción con los delegados de la CRES.

Los informes sobre la Prueba Piloto deben ser presentados por el ente territorial a partir del mes de julio de 2010 con base en el instrumento que para tal efecto fue definido por la CRES y la Dirección de la Gestión de la Demanda del Ministerio de la Protección Social.

Se debe implementar la cesión de créditos de las EPS-S en el ente territorial en favor de las IPS. En principio acuerdan implementarlo y se debe formalizar el compromiso. Se trata de que paguen lo actual y vayan amortizando lo anterior.

Se acepta la presencia de dos auditores del DADIS quienes darán las autorizaciones que no podrán ser desconocidas por las EPS-S. Luego se radicarán las facturas.

La situación actual del flujo de recursos EPS-S a IPS y el modelo de prestación de servicios que dificulta el control del tránsito entre niveles de atención y una oportunidad adecuada, hacen muy difícil la operación del Régimen Subsidiado en general, y la implementación de la unificación de planes de beneficios en particular, por el incremento de la demanda que ello ocasiona en forma inicial. Para continuar con la prueba es muy importante que se formalicen compromisos de pago y de cesión de créditos de las EPS-S a favor de las IPS, al igual del establecimiento de un cronograma de la ejecución y puesta en marcha de las obras de infraestructura prestacional de servicios a cargo del Distrito, con plazos muy determinados para que comiencen a funcionar debidamente dotados, con la anuencia de todos los agentes del Sistema. De otra manera no sería procedente prorrogar la prueba piloto, pues hacerlo podría acentuar la crisis.

En la segunda vista en septiembre de 2010, la EPS COOSALUD, hace una sustentación del impacto de la Unificación en los gastos que tienen que asumir y por lo tanto aduce lo que considera "Insuficiencia de la UPC" ya que afirman que los costos superan en un 15% la UPC-S asignada en la prueba. Es la única EPS-S que hace una afirmación con cifras.

Debido a la precariedad de la información reportada directamente por las EPS-S que operan en Cartagena, se puede afirmar con propiedad que no brinda los elementos técnicos para determinar la suficiencia o no de la UPC autorizada para

el año 2010 y mucho menos para la toma de decisión frente al valor de la UPC que se reconocerá para el año 2011.

Se solicitó a finales de 2010 la presencia de la Procuraduría General de la Nación y de la Superintendencia Nacional de Salud para que revisen y definan responsabilidades en lo referente a las dificultades en el flujo de recursos, para buscar correctivos inmediatos.

### **1.2.2 Actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS)**

Una vez la Comisión de Regulación en Salud inició operaciones, con fundamento en los estudios adelantados hasta esa fecha por el Ministerio de la Protección Social, estructuró, estudió y aprobó el Acuerdo 003 de 2009, con el cual dio cumplimiento a la Orden 17 de la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional. Sin embargo la mencionada norma no entró en vigencia, pues fue rápidamente revisada, mejorada y reemplazada por el Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud, *“Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”*, entrando en vigencia el 1º de enero de 2010, el cual se considera como el punto de partida para la actualización del POS en la nueva etapa del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en lo que a regulación se refiere.

Se considera importante anotar que para los análisis que dieron como resultado el Acuerdo 008 se tuvieron en cuenta además de las consideraciones puramente técnicas, todas las recomendaciones recibidas de instituciones, organizaciones, sociedades científicas, distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la ciudadanía en general.

Del Acuerdo 008 se destaca lo siguiente:

- Se compilan en un solo texto normativo los planes obligatorios de salud para los regímenes Contributivo y Subsidiado (pleno y parcial), recogiendo no solo los Acuerdos sobre actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos, recogiendo diversas normas que definen, precisan o aclaran entre otros, algunos de los beneficios que brinda el Sistema a la población colombiana.
- Se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS, lo que permite estandarizar los datos que requiere el Sistema Integral de la Información de la Protección Social y elimina la interpretación para una homologación de servicios como sucedía con la existencia del MAIPOS
- Se incluyen criterios para aclarar, modificar y actualizar el POS.

- Se definen en capítulos independientes, las condiciones en las cuales se prestan servicios que han generado controversias entre los actores como atención de urgencias, atención ambulatoria, atención domiciliaria, atención con internación u hospitalización, servicio de transporte, trasplantes e injertos y atención de pacientes con enfermedades terminales.
- Se precisa el acceso a los medicamentos y la continuidad en el tratamiento con los mismos a los usuarios.
- Se lista un total de 5963 actividades, intervenciones y procedimientos a los cuales tienen derecho los afiliados y beneficiarios del Régimen Contributivo.
- Se enuncian en forma explícita las exclusiones para ambos regímenes, como están enumeradas en los Artículos 54 y 68.

Se incluyen dos artículos, en los cuales se precisa la forma en que se encuentran estructurados cada uno de los dos planes, Contributivo y Subsidiado<sup>1</sup>.

- Se precisa que los planes se prestarán a los afiliados de cada uno de los regímenes *“... dentro del territorio nacional y con la tecnología media disponible en el país en los términos descritos en dicho principio en el artículo 5º y en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería tal como lo señala el artículo 182 de la Ley 100 de 1993”*

Se amplía el Glosario, dejando claro que dichas definiciones, no se constituyen como coberturas dentro de los planes.

- Se aumentan y precisan los principios con los cuales se debe aclarar, modificar y actualizar el POS, quedando los siguientes:
  - Integralidad
  - Territorialidad
  - Pertinencia epidemiológica y costo efectividad
  - Calidad
  - Corresponsabilidad
  - Complementariedad
  - Eficacia y sostenibilidad financiera
  - Transparencia y participación
- Se cambia la distribución del articulado para que queden en forma separada las condiciones generales, el contenido del POS del Régimen contributivo – POS-C y el contenido del POS del Régimen Subsidiado – POS-S.

- Se incluyen dos anexos:
  - El N° 1 que corresponde al listado de medicamentos: se organiza en orden alfabético, con la misma codificación del Acuerdo 228 mientras se precisa la codificación por parte del Ministerio de la Protección Social y sólo se dejan agrupados los correspondientes a los programas especiales como: Antileprosos, antituberculosos, antipalúdicos, etc.
  - El N° 2 que corresponde al listado de actividades, intervenciones y procedimientos: las actividades, intervenciones y procedimientos, específicos del Régimen Subsidiado, se describen en los términos de la Codificación Única de Procedimientos de Salud.

- Se eliminan:

Del anexo 1: Tranilcipromina - medicamento que se excluye en razón a que no se utiliza ni se distribuye en el país desde hace aproximadamente 17 años.

Del anexo 2: 131 actividades, intervenciones o procedimientos, en razón a su obsolescencia (ya no se realizan en el país) o por corresponder a exclusiones explícitas en el articulado del Acuerdo.

- Se incluyen 175 nuevas actividades, intervenciones y procedimientos, con relación a la Resolución 5261 de 1994.

Al ser el proceso de actualización del POS permanente, progresivo, sistemático y dinámico, las actividades de la CRES no se detuvieron en la expedición del Acuerdo 008 de 2009. Además de la revisión constante del mismo Acuerdo 008 que condujo a la expedición del Acuerdo 014 de 2010 *“Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo 008 de 2009”*, se adoptaron las siguientes medidas:

- La CRES expidió el Acuerdo 017 de 2010 *“Por el cual se aclara el nombre de un medicamento contenido en el Plan Obligatorio de Salud.”* Con fundamento en el análisis técnico de la solicitud presentada por el Fondo Nacional de Estupefacientes en cuanto a la corrección del nombre del medicamento Dihidromorfona<sup>7</sup> en concentraciones farmacéuticas de 2.5 y 2.0 g/mL por el de Hidromorfona, debido a que la “Dihidromorfona” no se encuentra registrada en el INVIMA bajo esta denominación y podía inducir a error a los consumidores. Así mismo, la Hidromorfona es el nombre más

---

<sup>7</sup> Esta denominación del medicamento HIDROMORFONA aparece en el Acuerdo 228 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

aceptado a nivel mundial por el Servicio de Resúmenes en Química de la Asociación Americana de Química y sí cuenta con registro sanitario del INVIMA.

- La CRES, mediante proceso licitatorio suscribió un Contrato de Consultoría con la Universidad Nacional de Colombia para desarrollar la construcción de las metodologías y los estudios necesarios para actualizar el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), garantizando la participación amplia de los actores del SGSSS y la ciudadanía.
- La CRES, recibió solicitudes de:

**Gráfico No. 1. Solicitudes de realizadas ante la CRES**

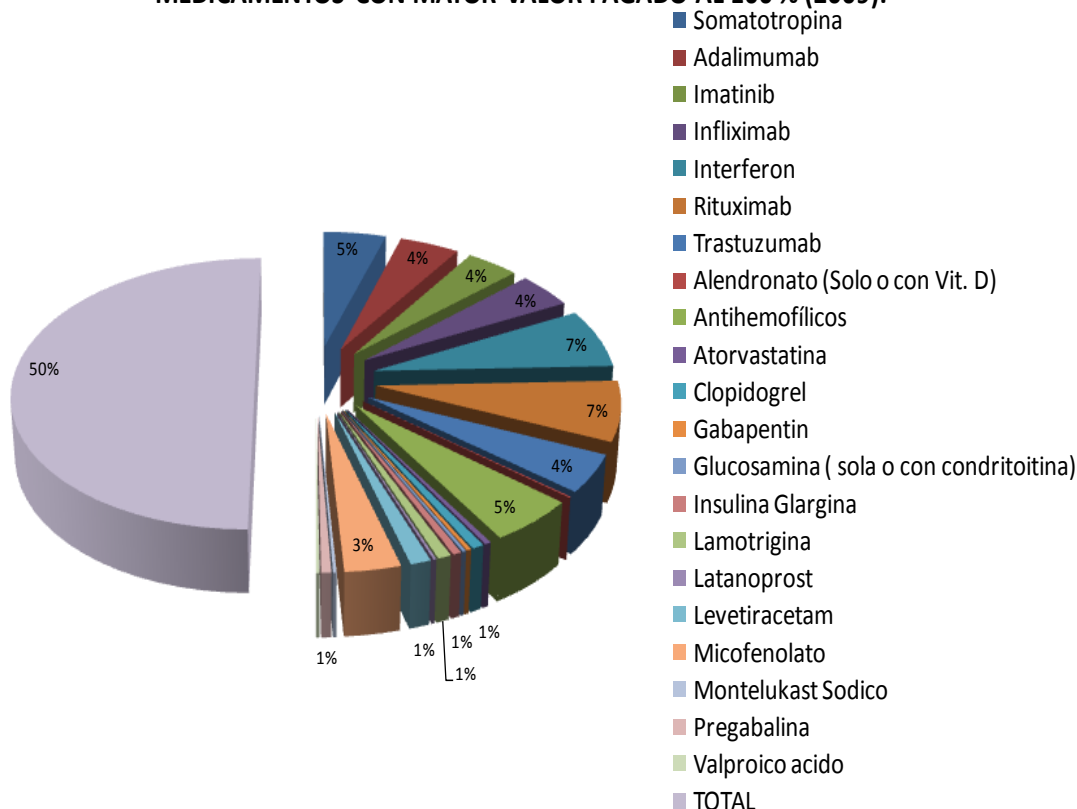


- La CRES para adelantar el estudio respectivo y en desarrollo del contrato suscrito con la Universidad Nacional de Colombia, realizó un proceso de selección de tecnologías para estudios iniciales. De este proceso, que significó la realización de una ficha por solicitud, se escogieron 31 tecnologías por consenso técnico de los funcionarios de la Subdirección Técnica de la CRES, con puntaje de los siguientes criterios superior al 80%:
  - Población que se beneficia. (Frecuencia de uso, carga de enfermedad)
  - Tecnología (Disponibilidad, accesibilidad)
  - Seguridad (Eventos Adversos).
  - Costos. (Necesidad de aprendizaje, impacto organizativo, costo unitario).
  - Impacto económico.

- Una vez seleccionadas las 31 tecnologías, se efectuó su cruce contra las tecnologías NO POS recobradas ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y pagadas por éste al 100% del valor recobrado, así:

**Gráfico No. 2**

**REPRESENTACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD INICIALES CONTRA LOS 50 MEDICAMENTOS CON MAYOR VALOR PAGADO AL 100 % (2009).**



- Adicionalmente, en ejecución del respectivo contrato suscrito entre la CRES y la Universidad Nacional, se adelantó un análisis de las Normas Técnicas y Guías de Atención de las enfermedades de interés en Salud Pública vigentes; esto con el propósito de verificar contra las listas explícitas el contenido del POS con énfasis en promoción y prevención.
- Los resultados de los estudios técnicos adelantados por tecnología se presentaron ante los representantes de los usuarios y de las sociedades científicas en ocho ciudades del país: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla,

Bucaramanga, Valledupar, Pereira y Villavicencio. (Ver numeral 3 del presente informe)

- La CRES, como resultado de este proceso, expidió el Acuerdo 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.”*
- Para decidir sobre la ampliación de estas concentraciones la Comisión de Regulación en Salud realizó los respectivos análisis centrados en el estudio de la dosificación y las indicaciones clínicas previstas en el Plan Obligatorio de Salud para estos medicamentos, así como su viabilidad financiera, determinando que dichas ampliaciones son pertinentes porque se obtienen beneficios durante las terapias y, por otra parte, el impacto sobre la Unidad de Pago por Capitación es neutro para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Del total de tecnologías estudiadas se llevaron a consulta de inclusión, las siguientes:

**Cuadro No. 10 Medicamentos llevados a consulta ciudadana**

CÓDIGO	CÓDIGO ADMINISTRATIVO			PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN FORMA FARMACÉUTICA
	PRINCIPIO ACTIVO	FORMA	PRESENTACIÓN		
M05B	A040	14	1	Alendrónico ácido. Uso exclusivo pacientes postmenopáusicas para prevención secundaria de fracturas	10-70 mg Tableta o cápsula
B01A	C049	1	1	Clopidogrel. Uso exclusivo pacientes con enfermedad coronaria, en terapia combinada con ASA	75 mg de base Tableta
G02A	M029	50	1	Misoprostol. Uso exclusivo de ginecólogo	25- 200 mcg Tableta vaginal

- Concluida la consulta, con fundamento en los conceptos técnicos y la opinión de la ciudadanía, se tomará una decisión de fondo.
- Está en curso el desarrollo de la propuesta metodológica para la actualización del Plan de Beneficios la cual será publicada y consultada con la ciudadanía, 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, con el fin de disponer de elementos adicionales de ajuste metodológico que permitan a la CRES actualizar el POS de una manera eficaz y sistemática



con miras a dar respuesta a las metas del sector salud acordes con los objetivos del Milenio.

### **1.3 Unidad de Pago por Capitación (UPC)**

#### **1.3.1 Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación UPC**

- **Acuerdo 009 de 2009**

Para la expedición del Acuerdo 009 del 30 de diciembre de 2009 “Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación-UPC para los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2010”, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), contó con los desarrollos metodológicos adelantados por el Ministerio de la Protección Social, tanto en el proceso de recolección, validación, análisis y agregación de la información necesaria para realizar los estudios de suficiencia y de definición de la UPC, como el método de cálculo de la misma. Para validar estos desarrollos metodológicos y realizar cálculos de control, la CRES realizó un convenio interadministrativo con la Universidad Nacional de Colombia. En el citado Acuerdo se fija el valor de la UPC vigente para el año fiscal 2010.

Para la toma de decisiones de este Acuerdo, la Comisión se fundamentó también en el documento “Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud – Unidad de Pago por Capitación 2008 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la Unidad de Pago por Capitación” realizado por el Ministerio de la Protección Social y validado por el grupo de Seguridad Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID de la Universidad Nacional de Colombia.

Por lo señalado, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) efectuó durante los meses de enero, febrero y marzo de 2010 un conjunto de reuniones con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, con asesores y miembros de la Universidad Nacional (CID) y de los Ministerios de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público pudiéndose observar dos desacuerdos primordiales en la valoración y análisis de suficiencia de la UPC 2010, a saber:

- Los dispositivos médicos implantables que se hacen visibles en el Acuerdo 008 de 2009.
- Los procedimientos considerados como “nuevos” o “inclusiones” en el POS.

Para efectos de zanjar estos desacuerdos se convino efectuar una observación metódica de variables como la frecuencia y el costo tanto de los procedimientos nuevos como de los dispositivos médicos implantables que se hicieron visibles; para ello se organizaron dos (2) observatorios con la participación voluntaria de las EPS de ambos Regímenes, a partir de la información suministrada por las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, de forma permanente desde el 1º de enero de 2010 con reportes bimensuales.

El primero, el Observatorio de Dispositivos Médicos Implantables hizo el seguimiento de la utilización y costo de 58 dispositivos, lo cual sumado a la participación de las EPS-C y EPS-S ha permitido ir construyendo análisis que respaldan los estudios para que la definición del valor de la UPC se ajuste al Plan Obligatorio de Salud (POS) y se pueda contar con un valor referente de precios de los Dispositivos Médicos Implantables, que es finalmente el objeto del observatorio.

Luego de realizadas las validaciones, verificaciones y los cálculos de frecuencia y severidad de la información recibida de las EPS en relación con los 58 Dispositivos Médicos Implantables objeto del observatorio, y comparándolos con la información enviada para los tres primeros bimestres de 2010, se concluye que al corte señalado se evidencia un resultado a favor de la suficiencia de la UPC 2010 al confrontar los resultados del balance de los datos individuales de las 58 tecnologías utilizadas en el cálculo de la UPC 2010 contra los obtenidos de las EPS.

El segundo Observatorio realizó el monitoreo de frecuencias de uso y costos de los 175 procedimientos nuevos, incluidos en el Acuerdo 008 de la CRES, con el fin de verificar los valores considerados en el cálculo de la UPC 2010. Del Régimen Contributivo, 14 EPS remitieron información y 15 del Subsidiado, esto representa una cobertura de población expuesta del 43.44% y 37.35% respectivamente.

Luego de realizadas las validaciones, verificaciones, y cálculos de frecuencia y severidad de la información recibida de las EPS con relación a los 175 procedimientos nuevos, objeto del observatorio, y relacionándolos con la información enviada para los tres primeros bimestres de 2010, se concluye que al corte señalado se evidencia un resultado a favor de la suficiencia de la UPC 2010 al confrontar los resultados del balance de los datos individuales de las 58 tecnologías utilizadas en el cálculo de la UPC 2010 contra los obtenidos de las EPS.

- **Acuerdo 019 de 2010**

- Para la creación y definición del Acuerdo 019 de 2010 “por el cual se fija la Unidad de pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011” la Comisión de Regulación en Salud llevó a cabo los estudios técnicos y análisis pertinentes, teniendo en cuenta además, análisis preliminares desarrollados por: El CID de la Universidad Nacional de Colombia.
- El Ministerio de la Protección Social con la metodología desarrollada en los últimos años.
- El Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Los tres primeros estudios preliminares coincidieron en que se detecta un incremento elevado en el gasto, en principio asociado al concepto de medicamentos en el cual se observan inconsistencias en cuanto a frecuencias y precios. Los hallazgos y recomendaciones de cada uno de estos análisis se presentan en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 11**  
**Relación de Análisis realizados para la toma de decisión referente a la fijación de la UPC 2011**

ENTIDAD	ANALISIS	AJUSTE PROPUESTO
Universidad Nacional	Crecimiento del gasto per-cápita explicado en un 78% por los reportes de medicamentos	Estimar el gasto per cápita en medicamento por cada asegurador y utilizar para el cálculo de la UPC el valor promedio + una desviación estándar
Comisión de Regulación en Salud	Crecimiento del gasto en medicamentos, centrándose en el comportamiento de lo reportado en el código MEDIAMBU	Ajuste sobre la bolsa MEDIAMBU
Ministerio de la Protección Social	Crecimiento del gasto explicado por el gasto en medicamentos, específicamente en el reporte de los servicios del segundo semestre de 2009.	Utilización de Frecuencias y valores de 2008
	Análisis del efecto de la pandemia (AH1N1) en el gasto.	
	Análisis de dosis máximas recomendadas y precios de mercado para un grupo de medicamentos.	

## Resultados

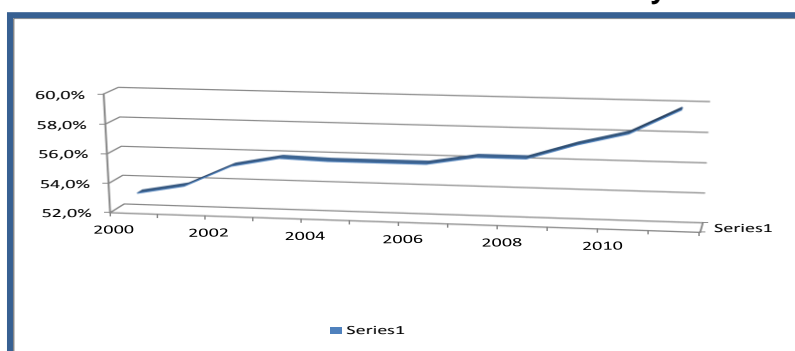
Los resultados preliminares mostraron alta variabilidad por efecto de las inconsistencias encontradas en la información que reportaron las EPS para la realización de los cálculos que soportan los estudios técnicos y las propuestas de ajuste aplicadas, por lo cual se presenta incertidumbre de los mismos que impiden al Comité Técnico Ad Hoc efectuar alguna recomendación a la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Los resultados señalados y las conclusiones del Comité Técnico Ad Hoc de la Comisión fundamentaron la decisión de la CRES de incrementar la UPC con la inflación en salud causada a noviembre de 2010 y definiendo como fecha máxima el 31 de marzo para resolver las inconsistencias y determinar el ajuste definitivo del valor de la UPC. La CRES en su sesión del 29 de diciembre de 2010 y tras detectar las probables inconsistencias en la información como lo esgrimen los considerandos del Acuerdo precitado, infirió que las distintas alternativas de cálculo de la UPC se basaban en información que no es idónea para tomar esta decisión.

### 1.3.2 Relación entre la UPC-C y la UPC-S

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de la UPC del Régimen Subsidiado como proporción de la UPC del Régimen Contributivo. Se puede observar que cada vez es más cercana a la UPC del Régimen Contributivo, pasa de ser en el año 2000 el 53,2% a ser el 58,11% en el año 2010. Transitoriamente, y en virtud del Acuerdo 019 de 2010, en 2011 esta proporción es de 59.7%.

**Gráfico No. 3 Evolución de la relación UPC- C y la UPC- S**



*Acuerdos CNSSS – CRES Análisis Histórico incremento UPC.*

En el siguiente cuadro se presentan los valores de la ratio UPC-S/UPC-C. Se observa como la UPC del Régimen Subsidiado cada vez es más cercana a la

UPC del Régimen Contributivo, pasa de ser en el año 2000 el 53,2% a ser el 58,11% en el año 2010. Transitoriamente, y en virtud del Acuerdo 019 de 2010, en 2011 esta proporción es de 59.7%.

**Cuadro No. 12**  
**Porcentaje de la UPC-S con respecto a la UPC-C**

Porcentaje de la UPC-S en proporción de la UPC-C												
AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
UPCS/UPCC	53,2%	53,8%	55,2%	55,9%	55,8%	55,8%	55,8%	56,3%	56,3%	57,3%	58,1%	59,7%

Fuente: Cálculo CRES.

#### **1.4 Cumplimiento de órdenes emitidas por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T– 760 de 2008, durante el período comprendido entre Enero 1º y Diciembre 31 de 2010:**

A continuación se muestra la gestión de la Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud (CRES), en cumplimiento de las órdenes impartidas a la entidad por la honorable Corte Constitucional, contenidas en la citada Sentencia.

**Cuadro No. 13.**  
**Gestión de la CRES en el cumplimiento de las ordenes de la Corte Constitucional**

ORDINAL T – 760 DE 2008	CUMPLIMIENTO CRES EN EL AÑO 2010
Ordinal Décimo sexto: <b>Ordenar</b> al Ministerio de la Protección Social, a la Comisión de Regulación en Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, adoptar las medidas necesarias, de acuerdo con sus competencias, para superar las fallas de regulación en los planes de beneficios asegurando que sus contenidos (i) sean precisados de manera clara, (ii) sean actualizados integralmente, (iii) sean	La adopción de las medidas de que trata esta orden se verifica en la toma de decisiones manifestadas en actos administrativos o Acuerdos, que a su vez dan cumplimiento a otras órdenes explícitas en la Sentencia, así <b>en el año 2010</b> :  a. Acuerdo 11 de 2010 “Por el cual se da cumplimiento al Auto 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional”. En virtud de esta decisión “El Plan Obligatorio de

ORDINAL T – 760 DE 2008	CUMPLIMIENTO CRES EN EL AÑO 2010
<p>unificados para los regímenes contributivo y subsidiado y, (iv) sean oportuna y efectivamente suministrados por las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>Esta regulación también deberá (i) incentivar que las EPS y las entidades territoriales garanticen a las personas el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho; y (ii) desincentivar la denegación de los servicios de salud por parte de las EPS y de las entidades territoriales.</p> <p>Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas relacionadas en los numerales décimo séptimo a vigésimo tercero.</p>	<p>Salud a que tiene derecho la población comprendida entre los cero (0) y los doce (12) años de edad, también comprende los mayores de doce (12) años y menores de dieciocho (18) años de edad, afiliados tanto en el esquema de subsidios plenos como en el de parciales conforme lo señala la Honorable Corte Constitucional en el Auto No. 342 de 2009". Debe tenerse en cuenta que como antecedente la CRES había expedido el Acuerdo 004 de 2009 "Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T - 760 de 2008 de la Corte Constitucional".</p> <p>b. Circular No. 001 de 2010: aclara que se trata de un Acuerdo y no de un Proyecto de Acuerdo.</p> <p>c. Circular 002 de 2010: pone en conocimiento de los actores comprometidos en la cobertura a menores de edad del Régimen Subsidiado, acerca de la expedición del Acuerdo 011 del 29 de enero de 2010.</p> <p>d. Acuerdo 15 de 2010 "Por el cual se interpreta el alcance del Acuerdo 011 de 2010."</p>
<p>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</p>	<p>En cumplimiento de esta orden la CRES expidió:</p> <p>a. Acuerdo 14 de 08/04/10: "Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo 008 de 2009"</p> <p>b. Acuerdo 17 de 11/10/10: "Por el cual se aclara el nombre de un medicamento contenido en el Plan Obligatorio de Salud"</p> <p>c. Acuerdo 20 de 29/12/10: "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"</p> <p>d. Acuerdo 21 de 15/02/10: "Por el cual se</p>

ORDINAL T – 760 DE 2008	CUMPLIMIENTO CRES EN EL AÑO 2010
<p>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.</p>	<p>amplían unas concentraciones de algunos medicamentos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud dispuesto por el Acuerdo 008 de la CRES".</p> <p>En cuanto a la participación ciudadana la Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud implementó este Proyecto mediante las Resoluciones 150 adicionada y modificada por las Resoluciones 167 y 208 de 2010, y, la 88 de 2011. Tiene como propósito propiciar mecanismos de Participación Ciudadana, que basados en la información y capacitación acerca de los asuntos sobre los cuales la Comisión de Regulación en Salud tiene competencia, permitan una participación responsable en el análisis de las decisiones regulatorias de la CRES.</p> <p>De esta manera, se realizó un proceso legítimo y transparente frente a las decisiones regulatorias adoptadas por esta entidad, promoviendo la confianza de la comunidad, a través de encuentros con Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías Ciudadanas y COPACOS, Comunidad Científica y demás ciudadanos. El Proyecto se desarrolló en tres fases: I: Información y Capacitación; II. Acompañamiento y III: Consulta Ciudadana. 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. Y se inició el desarrollo de la fase III a partir de la expedición del Acuerdo 020 del 29 de diciembre de 2010. En la fase de información y capacitación, participaron las Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías Ciudadanas y COPACOS, así como la Comunidad Científica y otros profesionales de la Salud. La convocatoria se realizó a través de diversos medios de comunicación y el sitio web de la CRES</p>

ORDINAL T – 760 DE 2008	CUMPLIMIENTO CRES EN EL AÑO 2010
	<p>www.cres.gov.co.</p> <p>En la segunda fase, o de Acompañamiento, teniendo en cuenta las tecnologías en salud 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. Este mismo ejercicio se realizó con los representantes elegidos por las Asociaciones de Usuarios, en cada una de las ciudades.</p>
<p>Décimo Octavo:</p> <p><b>Ordenar</b> 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.</p> <p>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 ésta deberá asumir el cumplimiento de esta orden y deberá informar a la Corte Constitucional el mecanismo adoptado para la transición entre ambas entidades.</p>	<p>Además de la expedición de los Acuerdos citados anteriormente, la CRES está ejecutando el Proyecto de “Actualización del POS”, cuyo objeto es: “Desarrollar la metodología y los estudios necesarios para actualizar el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, establecido mediante el Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud, en sus aspectos generales y los contenidos de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, garantizando la participación amplia de los actores del SGSSS y la ciudadanía, y realizar los estudios técnicos y elaborar los documentos necesarios que soporten las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud – CRES, respecto a la definición del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), para los regímenes Contributivo y Subsidiado (pleno y parcial) de salud, cuotas moderadoras y copagos.”</p>
<p>Décimo Noveno:</p> <p><b>Ordenar</b> al Ministerio de la Protección Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 13 de Enero de 2010: El Ministerio de Protección Social envió informe a la CRES de servicios negados por las EPS, con</li> </ul>



ORDINAL T – 760 DE 2008	CUMPLIMIENTO CRES EN EL AÑO 2010
<p>que adopte medidas para garantizar que todas las Entidades Promotoras de Salud habilitadas en el país envíen a la Comisión de Regulación en Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, un informe trimestral en el que se indique: (i) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por la Entidad Promotora de Salud y que no sean tramitados por el Comité Técnico Científico, (ii) los servicios médicos ordenados por el médico tratante a sus usuarios que sean negados por el Comité Técnico Científico de cada entidad; (iii) indicando en 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.</p> <p>El primer informe deberá ser enviado el 1 de febrero de 2009. Copia del mismo deberá ser remitida a la Corte Constitucional antes de la misma fecha.</p>	<p>información incompleta de acuerdo con resoluciones enunciadas, correspondiente al período enero a octubre de 2009 (Carta de respuesta de la CRES, Febrero 26 de 2010).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 22 de Febrero de 2010: La CRES radicó ante la Corte Constitucional el correspondiente informe semestral de Avance y copia de aquel igualmente se presenta ante el Sr. Defensor del Pueblo.</li> <li>• Teniendo en cuenta que entre la UAE CRES y las EPS se acordaron y organizaron dos observatorios: de Dispositivos Médicos Implantables y de Procedimientos Nuevos, la CRES reunió a las EPS con el propósito de realizar retroalimentación sobre los archivos remitidos para estos observatorios, resolver preguntas y aclarar conceptos para mejorar la calidad de la información sobre negaciones de servicios.</li> <li>• 15 de Septiembre de 2010: se presenta informe sobre orden 19 a la Honorable Corte Constitucional con los resultados observados en los reportes de negaciones de servicios remitidos por el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y algunas EPS y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de los regímenes contributivo y subsidiado.</li> <li>• 15 de Septiembre de 2010: La CRES presenta informe a la Honorable Corte Constitucional en lo correspondiente a los cuatro trimestres del 2009 y primer trimestre del año 2010.</li> </ul>
<p>Vigésimo Primero:</p> <p><b>Ordenar</b> a la Comisión de Regulación en Salud unificar 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 y deberá tener en cuenta los ajustes necesarios a la UPC subsidiada de los niños y las niñas para garantizar la financiación de la ampliación en la cobertura. En caso de que para esa fecha no se hayan adoptado</p>	<p>a. Acuerdo 11 de 2010 “Por el cual se da cumplimiento al Auto 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional”. En virtud de esta decisión “El Plan Obligatorio de Salud a que tiene derecho la población comprendida entre los cero (0) y los doce (12) años de edad, también comprende los mayores de doce (12) años y menores de dieciocho (18) años de edad, afiliados tanto en el esquema de subsidios plenos como en el de parciales conforme lo señala la Honorable Corte Constitucional en el Auto</p>

ORDINAL T – 760 DE 2008	CUMPLIMIENTO CRES EN EL AÑO 2010
<p>las medidas necesarias para la unificación del plan de beneficios de los niños y las niñas, se entenderá que el plan obligatorio de salud del régimen contributivo cubre a los niños y las niñas del régimen contributivo y del régimen subsidiado.</p> <p>Un informe sobre el proceso de cumplimiento de esta orden deberá ser remitido a la Corte Constitucional antes del 15 de marzo de 2009 y comunicado al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y a la Defensoría del Pueblo.</p> <p>En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada para el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>No. 342 de 2009". Debe tenerse en cuenta que como antecedente la CRES había expedido el Acuerdo 004 de 2009 "Por el cual se da cumplimiento a la Sentencia T - 760 de 2008 de la Corte Constitucional".</p> <p>b. Circular No. 001 de 2010: aclara que se trata de un Acuerdo y no de un Proyecto de Acuerdo.</p> <p>c. Circular 002 de 2010: pone en conocimiento de los actores comprometidos en la cobertura a menores de edad del Régimen Subsidiado, acerca de la expedición del Acuerdo 011 de 2010 de 29/01/10.</p>
<p>Vigésimo segundo:</p> <p><b>Ordenar</b> a la Comisión de Regulación en Salud que adopte un programa y un cronograma para la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del régimen subsidiado teniendo en cuenta: (i) las prioridades de la población según estudios epidemiológicos, (ii) la sostenibilidad financiera de la ampliación de la cobertura y su financiación por la UPC y las demás fuentes de financiación previstas por el sistema vigente.</p> <p>El programa de unificación deberá adicionalmente (i) prever la definición de mecanismos para racionalizar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios, asegurando que las necesidades y las prioridades en salud sean atendidas y sin que se impida el acceso a servicios de salud requeridos e, (ii) identificar los desestímulos para el pago de cotizaciones por parte de los usuarios y (iii) prever la adopción de las</p>	<p>El cumplimiento de la orden anterior es el resultado de la adopción por parte de la CRES, de las medidas necesarias dentro de sus competencias para concretar la definición de un Plan de Beneficios único para niños y niñas, con total independencia del régimen al cual estén afiliados, dentro del esquema y el cronograma citado por la CRES en el primer informe rendido a la Corte Constitucional.</p> <p>En cuanto a la unificación gradual de los Planes Obligatorios de Salud, la CRES acordó adelantar la experiencia de pruebas piloto en los Distritos de Barranquilla y Cartagena, mediante:</p> <p>a. Acuerdo No. 12 de 2010 "Por la cual se fija la UPC para adelantar una experiencia piloto de ampliación de cobertura de servicios de salud mediante la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado en el Distrito de Barranquilla"</p> <p>b. Acuerdo No. 13 de 2010 "Por la cual se fija</p>

ORDINAL T – 760 DE 2008	CUMPLIMIENTO CRES EN EL AÑO 2010
<p>medidas necesarias para estimular que quienes tienen capacidad económica, efectivamente coticen, y que a quienes pasen del régimen subsidiado al régimen contributivo se les garantice que pueden regresar al subsidiado de manera ágil cuando su ingreso disminuya o su situación socioeconómica se deteriore.</p> <p>La Comisión de Regulación en Salud deberá remitir a la Corte Constitucional, antes del 1 de febrero de 2009, el programa y el cronograma para la unificación de los planes de beneficios, el cual deberá incluir: (i) un programa; (ii) un cronograma; (iii) metas medibles; (iv) mecanismos para el seguimiento del avance y (v) la justificación de por qué se presentó una regresión o un estancamiento en la ampliación del alcance del derecho a la salud. Copia de dicho informe deberá ser presentada a la Defensoría del Pueblo en dicha fecha y, luego, deberá presentar informes de avance en el cumplimiento del programa y el cronograma cada semestre, a partir de la fecha indicada.</p> <p>En la ejecución del programa y el cronograma para la unificación de los planes de beneficios, la Comisión ofrecerá oportunidades suficientes de participación directa y efectiva a las organizaciones que representen los intereses de los usuarios del sistema de salud y de la comunidad médica. En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada para el 1 de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.</p>	<p>la UPC para adelantar una experiencia piloto de ampliación de cobertura de servicios de salud mediante la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado en el Distrito de Cartagena"</p>

## 2. AVANCES TÉCNICOS DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD (CRES)

El 29 de diciembre de 2009 se expide el Acuerdo 008 de la CRES, “*Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado*”. Para la elaboración de este documento se contó con la asesoría de la Universidad Nacional, la cual recoge y analiza las observaciones de los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en cantidad aproximada de 950.

Posteriormente y siguiendo los procesos de mejoramiento continuo, la CRES expide el Acuerdo 014 del 8 de abril del 2010, que corrige y aclara algunos aspectos incluidos en el Acuerdo 008 de 2009.

De otra parte, se logra aclarar el nombre del principio activo “DIHIDROMORFONA” contenido en el anexo 01 del Acuerdo 008 de 2009, el cual quedó de la siguiente manera, según lo establece el Acuerdo 017 del 11 de octubre de 2010:

**Cuadro No. 14**  
**Acuerdo 017 del 11 de octubre de 2010**

CÓDIGO ANATOMOFARMACOLÓGICO	CÓDIGO ADMINISTRATIVO		PRESENTACIÓN	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN FORMA FARMACEUTICA
	PRINCIPIO ACTIVO	FORMA			
N02A	D022	1	1	Hidromorfon a clorhidrato	2,5 mg Tableta
N02A	D022	70	1	Hidromorfon a clorhidrato	2mg/ ml solución inyectable

Del citado estudio realizado atendiendo la solicitud enviada a la Comisión de Regulación en Salud por el Viceministerio Técnico de la Protección Social, relacionando los medicamentos y dispositivos de mayor frecuencia de recobro, de mayor valor total recobrado y pagado al 100% de la solicitud de recobro, se obtuvo:

Tecnologías recomendadas para Inclusión	12
Tecnologías recomendadas para estudio formal posterior	12
Tecnologías recomendadas	7
Estudios adicionales	2
Total de Tecnologías Estudiadas	32

## **2.1 Descripción de los resultados del estudio**

### **2.1.1 Tecnologías recomendadas para inclusión:**

- Alendronato
- Clopidogrel
- Kit de ostomía (bolsa, barrera y cemento)
- Implante coclear
- Uso domiciliario de dispositivos de presión positiva continua de aire (cpap)
- Automonitoreo de la glicemia de pacientes con diabetes mellitus (kit de glucometría: glucómetro, lancetas y tiras)
- Somatropina
- Stent coronario medicado
- Misoprostol
- Lamotrigina
- Levetiracetam
- Trastuzumab

### **2.1.2 Tecnologías para las cuales se recomienda estudio formal posterior:**

- Imatinib
- Infliximab
- Interferon beta
- Adalimumab
- Bypass gástrico laparoscópico
- Latanoprost
- Micofenolato de mofetilo
- Montelukast sódico
- Ph metrias esofagicas
- Pregabalina
- Rituximab

### **2.1.3 Tecnologías que se considera no deben ser incluidas en el POS:**

- Atorvastatina
- Implante de audífono osteointegrado (baha)
- Gabapentina
- Insulina glargina
- Glucosamina y glucosamina + condroitina
- Telemetría para monitoreo cardíaco
- Tomografía ocular de coherencia

Las anteriores recomendaciones están basadas en criterios y estudios fundamentados técnicamente en la evidencia científica mundial y local y tienen en cuenta el aspecto financiero del SGSSS.

En la Comisión se aprobó someter a consulta de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de la comunidad medico-científica y de la ciudadanía en general unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, mediante el Acuerdo 020 del 29 de diciembre de 2010, siendo estas las siguientes:

**Cuadro No. 15**  
**Inclusiones al POS, definidas en el Acuerdo 020 de 2010 CRES.**

CÓDIGO ANATOMO-FARMACOLOGICO	CODIGO ADMINISTRATIVO		PRESENTACIÓN	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN FORMA FARMACEUTICA
	PRINCIPIO ACTIVO	FORMA			
M05B	A040	14	1	Alendronico acido, uso exclusivo pacientes postmenopáusicas para prevención secundaria en fracturas	10-70mg Tableta o Capsula
B01A	M029	1	1	Clopidrogel. Uso exclusivo pacientes con enfermedad coronaria , en terapia combinada con ASA	75 mg de base Tableta
G02A	M029	50	1	Misoprostol. Uso exclusivo de ginecólogo	25-200 mg Tableta vaginal

## 2.2 Resultado del Proceso de Asesoría

La Comisión de Regulación en Salud (CRES) adelanta un proceso permanente de asesoría, en el cual se da respuesta a los requerimientos de los diferentes agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en lo atinente a las funciones que la Ley 1122 le definió. El siguiente cuadro muestra los datos estadísticos de la mencionada asesoría:

**Cuadro No. 16**  
**Asesoría de la CRES en el año 2010**

MES	No. TOTAL DE COMUNICACIONES	No. COMUNICACIONES CON REQUERIMIENTO DE RESPUESTA	No. COMUNICACIONES QUE NO REQUERÍAN RESPUESTA
ENERO	14	13	1
FEBRERO	91	90	1
MARZO	95	93	2
ABRIL	129	110	19
MAYO	157	134	23
JUNIO	128	65	63
JULIO	188	150	38
AGOSTO	233	173	60
SEPTIEMBRE	250	161	89
OCTUBRE	202	151	51
NOVIEMBRE	222	109	113
DICIEMBRE	173	98	75
<b>TOTAL</b>	<b>1882</b>	<b>1347</b>	<b>535</b>

Es importante resaltar que en el año 2010 se respondieron todas las comunicaciones de los agentes de SGSSS que requerían respuesta.

Del proceso de asesoría aunado al potencial técnico de la Comisión, se ha venido construyendo la doctrina institucional que contará muy pronto con publicaciones periódicas. El primer boletín impreso será entregado a los agentes del Sistema a finales del mes de mayo de 2011 y será un insumo del mayor valor para cimentar criterios en torno a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud y el acceso que a sus beneficios tengan los usuarios.

Igualmente, se han venido ofreciendo a los jueces canales expeditos de consulta para facilitarles el acceso a las normas legales vigentes que regulan las diferentes materias relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de que les sirva de apoyo para la adopción de las decisiones en los diferentes procesos bajo su conocimiento. Adicionalmente en el sitio web de la CRES existe un link especialmente dedicado a ellos para lograr mayor agilidad en sus consultas.

Está en la fase final de construcción una herramienta informática con fundamentos didácticos para que en Colombia y en el exterior se puedan consultar los contenidos del POS. Se trata del "POS Pópuli" a través del cual y desde el sitio web de la Comisión, cualquier persona en unas figuras en tercera dimensión, pueda señalar cualquier parte del cuerpo e inmediatamente aparecerán los procedimientos incluidos en el POS, que se practican en esa sección anatómica.

Por otro lado, puede la persona interesada digitar en un buscador el procedimiento que su médico le determinó como tratamiento a seguir e inmediatamente la aplicación le indicará si está o no incluido en el plan de beneficios. Se estima estará al servicio en el segundo semestre de 2011 por cuanto se requiere alimentarlo con las más de seis mil tecnologías sanitarias incluidas en el POS, entre procedimientos, medicamentos y dispositivos, cada una de ellas con una descripción fácilmente entendible. Posteriormente se implementará la posibilidad de conocer las denominaciones populares de los procedimientos e incluso afecciones más populares. Es pertinente aclarar que no se trata de ofrecer la más mínima posibilidad de autodiagnóstico y mucho menos de tratamiento.



### 3. AVANCE NORMATIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En el siguiente cuadro se muestran los avances normativos más importantes del SGSSS en desarrollo de la Ley 1122 de 2007 y cumpliendo las órdenes de la Sentencia T – 760 de 2008, las cuales son del ámbito del Congreso de la República, Gobierno Nacional y Ministerio de la Protección Social, y que tienen que ver con la evolución del SGSSS:

**Cuadro No. 17**  
**Avance normativo general del SGSSS.**

FECHA	NORMA	DISPOSICIÓN
8/01/2010	Ley 1373 de 2010.	Por la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana, objeto de la misma, y se actualiza el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
18/01/2010	Decreto 075 de 2010	Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos de los saldos excedentes del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones - Aportes Patronales que permitan financiar la atención a la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, y se dictan otras disposiciones.
19/01/2010	Ley 1438 de 2011	Por la cual se reforma el SGSSS y se dictan otras disposiciones.
21/01/2010	Decreto 126 de 2010	Por el cual se dictan disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y Control de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se adoptan medidas disciplinarias, penales y se dictan otras disposiciones.
21/01/2010	Decreto 127 de 2010	Por el cual se adoptan medidas en materia tributaria.
21/01/2010	Decreto 128 de 2010	Por medio del cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud y se dictan otras disposiciones.
21/01/2010	Decreto 129 de 2010	Por medio del cual se adoptan medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al Sistema de la Protección Social, y se dictan otras disposiciones.

FECHA	NORMA	DISPOSICIÓN
21/01/2010	Decreto 130 de 2010	Por el cual se dictan disposiciones del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, en desarrollo del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009.
21/01/2010	Decreto 131 de 2010 (y su Decreto Reglamentario 505 de 2010)	Por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.
21/01/2010	Decreto 132 de 2010 (y su Decreto Reglamentario 965 de 2010)	Por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
21/01/2010	Decreto 133 de 2010	Por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, y se dictan otras disposiciones.
21/01/2010	Decreto 134 de 2010	Por el cual se modifica el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2010.
21/01/2010	Decreto 1038 de 2010	Por medio del cual se reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 132 de 2010
Principio del formulario 22/02/2010 Final del formulario	Resolución 649 de 2010	Principio del formulario Por medio de la cual se establece el precio máximo de reconocimiento de recobros para algunos medicamentos.Final del formulario
14/04/2010	Decreto 1191 de 2010	Por el cual se aclara y adiciona el Decreto 1038 del 30 de marzo de 2010
16/04/2010	Sentencia C-252 de 2010	Que Declaró INEXEQUIBLE el Decreto 4975 de 2009, "Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social".
19/04/2010	Ley 1384 de 2010.	Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.
21/04/2010	Decreto 1313 de 2010	Por el cual se fijan los requisitos y procedimientos para autorizar importaciones paralelas de medicamentos y dispositivos médicos.
22/04/2010	Resolución 1424 de 2010	Principio del formulario Por la cual se da cumplimiento al Artículo 1° del Decreto 1313 de 2010.Final del formulario
29/04/2010	Resolución 1499 de 2010	Principio del formulario Por la cual se modifica la Resolución 1424 del 23 de abril de 2010. Listado de medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios.Final del formulario

FECHA	NORMA	DISPOSICIÓN
11/05/2010	Resolución 1662 de 2010	Principio del formulario Por la cual se modifica la Resolución 1424 del 23 de abril de 2010 modificada por la Resolución 1499 de 2010.Final del formulario
11/05/2010	Resolución 1663 de 2010	Principio del formulario Por la cual se incluyen unos medicamentos en el listado de Importaciones paralelas.Final del formulario
28/05/2010	Resolución 1982 de 2010	Principio del formulario Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sector Salud.Final del formulario
31/05/2010	Decreto 1964 de 2010	Por el cual se reglamenta el contrato electrónico para el aseguramiento del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones.
31/05/2010	Decreto 1965 de 2010	Por el cual se dictan disposiciones para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
31/05/2010	Resolución 1998 de 2010	Principio del formulario Por medio de la actual se definen lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud.Final del formulario
1/06/2010	Resolución 2030 de 2010	Principio del formulario El Ministerio de la Protección Social pone a disposición de las entidades territoriales, las EPS y todos los actores del régimen subsidiado de todo el país la Resolución 2030 de 1 de junio de 2010.Final del formulario
1/06/2010	Resolución 2042 de 2010	Principio del formulario Que fija los mecanismos y condiciones para consolidar la universalización de la afiliación en salud en el país.Final del formulario
9/06/2010	Resolución 2114 de 2010	Principio del formulario Por la cual se adoptan instrumentos y se define el procedimiento para el giro de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud por parte de la Entidad Territorial.Final del formulario
23/06/2010	Decreto 2240 de 2010	Solicitud de reintegro al Fosyga de recursos no ejecutados del régimen subsidiado.
23/06/2010	Resolución 2308 de 2010	Principio del formulario Por la cual se modifica la Resolución 2114 de 2010.Final del formulario
25/06/2010	Resolución 2421 de 2010	Principio del formulario Por la cual se modifica la Resolución 3042 de 2007, modificada por las Resoluciones 4204 de 2008, 991 de 2009 y 1805 de 2010 y se dictan otras disposiciones. (operación de cuentas maestras)Final del formulario

FECHA	NORMA	DISPOSICIÓN
2/07/2010	Decreto 2390 de 2010	Por medio del cual se otorga una autorización, se reglamenta parcialmente el Sistema de Registro Único de Afiliados al Sistema de Seguridad Social Integral y de la Protección Social, se adopta el Formulario Único Electrónico de Afiliación y Manejo de Novedades y se dictan otras disposiciones.
2/07/2010	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.
12/07/2010	Ley 1393 de 2010	Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
15/07/2010	Resolución 2692 de 2010	Principio del formulario Por la cual se adopta el Formulario Único Electrónico de Afiliación y manejo de novedades al Sistema de Seguridad Social Integral y de la Protección Social.Final del formulario
6/08/2010	Decreto 2973 de 2010	Por el cual se fijan los criterios para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental a las víctimas de la violencia política y se dictan otras disposiciones.
6/08/2010	Resolución 3061 de 2010	Principio del formulario Por medio de la cual se modifica el artículo primero de la Resolución 1998 de 2010, sobre Renovación de la Habilitación de prestadores de servicios de salud.Final del formulario
7/09/2010	Resolución 3459 de 2010	Principio del formulario Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 2114 de 2010, que adopta los instrumentos y define el procedimiento para el giro de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de las entidades territoriales, 2421 de 2010, sobre cuentas maestras, y se dictan otras disposicionesFinal del formulario
28/09/2010	Resolución 3797 de 2010	Por medio de la cual se establecen los criterios y requisitos de asignación, distribución y giro de los recursos adicionados al Presupuesto General de la Nación mediante el Decreto Legislativo 134 de 2010

FECHA	NORMA	DISPOSICIÓN
11/11/2010	Ley 1414 de 2010.	Por medio de la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia
18/11/2010	Resolución 4712 de 2010	Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1982 de 2010 y se adiciona su anexo técnico sustituido por el Artículo 1 de la Resolución 4140 de 2010.
1/12/2010	Resolución 5047 de 2010	Principio del formulario Por la cual se dictan disposiciones sobre la utilización de los saldos de liquidación de los contratos suscritos para administrar los recursos del Régimen Subsidiado, ejecutados y finalizados antes del cierre de la vigencia del 2008, y ejecutados y finalizados a 30 de septiembre de 2009.Final del formulario
10/12/2010	Ley 1419 de 2010.	Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia.
14/12/2010	Resolución 5229 de 2010	Principio del formulario Por la cual se establece unos valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros de medicamentos no incluidos en los planes de beneficio con cargo a los recursos del FOSYGA. Final del formulario
27/12/2010	Resolución 5484 de 2010	Principio del formulario Por la cual se distribuyen recursos para eventos Trauma Mayor vigencia 2010Final del formulario
29/12/2010	Resolución 5535 de 2010	Principio del formulario Se definen criterios y se efectúa la distribución de los recursos destinados a financiar actividades del Plan Nacional de Salud Pública orientadas a promover las acciones de diagnóstico temprano y reducción de nefropatía diabética e hipertensiva en la vigencia fiscal 2010.Final del formulario
30/12/2010	Resolución 5549 de 2010	Principio del formulario Se definen criterios y se efectúa la distribución de los recursos destinados a financiar actividades del Plan Nacional de Salud Pública orientadas a promover las acciones de diagnóstico temprano y reducción de nefropatía diabética e hipertensiva en la vigencia fiscal 2010.Final del formulario

### 3.1 Avance normativo mediante Acuerdos expedidos por la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

En el siguiente cuadro se muestran los avances normativos más importantes del SGSSS, conseguidos mediante los Acuerdos expedidos por la Comisión de

Regulación en Salud (CRES):

**Cuadro No.18  
Avances normativos. Acuerdos CRES 2010**

FECHA	NORMA	TEMA	DIARIO OFICIAL
18/01/2010	Acuerdo 010	Por el cual se definen unos componentes para el reconocimiento y pago de prestaciones económicas del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el 2010. Mantiene el porcentaje del ingreso base de cotización para garantizar reconocimiento y pago de licencias de maternidad.	47597 19/01/10
29/01/2010	Acuerdo 11	Por el cual se da cumplimiento al Auto No. 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional. El Plan Obligatorio de Salud (POS) a que tiene derecho la población comprendida entre los cero (0) y los doce (12) años de edad, también comprende los mayores de doce (12) años y menores de dieciocho (18) años de edad, afiliados tanto en el esquema de subsidios plenos como en el de parciales.	47610 01/02/10 Circular Externa 001: 47613 04/02/10
29/01/2010	Acuerdo 12	Por la cual se fija la UPC para adelantar una experiencia piloto de ampliación de cobertura de servicios de salud mediante la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado en el Distrito de Barranquilla.	47610 01/02/10
30/03/2010	Acuerdo 13	Por la cual se fija la UPC para adelantar una experiencia piloto de ampliación de cobertura de servicios de salud mediante la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado en el Distrito de Cartagena.	47668 31//03/10
08/04/2010	Acuerdo 14	Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo 008 de 2009.	47678 12/04/10
06/05/2010	Acuerdo 15	Por el cual se interpreta el alcance del Acuerdo 11 de 2010.	47706 11/05/10
11/10/2010	Acuerdo 17	por el cual se aclara el nombre de un medicamento contenido en el Plan Obligatorio de Salud	47868 20/10/10
29/12/2010	Acuerdo 19	Por el cual se fija la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011.	47939 31/12/10
29/12/2010	Acuerdo 20	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.	47959 21/01/11

#### **4. RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Colombia, con la expedición de la Ley 100 de 1993 decidió que la mejor alternativa para garantizarle a la población servicios de salud oportunos, seguros y de calidad, era adoptar un modelo de aseguramiento.

Durante más de 16 años el nuevo modelo escogido revolucionó el sistema de atención, generando nuevos agentes, eliminando barreras de acceso e incrementando coberturas no solo en servicios sino en alcance de beneficiarios.

No obstante, por no haberse dado las condiciones de perspectiva estructurales para el ordenamiento y financiamiento del sistema, éste empezó a mostrar deficiencias y dificultades que lo pusieron en entredicho y en los últimos tiempos en situaciones verdaderamente apremiantes.

Las variables macroeconómicas que sirvieron de sustento e hipótesis para hacer progresar el Sistema, no crecieron ni se comportaron como estaba previsto; nos referimos fundamentalmente al crecimiento económico y por ende al empleo, base que le proporcionaría la sustentación y sostenibilidad en el mediano y largo plazo, toda vez que el régimen contributivo se debía alimentar de las cotizaciones de los trabajadores y empleadores, y a partir de allí mediante el mecanismo de la solidaridad, cofinanciar a la población más pobre y vulnerable. Cuando se previó el modelo se estimó que el Régimen Contributivo aportaría al Sistema el 70% de los afiliados y el Subsidiado el 30% restante; la ecuación se invirtió con el tiempo y la relación que hoy muestra el mismo es del 46,36% de afiliados al Contributivo y 53,64% al Subsidiado, generando así una deformación estructural que debe corregirse mediante reformas integrales.

Adicionalmente el modelo evidencia problemas de “sobrecostos” que hacen insostenible la operación del Sistema, causados por ineficiencias internas, mayor valor de las transacciones entre los agentes, elevados niveles de elusión y evasión, multiafiliaciones, causación de gasto en servicios no contemplados en el POS, inclusiones de beneficios por vías diferentes al competente, sin consultar a éste en lo referente a pertinencia y sostenibilidad, inclusiones de beneficios que no tienen relación de causalidad con el sector

salud, entre otros. Tales problemas, además de generar compromiso de la sostenibilidad del Sistema, impiden el acceso al mismo de parte de los usuarios.

Como consecuencia de lo anterior, la CRES se permite hacer las siguientes recomendaciones:

- Preservar el modelo de aseguramiento.
- Fomentar un adecuado control en los precios de medicamentos, insumos y dispositivos, e incluso propiciar un acompañamiento directo a las EPS por parte del Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud (CRES) para subsanar las inconsistencias que persistentemente se presentan en la información que éstas reportan, la cual es un valioso insumo para el cálculo de la UPC.
- Fortalecer las estrategias, herramientas y sanciones para la evasión y elusión de aportes.
- Proteger los recursos del Sistema evitando que se deriven a la financiación de prestaciones por fuera del Plan Obligatorio de Salud.
- Con respecto a las Pruebas Piloto de Unificación del POS, se hace necesaria la consolidación de los mecanismos de agilización del flujo de recursos entre los Entes Territoriales, las EPS y las IPS y la definición por parte de los Entes Territoriales responsables de las Pruebas Piloto, de las formas de recolección de la información pertinente para los análisis y definición de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- Implementar todas aquellas medidas orientadas a optimizar los recursos del Sistema, especialmente los fuertes controles y sanciones que sean pertinentes.

---

**MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA**  
Ministro de la Protección Social



---

**ESPERANZA GIRALDO MUÑOZ**  
Comisionada Experta Vocera CRES