

**ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN  
LOS REGIMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO**

**ERIKA ALEXANDRA MONTAÑO ZAMBRANO  
EDITH YOLANDA ORTIZ ORTIZ**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO – VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES,  
POSTGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES “VIPRI”  
CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOJURÍDICAS  
ESPECIALIZACION EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL  
I PROMOCIÓN  
PASTO - COLOMBIA  
2011**

**ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN  
LOS REGIMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO**

**ERIKA ALEXANDRA MONTAÑO ZAMBRANO  
EDITH YOLANDA ORTIZ ORTIZ**

**TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL**

**ASESORA  
Dra. INGRID LEGARDA MARTINEZ**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO – VICERRECTORIA DE INVESTIGACIONES,  
POSTGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES “VIPRI”  
CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOJURÍDICAS - CIESJU  
ESPECIALIZACION EN DERECHO LABORAL Y SEGURIDAD SOCIAL  
I PROMOCION  
PASTO- COLOMBIA  
2011**

## **NOTA DE RESPONSABILIDAD**

“Las ideas y las conclusiones aportadas en este trabajo de grado son de responsabilidad exclusiva del autor”.

Artículo 1. El acuerdo No. 324 de Octubre 11 de 1966, emanado del Honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

San Juan de Pasto, Agosto 2010

## **DEDICATORIAS**

A mi familia que gracias a sus consejos y palabras de aliento crecí como persona, a mi madre y a mi hermana por su apoyo, confianza y amor, gracias por ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y estudiante.

Erika Montaña Zambrano

Le dedico esta tesis a todos los que creyeron en mí, a toda la gente que me apoyo, a mi familia, a mis amigos, a esta institución, pero en especial se lo dedico a mis padres que fueron pilar fundamental en mi formación y educación como persona.

Edith Ortiz Ortiz

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1. ASPECTOS GENERALES	14
1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.2 DEFINICIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA	14
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	14
1.4 JUSTIFICACIÓN	15
1.5 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	16
2. ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACION DEL POS PARA LOS REGIMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO	17
2.1 SUBSIDIO PARCIAL	17
2.2 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	18
2.3 ACTIVIDADES REALIZADAS ANTES DE LA EXPEDICION DE LA SENTENCIA T-760-2008	21
2.4 HOMOLOGACION DE LA CLASIFICACION ÚNICA DE PROCEDIMIENTO EN SALUD - CUPS	24
2.5 DERECHO A LA PARTICIPACIÓN	26
2.6 ACCIONES PARA AGILIZAR AL ACTUALIZACION Y UNIFICACION DEL POS	30
3. CONCLUSIONES	38
4. RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40

## GLOSARIO

**ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO (ARS):** entidades que manejan (previo contrato con municipios y departamentos) los recursos que el Estado destina para atender a los beneficiarios del régimen subsidiado, es decir, las personas que no tienen dinero para cotizar al sistema de salud. Deben organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud autorizados en el POS para el régimen subsidiado. Pueden ser las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y las Empresas Solidarias de Salud (ESS).

**AFILIADO:** la persona (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

**BENEFICIARIOS:** personas que pertenecen al grupo familiar del afiliado al sistema. Reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por el cotizante.

**COPAGO:** es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante).

**COTIZACION:** lo que todo afiliado (trabajadores dependientes, independientes y pensionados) debe aportar cada mes para recibir los beneficios del sistema de salud. Este monto constituye el 12% del ingreso base de cotización (salario mensual devengado).

**COTIZANTE:** las personas, nacionales o extranjeras residentes en Colombia, que por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

**CUOTA MODERADORA:** es la suma que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus familiares) por servicios que éstos demanden. Su objetivo es regular y estimular el buen uso del servicio de salud.

**ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS):** es la responsable de la afiliación y registro de los usuarios y del recaudo de las cotizaciones. Deben organizar y garantizar la prestación del POS a los afiliados y de girar al FOSYGA, dentro de los términos de ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes UPC.

**FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía):** Es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, sin personería jurídica ni planta de personal propia, a través de la cual se manejan los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se compone de cuatro subcuentas.

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios, es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

**NO POS:** Lo que no está incluidos en el plan obligatorio de salud - POS

**PAB (Plan de Atención Básica):** Es un plan de carácter gratuito prestado directamente por el Estado o por particulares mediante contrato con el Estado que contiene acciones en Salud Pública, tales como acciones de información y educación para la salud, algunas acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz sobre las personas en patologías y riesgos con altas externalidades o sobre las comunidades en el caso de enfermedades endémicas o epidémicas.

**PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS):** Es el conjunto de servicios y de reconocimientos económicos (en el caso del régimen contributivo) que las EPS y ARS deben prestarles a todos los afiliados al SGSSS. Hay un POS para el régimen contributivo (que tiene más beneficios), otro para el subsidiado (con menos beneficios).

**REGIMEN CONTRIBUTIVO:** Mecanismo que cubre a las personas que se afilian al sistema general de seguridad social en salud mediante el pago de una cotización o aporte económico previo.

**REGIMEN SUBSIDIADO:** Mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

**SISBEN:** Es una encuesta que se hace para determinar la situación socioeconómica de las personas. Con base en sus resultados se asignan subsidios a los más pobres en salud, vivienda, educación y empleo.

**TUTELA:** Mecanismo judicial creado por la Constitución mediante el cual las personas buscan lograr atención, procedimientos y medicamentos que no están cubiertos por el POS. También son interpuestas por afiliados que requieren tratamientos de alto costo, pero no reúnen las semanas mínimas de cotización requeridas.

**UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION (UPC):** Es la suma que el sistema reconoce a las EPS por cada afiliado que tienen. Se considera que es suficiente para atender la salud de la persona en el año.

**VINCULADOS:** Personas pobres que no están afiliadas al sistema de salud, pero pueden ser atendidas en instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el Estado.

## RESUMEN

El objetivo de actualizar y unificar el Plan Obligatorio de Salud - POS en el Sistema de Seguridad Social Colombiano no es reciente, la ley 100 de 1993 contempla que el POS debería ser revisado y actualizado periódicamente, norma que no fue aplicada en su totalidad, por falta de recursos; hoy mediante la sentencia de Tutela T-760 de 2008, se pretende dar cumplimiento a lo establecido anteriormente dando un vuelco total al Sistema de Salud, con el fin de ajustarlo en mayor medida a los postulados constitucionales.

A pesar de que han existido diversas dificultades para el cumplimiento de las órdenes establecidas en la sentencia antes mencionada, se han logrado pequeños avances con participación de diferentes entes como el Ministerio de Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la comunidad médica y la ciudadanía en general, con el fin de precisar, actualizar integralmente y unificar el contenido del POS para los regímenes Contributivo y Subsidiado.

La importancia que ha adquirido en el debate público y crítica nacional, en torno al tema de la protección y defensa del derecho a la salud, asume un papel de especial trascendencia por tratarse de un actor social que con mayor imparcialidad y objetividad, justifica el estudio descriptivo y analítico, sobre la Unificación y Actualización del Plan Obligatorio de Salud, tanto en el Régimen Subsidiado como en el Contributivo.

Aun no se ha logrado una unificación total del POS, por diferentes motivos, como la situación actual del país, la estratificación, la seguridad, el desempleo, entre otros. Es posible que el mayor problema no esté en la unificación del POS, sino en la estructura general del Sistema de Salud, ya que el estado no utiliza los recursos destinados a la salud de una manera eficaz y eficiente; esto impide atender situaciones que podrían ser evitables como muertes prevenibles, sufrimiento e injusticia, logrando así que los derechos humanos con respecto a la salud sean más vulnerados. Con el uso más racional y eficiente de esos recursos y sobre todo si se direccionaran a los sectores más pobres y vulnerables, la situación mejoraría ostensiblemente.

## **ABSTRACT**

In order to update and unify the Compulsory Health Plan - POS in the Colombian Social Security system is not new, the law 100 of 1993 provides that the POS should be reviewed and updated periodically rule was not applied in its entirety, lack of resources today by the Guardianship Case T-760, 2008, is intended to comply with the foregoing total upending the health system, in order to conform more to the constitutional principles.

Although there have been many difficulties in carrying out the orders established in the sentence above, there has been little progress with the participation of various bodies including the Ministry of Social Protection, Health Regulation Commission, the National Security Council Social Health, the medical community and the general public, to clarify, update and standardize fully the contents of the POS for contributory and subsidized regimes.

The importance attached to the national public debate and criticism, on the theme of protecting and defending the right to health, assumes a role of particular importance because it is a social actor with the greatest impartiality and objectivity, justifies the study descriptive and analytical, on the Unification and updating of the Compulsory Health Plan in both the Subsidized and the Contributory.

Has not yet achieved total unification of the POS, for various reasons, including the country's current situation, stratification, security, unemployment, among others. Perhaps the biggest problem is not in the unification of the POS, but in the general structure of the health system, since the state does not use resources for health in an effective and efficient, this prevents handle situations that could be avoidable, preventable deaths, suffering and injustice, thus making human rights with regard to health more vulnerable. With the more rational and efficient use of those resources will be directed especially to the poorest and most vulnerable, the situation would improve significantly.

## INTRODUCCIÓN

La Corte Constitucional ordenó la reorganización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la sentencia T-760 de 2008, en la cual se estudiaron de forma conjunta veinte tutelas interpuestas por usuarios del sistema y entidades Promotoras de Salud, a partir de esta revisión la Corte consideró indispensable incluir modificaciones al Sistema General de Seguridad Social que permitieron garantizar de forma efectiva el pleno desarrollo a la salud en Colombia. Para ello dispuso que las autoridades del Sector Salud en cabeza del Ministerio de Protección Social, deben llevar a cabo reformas sustanciales como la revisión y actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud, la unificación de los regímenes contributivo y subsidiado; estas medidas implican importantes cambios en la prestación del servicio de la salud.

Se califica esta sentencia como una de las decisiones de política pública mas importante para el país en los últimos años, ya que intenta corregir las fallas del Sistema de Salud implementado con la ley 100 de 1993, y en la actualidad se a visto la necesidad de hacer un seguimiento si se ha cumplido la orden establecida en la sentencia y que actividades y procesos se han implementado para darle el cumplimiento a la orden y hasta que punto se ha logrado mejorar la prestación del servicio de salud a la ciudadanía.

## **1. ASPECTOS GENERALES**

### **1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN**

El tema de estudio consiste en hacer un análisis crítico sobre los procesos y actividades que se han llevado a cabo para cumplir el objetivo más importante del sistema de seguridad social en salud, el cual consiste en la actualización y unificación de los planes obligatorios de salud, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

### **1.2 DEFINICIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA**

Para identificar el problema que pretende analizar en este trabajo de investigación se establece la siguiente pregunta:

*¿Se ha cumplido con lo ordenado en la sentencia T-760-2008, respecto a las actividades para la Actualización y Unificación del POS?*

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

Los objetivos que se persiguen con la siguiente investigación son:

#### **OBJETIVO GENERAL**

“Determinar las actividades realizadas por parte del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de precisar, actualizar integralmente y unificar el contenido del POS para los regímenes Contributivo y Subsidiado, mediante la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistemas de salud”.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar que avances se ha obtenido e cuanto a la Actualización y Unificación del POS en los regímenes Contributivos y Subsidiados desde la expedición de la sentencia T-760 de 2008.

- Establecer si hasta el momento hay un cambio positivo o negativo desde que se empezaron a implementar los procedimientos con el fin de cumplir la orden para actualizar y unificar el POS.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN**

En torno al tema de la protección y defensa del derecho a la salud existe una clara línea jurisprudencial orientada hacia la materialización de ese derecho, que pese a formar parte de los derechos económicos, sociales y culturales y por ende contener un componente esencialmente prestacional y de políticas públicas.

Inicialmente se protegió por vía de tutela cuando su vulneración comportaba conexamente el resquebrajamiento de otros derechos que si ostentan rangos de fundamentalidad, tales como el derecho a la vida, a la integridad personal o a la dignidad humana, igualmente se protegió por la misma vía los casos que se involucren sujetos que por sus especiales condiciones posean un nivel especial de protección como la niñez, los adultos mayores y los discapacitados.

Con posterioridad al criterio establecido y que imperó en forma reiterada en la jurisprudencia de la Corte Constitucional por más de 10 años de su existencia, la Corte da un paso adicional y con la expedición de la sentencia emitida en sede de revisión T-760 de 31 de julio de 2008, se pasa a considerar el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo.

En igual sentido y teniendo en cuenta que la presente investigación pretende abordar un tema de actualidad y partiendo de que la expedición de la sentencia de tutela es relativamente reciente, por lo cual hasta el momento se desconoce de la existencia de investigación que analice las etapas, y procesos que se han llevado a cabo para hacer posible el cumplimiento de la orden emanada por la sentencia T-760 de 2008.

Teniendo en cuenta que para llegar hasta el total cumplimiento de esta se hace necesario la colaboración de diferentes entes de la salud como también hacer énfasis que se trata de un proceso que llegara a su culminación de una forma paulatina.

Además este estudio se justifica por la importancia que el tema ha adquirido en el debate público y crítica nacional. Así las cosas, la academia adquiere un papel en especial trascendencia por tratarse de un actor social que con mayor imparcialidad y objetividad, en esta coyuntura de interés y conflictos.

## **1.5 PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

La metodología a seguir para el desarrollo y ejecución del trabajo es de tipo descriptivo y analítico, pues a partir de la información y su análisis se pretende desarrollar un estudio crítico que partiendo de la jurisprudencia y la doctrina existente se obtenga conclusiones y se adopte una posición sobre el tema.

## **2. ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACION DEL POS PARA LOS REGIMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO**

La orden de actualizar y unificar el POS no es nueva, nos podemos dar cuenta que la ley 100 de 1993 contempló que el POS “debería ser revisado y actualizado periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica, perfil epidemiológico nacional, tecnología disponible en el país y condiciones financieras del sistema”<sup>1</sup>. Es decir a medida que el país vaya avanzando y evolucionando tecnológica, económica y demográficamente deben haber nuevas expectativas siempre dirigidas a mejorar las condiciones de acuerdo a las necesidades de la población.

De igual forma la ley 100 ordenó “que el POS subsidiado fuera igualado en beneficios al contributivo antes del año 2001”<sup>2</sup>. Después de 17 años podemos afirmar que con la ley 100 nunca se revisó ni se actualizó el POS y mucho menos se lo igualó; aunque si se han incorporado, algunos procedimientos y medicamentos en acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) pero algunas veces con soporte técnico y económico como lo fue el plan de beneficios adicional dentro del régimen subsidiado.

### **2.1 SUBSIDIO PARCIAL**

Una de las primeras actividades realizadas para la actualización del POS fue la elaboración del plan de beneficios adicional dentro del régimen subsidiado denominado subsidio parcial, el cual se definió en el año 2004 orientado al grupo de población que está justo en el límite de elegibilidad del mecanismo de focalización.

Este plan incluye una cobertura limitada a menores de un año, embarazadas, atención de fracturas y enfermedades de alto costo, El plan de beneficios de los subsidios parciales en comparación con el POS-S, no contempla las actividades de promoción y prevención y las prestaciones correspondientes al primer, segundo y tercer nivel de complejidad, las cuales están incluidas

---

<sup>1</sup> GAMBOA JIMENEZ, Jorge. *Código Laboral 2010, Ley 100 de 1993*, Artículo 162 Parágrafo Segundo. Editorial LEYER. pág. 569

<sup>2</sup> *Ibíd.*, Artículo 162.

sólo en los casos explícitos de embarazo, parto y puerperio, traumatología, ortopedia, patologías de alto costo y menor de un año.<sup>3</sup>

La aplicación del esquema de los subsidios parciales en salud inició con una experiencia piloto en el departamento de Nariño, siendo su capital la pionera del régimen de subsidios parciales, mediante el acuerdo 233 de 2002 del CNSSS que autorizó esta nueva experiencia el costo fue de \$1.000 millones para el período de evaluación de ocho (8) meses entre agosto de 2002 y marzo de 2003, y fue aplicado para atender 30.000 usuarios clasificados por la encuesta sisben garantizando la ampliación de cobertura en 50.000 nuevas afiliaciones. Al igual que los departamentos del Valle del Cauca ampliaron sus afiliaciones en 328, Santander en 260.090, Antioquia en 243.481, Cundinamarca 161.114, y Cesar 74.500 y en los distritos de Barranquilla 199.957, Bogotá 87.246, Cartagena 50.000 y Santa Marta 30.000 beneficiando a la población vulnerable<sup>4</sup>.

## 2.2 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Otra actividad implementada por el Régimen de Seguridad Social en Salud fueron las actualizaciones que se realizaron a partir del año 2006 mediante la elaboración de Guías de Práctica Clínica para los casos de VIH/SIDA, Enfermedad Renal Crónica, planificación familiar y prestaciones de segundo y tercer nivel de atención para Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial en el POS-S, en busca de establecer en el sistema de salud un plan de beneficios basado en el llamado POS por patologías con el fin de definir un núcleo esencial, con prestaciones asistenciales mínimas para todos respetando la integralidad y accesibilidad en el tratamiento de una enfermedad.

Las guías de práctica clínica se definen como “Recomendaciones que se desarrollan de manera sistemática para ayudar a los médicos y los pacientes a tomar decisiones sobre el manejo apropiado de circunstancias clínicas específicas”<sup>5</sup>. De igual forma, se pueden considerar como una forma de investigación aplicada que facilita una atención en salud de calidad, al sintetizar y evaluar sistemáticamente la evidencia científica en torno a una condición en salud, lo cual permite evitar prácticas inefectivas y disminuir la variabilidad de la práctica médica.

---

<sup>3</sup> DIRECCION DE GESTIÓN DE LA DEMANDA EN SALUD. *Evaluación Del Plan Obligatorio De Salud De Los Regímenes Contributivos Y Subsidiado En El Sistema General De Seguridad Social En Salud Colombiano Y Lineamientos A Su Reforma*. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. pág. 15

<sup>4</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Informe de actividades 2004-2005 Al Honorable Congreso de la República*: Bogotá, 1ª. Edición, 2005. pág. 25.

<sup>5</sup> CASTIÑEIRA PEREZ, Carmen, COSTA RIBAS, Carmen y LOURO GONZALEZ, Arturo. *Lectura Crítica de una Guía Clínica*. [Artículo en Internet] [febrero 20 de 2010].

Debido a la importancia de las GPC (Guías de práctica Clínica) el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud han demostrado principal atención en la construcción técnica para el desarrollo de la Guía Metodológica y el desarrollo de las Guías de Atención Integral para la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, la cual se dividió en dos fases:

Una primera fase de validación técnica en la que se ha contado con la participación de grupos académicos y de investigación nacionales, expertos en los temas de guías de práctica clínica, evaluaciones económicas en salud y estudios actuariales enfocados al POS y a la UPC; y una segunda fase de socialización y comunicación, en la que se dan a conocer los resultados de la fase de validación técnica con opción de tomar aportes y sugerencias que aporten sustancialmente a la consolidación de las metodologías.

Para la elaboración de las GPC en Marzo 19 y 20 de 2009 se realizó una validación del componente clínico con la participación de la academia y grupos de la investigación en el desarrollo de GPC. Se contó con la participación de 17 expertos entre grupos académicos y de investigación, Representantes del Ministerio de Protección Social y el Grupo desarrollador de la Guía Metodológica. Posteriormente en Abril de 2009 se realizó la validación del componente de evaluación económica con la participación de 23 actores del sistema entre representantes del MPS (Ministerio de Protección Social), ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina), EPS, Academia y expertos en investigación y evaluaciones económicas.

En Mayo de 2009 se realizó la validación del componente actuarial con la participación de 20 actores del sistema con representantes del MPS, Ministerio de Hacienda, ACEMI, EPS, Academia y expertos técnicos. Además se realizó la primera socialización de componentes clínico y económico con la participación de 50 actores del sistema, con representantes de OPS (Organización Panamericana de la Salud), MPS, ACEMI y aseguradores, ACSC (Asociación Colombiana de Sociedades Científicas) y COPSA (Confederación de Organizaciones de Profesionales del Área de la Salud), Academia y Colciencias, grupos de interés como Industria farmacéutica y AFIDRO, e investigadores independientes. Se realizó ese mismo día una jornada de socialización exclusivamente con la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

En Julio de 2009 se realizó la segunda reunión de socialización de la guía metodológica con la participación de 110 actores del sistema (MPS, ACEMI, Gestarsalud, ACSC y COOPSA), academia y grupos de interés como un representante de pacientes y la industria farmacéutica. La socialización contó con la participación y aportes al proyecto por parte de expertos internacionales de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard: Norman Daniels, William Hsiao y Thomas Bossert y finalmente se crearon grupos focales para la

aproximación a aspectos claves sobre el tratamiento y acceso a servicios de salud.

Es así como gracias a la experiencia exitosa en Colombia y en el mundo, de la utilización de las Guías de práctica clínica como instrumento de política pública basada en evidencia científica y como herramienta para el seguimiento a la atención integral de patologías priorizadas (clínico y de gestión), se planteó la necesidad de realizar nuevas guías para la actualización del POS contributivo y subsidiado con el fin de definir un nuevo lenguaje para el POS con base en las guías que permitirá mejorar las relaciones entre Ministerio, aseguradores y prestadores al facilitar la claridad sobre los contenidos del mismo.

Por lo tanto para la actualización de las GPC se sugirió dar prioridad a temas relacionados con magnitud y severidad de la enfermedad; posibilidad de generar estrategias de promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida; posibilidad de generar prevención de los riesgos; impacto económico de la patología en el sistema de salud; factibilidad de la implementación de las recomendaciones de la GPC, variabilidad de la práctica clínica y disponibilidad de evidencia, aspectos sociales, aspectos de equidad y preferencias de los usuarios.

Sin embargo, a pesar de los avances realizados para la actualización y unificación del POS no se logró el cumplimiento de muchos de los objetivos con que se creó la ley 100, una de las principales causas que evitó su cumplimiento fue la falta de recursos para la elaboración de los estudios necesarios para evaluar las tecnologías sujetas de análisis para su inclusión al POS, evitando que el Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología (CMET), como organismo asesor del CNSSS (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud), haya podido apoyar el ajuste y actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Situación que se vio reflejada en la acumulación de tutelas en las cuales se reclamaban lo incluido y lo no incluido en el POS de ambos regímenes, el incumplimiento de las metas de cobertura universal, la preocupante situación financiera de algunas EPS y hospitales, y las graves fallas que en materia de gobernabilidad, inspección, vigilancia y control han mostrado las instituciones a cargo del manejo del sistema, fenómeno por el cual la Corte Constitucional se vio obligada a proferir la Sentencia T-760 de 2008 que ordena el cumplimiento de los dos mandatos de la ley 100: “revisar y actualizar el POS y unificar los beneficios de uno y otro régimen en un solo plan de salud”<sup>6</sup>, con el fin de garantizar una atención eficaz oportuna y con calidad por parte del Estado evitando así la vulneración del derecho fundamental a la salud de los ciudadanos.

Decisión que impone a los actores del sistema general de seguridad social en salud como son EPS, Ministerio de la Protección Social incluyendo Supersalud,

---

<sup>6</sup> GAMBOA JIMENEZ, Op. cit., p. 570

Fosyga y Comisión de Regulación en Salud –CRES- a rediseñar y unificar los planes de beneficios del régimen contributivo y subsidiado; asegurar el flujo de los recursos en el sistema; lograr la cobertura universal antes de 2010; alcanzar y demostrar resultados en salud y disminuir las tutelas antes de 2009.

Es así como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS- da inicio al desarrollo de la Sentencia T-760 de 2008 en sesión del 27 de enero de 2009 con la aprobación del programa de modificación de los Planes Obligatorios de Salud del régimen contributivo y del subsidiado, a la luz de los avances en la información epidemiológica y demográfica de la población, conocimiento sobre tecnología y evolución, condiciones económicas mundiales y la incidencias de estas sobre la economía colombiana.<sup>7</sup>

De igual forma el Ministerio de la Protección Social ha venido adelantando gradualmente distintas acciones que contribuyen a la actualización del POS, las cuales se han clasificado en tres grupos:

### **2.3 ACTIVIDADES REALIZADAS ANTES DE LA EXPEDICION DE LA SENTENCIA T-760-2008**

**Primer Grupo de Acciones:** son las que permiten conocer tanto la situación actual de salud de la población como la situación actual del POS frente al uso y costos de los servicios de salud, y la disponibilidad de recursos del sistema:

- Diagnóstico del estado de salud de los colombianos a través del análisis de estudios tales como la Encuesta Nacional de Salud 2007, el Estudio de carga de enfermedad 2005, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005 y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.
- Análisis del comportamiento del POS en términos de uso de servicios de salud, que permite identificar la demanda de servicios y los patrones de práctica médica; y costos de los mismos, que permiten precisar el valor a los cuales se reconocen los servicios incluidos en el POS, de los últimos cuatro años.
- Estudios de suficiencia de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) para financiar el POS y de los actuales mecanismos de ajuste de los riesgos

---

<sup>7</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Informe dirigido a la Orden 22 de la Sentencia 760 de 2008 con destino a la Honorable Corte Constitucional*. 30 de enero de 2009. pág.1

determinantes del gasto de la UPC (Unidad de Pago por Capitación), de los últimos cuatro años.

- Estudios de la disponibilidad de recursos y equilibrio financiero del sistema de salud, para ajustar planes de beneficios y su UPC (Unidad de Pago por Capitación), con miras a garantizar sostenibilidad financiera del sistema, de los últimos cuatro años.
- Diagnóstico sobre la forma como está dispuesta y como acceden los usuarios a la información relacionada con el Plan Obligatorio de Salud y sobre la percepción general de distintos actores del Sistema sobre el POS<sup>8</sup>.

Las acciones incluidas dentro de este primer grupo tuvieron inicio hace cinco años atrás con el fin de dar a conocer la situación de salud de los colombianos y la prestación de los servicios de salud con todas sus complejidades, siendo en la actualidad el insumo para poder adelantar la actualización del POS.

Además, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha considerado importantes para la actualización del POS y se han teniendo en cuenta algunos aspectos como lo es conservar la estructura actual de atención integral por actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos complementando con la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades, que deben contener sin excepciones actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica.

Por otra parte con el propósito de dar cumplimiento a los tiempos establecidos para la actualización del POS se han realizado acciones a corto plazo como lo son los Estudios de Suficiencia de la UPC para financiar el POS, actividad desarrollada en los últimos cuatros años.

**Segundo Grupo de Acciones** tiene un horizonte temporal para ejecución en el mediano y largo plazo, de Guías de Atención Integral (GAI), condiciones de salud y evaluación de tecnologías en salud, la nueva CUPS (Compilación de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud) y la buena divulgación de la información relacionada con el POS y su actualización:

- Priorización de las problemáticas en salud a ser abordadas a través del POS que incluye: 1) Metodologías de priorización de condiciones y tecnologías en salud, que contó con la asesoría de expertos internacionales.

---

<sup>8</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Documento para la garantía y protección del derecho al a salud de los colombianos. Actualización de los planes obligatorios de salud.* 29 de julio de 2009. Pág. 12

2) La aplicación centrada en una consulta amplia de actores sectoriales y de la población en general, que se encuentra en proceso de implementación.

- Desarrollo de Guías de Atención Integral de las condiciones de salud priorizadas, que contempla guías de práctica clínica basadas en evidencia, de evaluación económica, de impacto en la UPC (Unidad de Pago por Capitación), de pacientes y de seguimiento a la aplicación de las guías. Este desarrollo también incluye: 1) La metodología de realización de las Guías en cada uno de sus cinco componentes, que se encuentra en proceso de construcción. 2) La aplicación en las condiciones de salud priorizadas, con una amplia participación de los actores del sistema y de los usuarios. 3) El estudio y aprobación de las Guías como uno de los métodos para actualizar el POS, por parte de la Comisión de Regulación en Salud.
- Evaluación de Tecnologías en Salud que contempla la evaluación de la efectividad clínica basada en la evidencia, la económica y de impacto en la UPC. Este desarrollo al igual que los anteriores implica: 1) La metodología de evaluación de tecnologías en salud, que se encuentra en proceso de construcción. 2) La aplicación en las tecnologías en salud priorizadas. 3) El estudio y aprobación de las tecnologías en salud como uno de los métodos para actualizar el POS, por parte de la Comisión de Regulación en Salud.
- Nueva codificación del POS que contemplan el desarrollo de una nueva codificación que permita mayor desagregación y profundidad que la actual, con los grupos de expertos de las Asociaciones y Sociedades médicas.
- Diseño e implementación de una estrategia de comunicación que incluye la puesta en marcha de mecanismos de información en especial sobre los servicios incluidos en los planes de beneficios<sup>9</sup>.

Este grupo de acciones han tenido su principal desarrollo en la implementación de las guías de practica clínica las cuales se han convertido en un apoyo para el medico facilitando la elección y secuencia de la tecnología apropiada, evitando variaciones en los patrones de práctica medica y mejorando la calidad de atención.

Dentro de este proceso se destaca los avances realizados por la fundación Santa fe quien elaboró la primera Guía Metodológica para actualizar el POS y orientar la construcción de un perfil de las enfermedades que mas afectan la población, en 62 Guías de Practica Clínica.

---

<sup>9</sup> Ibid., pág.13

La construcción de Guías de Práctica Clínica, conocidas en el contexto del SGSSS como Guías de Atención Integral – GAI- se realizaron teniendo en cuenta la inclusión de la comunidad y actores del SGSSS (sistema general de seguridad social en salud), combinando procesos técnicos y sociales teniendo en cuenta valores y principios con los cuales se identifican los ciudadanos; permitiendo la construcción conjunta de procesos técnicos y metodologías para la revisión y actualización sistemática y progresiva de los contenidos del POS mediante su aplicación, generando procesos de consenso y conciliación de intereses y perspectivas con la sociedad civil.

**Tercer Grupo de Acciones** corresponde a las acciones transversales que son estratégicas para dar cumplimiento a la actualización del POS:

- Apoyo de expertos nacionales en aspectos técnicos, jurídicos, económicos y operativos, a través de 10 consultores especializados del Centro de Gestión Hospitalaria.
- Apoyo de expertos internacionales en priorización, metodologías de elaboración de guías y evaluación económica, mecanismos de apelación y de participación ciudadana, a través de un memorando de entendimiento con el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE).
- Apoyo de la cooperación Europea mediante el programa Eurosocial Salud, para el análisis de mecanismos de mejora en los sistemas de codificación de procedimientos en salud y de sistemas de información en salud para su aplicación en la actualización de los CUPS<sup>10</sup>.

En cuanto a las actividades del tercer grupo se han adelantado estudios liderados por el Ministerio quien encargó a Colciencias para que coordine los procesos pertinentes para actualizar y renovar el Plan Obligatorio de Salud (POS), con el cual se espera generar un ahorro cercano a \$18 billones por año, remplazando tratamientos y medicamentos que ya no se utilizan por unos mas efectivos, e incorporar otros novedosos; siempre y cuando los procedimientos, tratamientos y esquemas de atención evaluados por la comunidad científica y médica del país con apoyo de entidades internacionales de Estados Unidos, Holanda, Francia, Inglaterra y Chile, además de especialistas en las aéreas de Economía y Derecho.

---

<sup>10</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Respuesta al auto remitido con oficio OPTB-200 Seguimiento a la decimo sexta orden de la sentencia T-760 de 2008*. de 23 de Julio de 2009. pág. 7.

## 2.4 HOMOLOGACION DE LA CLASIFICACION ÚNICA DE PROCEDIMIENTO EN SALUD - CUPS

Para concretar estas acciones fue necesario realizar un proceso de cambio de la codificación del POS a la Compilación de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS, “mediante la clasificación de la nota técnica del POS con base en los Estudios de suficiencia en procedimientos POS y no POS, cuyo resultado fue la validación de estos procedimientos en un plan de beneficios actualizado tanto en su codificación como en su contenido”<sup>11</sup>. Proceso que retomó los avances obtenidos en el año 2002 en la homologación de las codificaciones y descripciones entre CUPS y MAPIPOS (Manual de Procedimientos y Actividades del POS).

Esta homologación se logró con la participación y consenso con las sociedades científicas de los procedimientos pos y no pos, quienes validaron la clasificación de los grupos de procedimientos que más frecuencia tienen dentro del sistema general de seguridad social en salud a través de la metodología de consenso. Teniendo en cuenta información reportada por las diferentes EPS entre los años 2004-2007. Simultáneamente el Ministerio de la Protección Social dentro de las actividades programadas para lograr la actualización del POS a implementado jornadas de intercambio de experiencias internacional en temas relacionados con los planes de beneficios, aplicación de metodologías en el contexto colombiano, y la realización de convenios internacionales que acompañan los procesos de ajuste del POS.

En estas jornadas se logró intercambiar experiencias sobre mecanismos para la captura y análisis de información para el monitoreo de los resultados en salud y su relación con la armonización del lenguaje entre los actores del sistema de salud. Se inició la transferencia de la clasificación francesa como base de la actualización de CUPS. “Se evidenció en conversatorio con actores la necesidad de avanzar en el fortalecimiento de los sistemas de información para que las herramientas de codificación cumplan su propósito y permitan el seguimiento y el control permanente de los servicios de salud prestados y de los recaudos de las diversas fuentes de financiación”<sup>12</sup>.

Esta Jornada llevó a la firma de un memorando de entendimiento entre el Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido, el 17 de enero de 2009, para la cooperación bilateral en el fortalecimiento técnico para la actualización del POS y el intercambio de experiencias exitosas en la consolidación de competencias sociales para la participación ciudadana en toma de decisiones en la asignación de recursos para la salud.

---

<sup>11</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Documento para la garantía y protección del derecho al a salud de los colombianos. Actualización de los planes obligatorios de salud.* 29 de julio de 2009. Pág. 16

<sup>12</sup>MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, Op.cit., Pág. 24.

Además, se logró el intercambio técnico sobre los procesos de priorización, identificación de necesidades en salud y desarrollo de Guías de Prácticas Clínicas para el ajuste del POS. Se identificaron los procesos técnicos, políticos y sociales a tener en cuenta en para la reformas del plan de beneficios.

Sin embargo, a pesar de las acciones adelantadas en el proceso de actualización y unificación del POS aun nos encontramos en frente de un proceso muy complejo, que aun no muestra resultados significativos que demuestren que dicha actualización será permanente y gradual y que garantizara la solución a las problemáticas en salud más relevantes de los colombianos en términos de la promoción de la salud y la calidad de vida, dando respuesta a las necesidades reales que impactan el estado de salud de la población.

## 2.5 DERECHO A LA PARTICIPACIÓN

Dentro de este proceso la participación de la comunidad ha jugado un papel importante, diferentes experiencias en el mundo señalan que la percepción de la opinión pública es primordial frente a la evidencia en si. Sin embargo la evidencia científica si es determinante porque contribuye a generar algunos consensos, apoya la formación de percepciones de los actores y ayuda a esclarecer el interés general.

De ahí, que la propuesta de unificación y actualización del POS en la actualidad incluya una combinación de los elementos técnicos y científicos con acuerdos sociales y políticos, estos métodos se soportan en una Estrategia de información y Comunicación que por una parte informa y por otra motiva la participación ciudadana además de constituirse en una “herramienta multimedial por incluir varios medios, estrategia que impulsa un proceso real de participación ciudadana que ejerce el derecho al acceso a la información y a unas entidades que cumplen con el deber de informar.”<sup>13</sup>

Por lo cual, “el consenso entre la comunidad y los actores del SGSSS es uno de los principales pasos para la unificación y actualización del plan de beneficios que permitirá lograr una definición y validación de criterios que constituyan las preferencias sociales respecto al sistema de salud”<sup>14</sup>.

Es decir, se requiere de la consulta de la ciudadanía en general, que incluye a aquellos usuarios organizados e informados en temas relacionados con la salud y el SGSSS y al ciudadano del común con quién se debe iniciar, además de la consulta, un proceso de educación e información en temas como los contenidos actuales del POS y la importancia de temas como el establecimiento de límites

---

<sup>13</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Mecanismos e instrumentos para la información, participación y comunicación de los procesos de actualización de los Planes Obligatorios de Salud POS: Hacer público lo que es público.* Pág.1

<sup>14</sup> *Ibíd.*, Pág. 31

razonables basados en el perfil epidemiológico del país y de los recursos disponibles en el sector.

Para lograr la participación ciudadana el Ministerio de Protección Social ha iniciado con la generación de información, adecuada, suficiente, completa y oportuna en la página web del POS, generando respuestas a la ciudadanía frente a las preguntas relacionadas con coberturas y el derecho a los beneficios del POS, seguida de jornadas de información y capacitación para el desarrollo de metodologías para el ajuste del POS.

Este proceso participativo se planeó para ser implementado y ejecutado en tres fases<sup>15</sup>:

1. *“En la primera fase, el objetivo principal de la consulta a ciudadanos y actores es obtener información sobre el tipo de riesgos que considera la gente debe cubrir el plan de salud (la urgencia vital, lo crónico y costoso, lo más frecuente, etc.) y que pueden tomarse como los orientadores para la definición del plan de beneficios en los diferentes procesos de revisión, actualización y ajuste que en adelante se hagan del mismo”.*

En esta etapa se recogerán las opiniones de los colombianos sobre los criterios y características que deben tenerse en cuenta para la toma de decisiones relacionadas con la inclusión o exclusión de servicios y medicamentos en el POS. El trabajo de la consulta ciudadana, articulado con la estrategia de comunicación en el componente de comunicación presencial busca indagar sobre las opiniones de los usuarios para la definición de criterios generales para la determinación sobre los contenidos del POS y serán de carácter participativo no decisorio, pues con éstas consultas los tomadores de decisiones (Comisión de Regulación en Salud –CRES- y el Ministerio de la protección Social) no pretenden que los ciudadanos tomen las decisiones que son su responsabilidad, sino que a través de procesos claros, éstos aporten argumentos en los cuáles se puedan basar las decisiones que se tomen al respecto.

2. *“En la segunda fase, una vez se hayan iniciado los procesos de participación y se esté en camino de consolidación de sus mecanismos, se discutirán temas éticos más complejos alrededor del derecho a la salud”.*

---

<sup>15</sup>MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Resultados de la primera consultas presencial con los usuarios y la comunidad médica para la definición de criterios y características que deben orientar las decisiones de actualización y precisión de los contenidos del POS.* Pág. 4.

Esta fase se implementó antes de finalizar el 2009 y se realizó a través de la instauración de espacios deliberativos permanentes bajo el esquema de trabajo de los Consejos de Ciudadanos. Para esto se contará con la cooperación del Instituto NICE del Reino Unido, cumpliendo los acuerdos del memorando de entendimiento firmado con dicha Institución el 17 de enero de 2009, bajo la financiación del Banco Mundial.

*3. “En la tercera fase, haciendo uso del mecanismo de participación permanente, se procederá a tener nuevas rondas de preguntas generales y criterios de priorización para el POS”.*

Teniendo en cuenta que la sentencia considera el derecho al acceso a la información como un componente integral del derecho a la salud, el sistema debe respetar el derecho de la ciudadanía a acceder a información adecuada, suficiente, oportuna, relevante y de calidad, este derecho se materializa en la posibilidad de solicitar, recibir y difundir información sobre derechos y deberes que, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, corresponden a cada uno de los actores: usuarios, estado, aseguradores y prestadores y demás actores relacionados con la salud. Razón por la cual es importante resaltar dentro de las acciones aplicadas para consolidar la participación de la ciudadanía las siguientes:

- La generación del correo electrónico [nuevoposcolombiano@minproteccion-social.gov.co](mailto:nuevoposcolombiano@minproteccion-social.gov.co), el cual ha permitido convocatorias a eventos de discusión y entrega de información que ha generado un mecanismo de información inmediato con cerca de 400 personas del sector.
- Inclusión en la página del Ministerio de la Protección Social de información básica de derechos y deberes en torno al POS.
- Implementación de un portal Web con toda la información de POS actual y del proceso que se desarrolle para su actualización y unificación. El portal [www.pos.gov.co](http://www.pos.gov.co), está en funcionamiento desde enero 16 de 2009 y ha sido montado bajo la plataforma Web 2.0, denominación de la etapa tecnológica actual de la Web que posibilita la creación y aporte de contenidos por parte de cualquier usuario a través de grandes portales como Myspace, YouTube, Wikipedia, y permite prácticas colaborativas, creativas, participativas en la red.

Además estas actividades han sido sujetas de continuo seguimiento en su aplicación es así como “el 20 de mayo de 2009 se hace una identificación de los mecanismos de participación que actualmente se encuentran funcionando de

manera efectiva y práctica en los departamentos o municipio de Colombia”<sup>16</sup>. Esta identificación se logró con la participación de 30 Secretarios(as) de Salud Municipales y Departamentales, a través del diligenciamiento de una encuesta que arrojó las siguientes conclusiones:

Existen varios mecanismos de participación ciudadana, comunitaria o social, en los temas de salud, creados por diferentes normas. La Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993, el Decreto 1757 de 1994 y más recientemente la Ley 1122 de 2008. Sin embargo, ninguna de estas normas señala con qué tipo de recursos económicos debe estimularse y promoverse la participación ciudadana en el nivel territorial. Los recursos deben salir del presupuesto propio de las entidades municipales y departamentales. Situación que lleva a que los mecanismos creados o impulsados por cada norma, no funcionen de manera adecuada.

A nivel territorial existen los Copasos, las asociaciones de usuarios de EPS e IPS y el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, en la práctica no se reúnen, ni ejercen las funciones para lo que la ley contempla y para las que fueron creadas. Tal vez los más activos son las asociaciones de usuarios de EPS e IPS. Y la pérdida de las funciones que tenía el Consejo territorial sobre la aprobación del PAB (Plan de Atención Básica) y de otros temas relacionados han hecho que los incentivos de reunión sean cada vez menores.

Otra medida importante tomada por la Corte Constitucional para acelerar el proceso de unificación y actualización fue el auto 035 del 30 de enero de 2009 en donde la sala segunda de Revisión de la Corte Constitucional negó la prorrogación de los plazos establecidos en la sentencia T-760 de 2008 solicitada por el Ministerio de la Protección Social, pero si autorizó al titular de esa cartera para aplicar la excepción de inconstitucionalidad e ilegalidad en casos en que resulte manifiestamente necesario para lograr el goce efectivo del derecho a la salud y el cumplimiento de las ordenes contenidas en la sentencia.

El Ministerio le había solicitado a la Corte mediante escrito del 20 de Enero de 2009 “una prorrogación prudencial en los diferentes plazos que la decisión contiene para una época anterior al solicitado pronunciamiento, particularmente a los que se refieren principalmente a los puntos 17 y 22 de la sentencia T-760 de 2008”<sup>17</sup>

Estableciendo que para la orden 17 de la sentencia los nuevos planes de beneficios serán adoptados de acuerdo con los plazos señalados en la parte resolutive, serán remitidos a la Corte Constitucional y serán comunicados a todas las Entidades Promotoras de Salud para que sean aplicados por todos

---

<sup>16</sup> Ministerio de Protección Social. *Mecanismos e instrumentos para la información, participación y comunicación de los procesos de actualización de los Planes Obligatorios de Salud POS: Hacer público lo que es público*. Pág. 6.

<sup>17</sup> Sala Segunda de Revisión. Corte Constitucional *seguimiento sentencia de la corte constitucional en materia de derecho a la salud y a la vida-autorización para aplicar la excepción de inconstitucionalidad en sentencia t-760/08*. Pág. 3.

los Comités Técnico – Científicos. Este plazo podrá ampliarse si la Comisión de Regulación en Salud expone razones imperiosas que le impidan cumplir con la fecha indicada<sup>18</sup>.

En la sentencia se ordenaba que los nuevos planes de beneficios deberán adoptarse antes del 1º de febrero de 2009 y según la Corte, el Ministerio no manifestó razones imperiosas de ningún tipo que justificaran la prórroga de los plazos señalados en la sentencia para cumplir las ordenes 17 y 22, por lo que negó la solicitud de prórroga.

## **2.6 ACCIONES PARA AGILIZAR AL ACTUALIZACION Y UNIFICACION DEL POS**

Asimismo, la Corte Constitucional ha dictado una serie de autos, con el fin de hacer seguimiento a algunas de las ordenes de la sentencia T-760 de 2008; uno de ellos es el Auto de 13 de julio de 2009 el cual solicita a la comisión de regulación en salud, “que en cinco días, entregue los cronogramas para adelantar la unificación gradual y sostenible de los planes de beneficios del régimen contributivo y del subsidiado; y precise cuáles fueron o son los canales o estrategias adoptadas para garantizar la participación directa y efectiva de los usuarios y de la comunidad médica”<sup>19</sup> en el cumplimiento de lo dispuesto en la orden número veintidós a la cual le hace seguimiento.

Por otra parte, solicita aclarar al consejo nacional de seguridad social en salud que sus estudios e informes deben detectar aciertos, anomalías o defectos y, por lo menos, proponer las soluciones más acordes con la vigencia de los derechos fundamentales y será la defensoría del pueblo quien debe evaluar que dichos informes muestren como se ha avanzado en la ejecución de la orden correctiva.

Del mismo modo, se dictó Auto del 13 de julio de 2009 para realizar seguimiento a la orden vigésima octava de la sentencia T-760 de 2008 en la que se pide al Ministerio de la Protección Social aclarar “porque a pesar de los importantes avances en la puesta en marcha del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud, la regulación de la carta con los derechos del paciente y la carta de desempeño a través de la resolución 1817 de 2009, no implica su cumplimiento por parte de las entidades destinatarias a favor de los derechos de los usuarios”<sup>20</sup>,

---

<sup>18</sup> *Ibíd.*, Pág. 4

<sup>19</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. Sala Especial de Seguimiento. *AUTO 13 de julio de 2009*. Referencia: Sentencia T-760 de 2008. Seguimiento a la orden vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008. Bogotá D.C. pág.4

<sup>20</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. Sala Especial de Seguimiento. *AUTO 13 de julio de 2009*. Referencia: Sentencia T-760 de 2008. Seguimiento a la orden vigésima octava de la sentencia T-760 de 2008. Bogotá D.C. pág.3

y solicita que en el término de diez días allegue una evaluación en la que justifique cómo dicha resolución cumple con la totalidad de la orden veintiocho y con la problemática enunciada en el numeral 6.3.1 de la sentencia T-760 de 2008.

Además, solicita al Ministerio de la Protección Social y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que en el término de cinco días especifiquen cuáles fueron las medidas para “proteger a las personas a las que se les irrespete el derecho que tienen a acceder a la información adecuada y suficiente...”<sup>21</sup>

Posteriormente se dicta Auto 104 de 2010 para realizar seguimiento a la orden décimo sexta de la sentencia T-760 de 2008, en el cual se resuelve ordenar al Ministerio de la Protección Social que “en el término de diez días, responda y soporte qué avances y obstáculos han sido identificados para el acceso a los servicios de salud a los cuales tienen derecho e indique de qué manera se pretenden superar los obstáculos encontrados y disminuir la denegación de los servicios de salud”<sup>22</sup>.

Y se solicita aclarar la forma en que se ha procurado enfrentar las dificultades en la calidad, cantidad, consistencia y cobertura de la información que reportan los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; como se ha avanzado en el perfeccionamiento de los instrumentos de participación, en la toma de decisiones y qué avances y obstáculos han sido identificados en cada una de las actividades desarrolladas para hacer frente a las fallas de regulación del sistema de seguridad social en salud advertidas por el Ministerio de Protección social.<sup>23</sup>

El auto 104 de 2010 también ordena al consejo superior de la judicatura que, en el término de cinco días, informe qué trámite se impartió a la comunicación remitida a dicho ente por parte de ACEMI, en el que solicita se publicite entre los jueces de la república, el decreto 366 de 2009 expedido por el ministerio de educación, “... en relación con la oferta de educación inclusiva a los estudiantes que encuentran barreras para el aprendizaje y la participación por su condición de discapacidad y a los estudiantes con capacidades o con talentos excepcionales...”<sup>24</sup>, con el ánimo de que éstos remitan al ente territorial a las personas que requieran dichos servicios de manera complementaria a los servicios de salud no pos.

---

<sup>21</sup> *Ibid.*, Pág. 4

<sup>22</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. *Auto 104/10 Referencia: Sentencia T-760 de 2008. Seguimiento a la orden décima sexta de la sentencia T-760 de 2008.* Bogotá D.C., ocho (8) de junio de dos mil diez (2010). Pág. 4

<sup>23</sup> *Ibid.*, Pág. 4

<sup>24</sup> MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL. *Decreto 366 de 9 de febrero de 2009.* Bogotá D.C., pág.1

Además, ordena que se de a conocer al instituto colombiano de bienestar familiar, la comunicación enviada por ACEMI a la comisión de regulación en salud, en la que se solicita la inclusión prioritaria en el pos de las actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos incluidos en las Guías de Práctica Clínica para leucemia linfocítica aguda (LLA) en niños, para que se manifieste sobre el mismo, debiéndose remitir copia de éste. Y es la Comisión de Regulación en Salud, quien en el término de cinco días, informe cuál ha sido el trámite.<sup>25</sup>

Posteriormente se dicta Auto 208 de 2010 para realizar seguimiento a la orden décima sexta de la sentencia T-760 de 2008. En el cual se resuelve “atender la solicitud elevada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, y conceder una prórroga de diez días para el cumplimiento del numeral quinto de la parte resolutoria del auto 104 de 2010”<sup>26</sup>.

Una vez cumplido este plazo, el ICBF debe especificar, el avance de cada una de las actividades realizadas con miras a lograr el cumplimiento de la orden y especificar los acoplamientos que se hayan efectuado a nivel operativo, estratégico y funcional para intervenir en los procesos de ajuste o actualización de los planes de beneficios cuando se afecten los intereses de los niños, así como el cumplimiento material de la unificación de los planes de beneficios para los menores.

Otra medida tomada para lograr la unificación y actualización del POS fueron los Acuerdos, 03 de 2009 “por el cual se aclaran y se actualizan los regímenes contributivo y subsidiado, acuerdo mediante el cual se dio cumplimiento a lo establecido por la corte constitucional estableciendo que su entrada en vigencia se produciría a partir del primero de enero de 2010”<sup>27</sup>.

Debido a que el mencionado acuerdo recibió diversos comentarios, observaciones y sugerencias respecto de su contenido por diferentes entidades y personas se consideró procedente la realización de algunas modificaciones al contenido de este acuerdo con el fin de precisar los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado con el fin de garantizar que los POS respondan a las necesidades de los afiliados.

Por lo cual se expide el acuerdo 08 de 2009 en donde se aclaran y actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y

---

<sup>25</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. Op. cit., pág. 6

<sup>26</sup> REPÚBLICA DE COLOMBIA CORTE CONSTITUCIONAL. *Sala Especial de Seguimiento, Referencia: Sentencia T-760 de 2008. Seguimiento a la orden décima sexta de la sentencia T-760 de 2008.* Bogotá D.C., primero (01) de julio de dos mil diez (2010), pág. 2

<sup>27</sup> COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. *Acuerdo Número 03 de 2009 Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado* Dado en Bogotá, D. C., a 30 de julio de 2009. Pág. 2

subsidiado teniendo en cuenta las observaciones realizadas, este acuerdo precisa el contenido que tenía el acuerdo 003 de julio de 2009 haciendo aclaraciones de mayor beneficio para los usuarios, mejorando de esta manera las relaciones con los aseguradores.

Una vez expedido y publicado el acuerdo 008 de 2009 se estableció que contiene algunos errores que no inciden en el sentido del mismo, por lo que se hizo necesario realizar algunos ajustes y correcciones pertinentes, teniendo en cuenta esta observaciones se expide la comisión de la regulación en salud el acuerdo numero 014 de 8 de abril de 2010 por el cual se corrigen algunos errores del acuerdo 008 de 2009.

Razón por la cual se dicta Auto 105 de 2010 para realizar seguimiento a las órdenes décimo séptima y décimo octava de la sentencia T-760 de 2008. En el que resuelve: “ordenar se requiera a la comisión de regulación en salud, para que en el término de diez días, de respuesta a cuáles fueron los antecedentes y demás criterios en que se basó la comisión para la expedición de sus acuerdos 003, 008 y 014”<sup>28</sup>.

A continuación se expiden los Acuerdos Números 12 del 29 de enero de 2010 y 13 de 30 de marzo de 2010 en los cuales se fija la UPC para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de servicios de salud mediante la unificación de los planes de los regímenes contributivo y subsidiado para la población afiliada del sistema de seguridad social en dos departamentos de Colombia, en el distrito de Barranquilla y en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias.

Esta implementación dió como resultado que “mas de un millón de personas del régimen subsidiado disfruten de los mismos beneficios del régimen contributivo, proceso en el que se destacó la disminución entre un 90% y un 95% las tutelas como también la reducción de los tiempos de espera de los pacientes tanto en la autorización de los servicios como en la atención de los mismos”<sup>29</sup>.

Siendo la Unificación del Plan Obligatorio de Salud la alternativa que mejorará la calidad del servicio que millones de ciudadanos reciben y pone punto final a la diferenciación que hoy en día viven los usuarios cuando son del régimen contributivo o del subsidiado.

Vale la pena recordar que esa unificación se ha ido realizando paulatinamente. De hecho, “en el último año del gobierno del ex presidente Álvaro Uribe Vélez, fueron

---

<sup>28</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA, CORTE CONSTITUCIONAL. Auto 105/10 Referencia: *Sentencia T-760 de 2008. Seguimiento a las órdenes décimo séptimo y décimo octava de la sentencia T-760 de 2008.* Bogotá D.C., ocho (8) de junio de dos mil diez (2010). Pág. 4

<sup>29</sup> COOPERATIVA DE ENTIDADES DE SALUD CALDAS. Unificación POS. [artículo en internet]. [http://www.coodesca.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=185](http://www.coodesca.com/index.php?option=com_content&task=view&id=185) [Consulta: 18 de diciembre de 2010].

diez millones quinientos mil colombianos (10.500.000) del régimen subsidiado que quedaron con un POS unificado (jóvenes menores de 18 años y las personas del régimen subsidiado de Barranquilla y Cartagena), quedando cerca de doce millones (12'000.000) de colombianos pendientes de un POS unificado”<sup>30</sup>. A esta unificación del POS hay que añadir la tan ansiada cobertura nacional que rompe con una de las barreras que sufría la población más desfavorecida condenada siempre a una cobertura municipal.

Al analizar las ordenes de la sentencia, estas parecen sencillas de cumplir porque obliga a volver a encauzar el sistema de salud por las líneas originales dictadas por la constitución y por la ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Razón por la cual todas las autoridades coinciden que esta es una sentencia positiva para el entorno jurídico-administrativo del sistema, ya que se está frente al alcance de la satisfacción del derecho fundamental a la salud con el fin de hacer valer los principios de equidad, solidaridad y oportunidad que consagra la constitución de 1991.

El fin de la Corte es recuperar el orden perdido por causa de las irregularidades en el que se encuentra el sistema de salud, cuando puso el interés económico por encima del valor social de la salud. Ahora el país deberá enfrentar los procedimientos propuestos que se llevarán a cabo para alcanzar el objetivo de la sentencia.

Como podemos ver estamos frente a un modelo de Seguridad Social el cual ha sido discutido en varias reuniones y foros en los cuales así como hay muchos actores que lo defienden hay otros que están en contra. A medida que el tiempo va avanzando y los procesos para dar cumplimiento a las órdenes de la sentencia cada vez son más dispendiosos, y cada vez son menos los protectores del sistema.

El sistema propuesto en varios de sus apartes lo que busca es la equidad ya que deben ser iguales los planes del régimen subsidiado con los del contributivo que era lo que se buscaba con la ley 100 de 1993, pero si nos damos cuenta: ¿Cuál es la UPC que respalda el régimen subsidiado? Y como respuesta obtenemos que para el presente año “la UPC fijada para el Régimen subsidiado es de \$302.040,00 anual, mientras que el Régimen contributivo está respaldado por cerca de \$505.627,20 anual”<sup>31</sup>; demostrando que a pesar de los esfuerzos nuestro país se mantiene en una situación de inequidad.

---

<sup>30</sup> PALACIOS, Diego, una inevitable reforma a la salud. [artículo en internet]. [http://www.enlaceoperativo.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1642:una-inevitable-reforma-a-la-salud&catid=1:%C3%9Altimas%20not%C3%ADcias&Itemid=151](http://www.enlaceoperativo.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1642:una-inevitable-reforma-a-la-salud&catid=1:%C3%9Altimas%20not%C3%ADcias&Itemid=151). [Consulta: 27 de enero de 2011].

<sup>31</sup> COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. *Acuerdo Número 19 de Diciembre 29 de 2010*. Dado en Bogotá, D. C., a los 29 días del mes de Diciembre de 2010.

Si analizamos la sentencia T-760 de 2008 encontramos importantes contribuciones a la consagración de la salud como derecho fundamental autónomo, la sistematización de los problemas estructurales en el sistema de salud con las respectivas órdenes para hacerles frente; brindó la posibilidad de ajustar la Ley 100 de 1993 para garantizar de forma efectiva el derecho a la salud, reconociendo la importancia de plantear indicadores en materia de salud en términos de goce efectivo, es decir por medio de la aplicación de reglamentaciones eficaces.

Además, introdujo un mecanismo para evaluar el cumplimiento de la sentencia y la evolución de las fallas detectadas; reconoció la importancia de las funciones de los órganos de control concediendo a la Procuraduría, Defensoría y Contraloría labores de seguimiento al cumplimiento de las órdenes estipuladas, ya que las fallas en el sistema de salud no reposan en una sola entidad sino que su superación requiere del trabajo articulado de diferentes instituciones del Estado, quienes deben asumir con mayor responsabilidad el derecho a la salud.

Sin embargo a pesar de estar la sentencia T-760 de 2008 bien motivada y de hacer importantes contribuciones para el desarrollo y la garantía efectiva del derecho a la salud en el país, presenta evidentes ineficiencias en aspectos como el tema de salud pública, si bien el derecho a la salud no se reduce al derecho a acceder a la atención médica sino que consiste en el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud física, mental y psíquica, entonces los sistemas y las políticas de salud no pueden limitarse a atender la enfermedad, deben cubrir lo que se conoce como los factores de fondo determinantes de la salud.

Por otra parte, pese a sus aportes al mejoramiento del sistema de salud, la sentencia deja de lado los temas de la equidad y la no discriminación relacionados con las diferencias en los planes obligatorios de salud. La Corte denunció que es inaceptable que 15 años después de la vigencia de la ley 100 de 1993 no se hubieran unificado los planes de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, sin embargo consideró constitucionalmente admisible la diferencia en los planes de salud con base en el argumento de la progresividad que debe inspirar la materialización de los derechos sociales.

Aceptar dicha progresividad no significa admitir la permanencia de desigualdades profundas en la garantía de los derechos. Permitiendo la existencia de regímenes diferenciados bajo el argumento de que, dadas las restricciones financieras del sistema, es indispensable una medida temporal para dinamizar el régimen y vincular de forma rápida a toda la población, introduciendo una discriminación en el desarrollo del derecho a la salud.

En respuesta a dicha situación el Congreso de Colombia establece la Ley 1438 del 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud buscando su fortalecimiento y no su transformación a

través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia atención primaria en salud (APS) permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad.

Es así como la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 aprueba “en cuanto a la salud pública y atención primaria en salud un plan decenal para la salud pública el cual reemplaza todas las actividades estrategias que existen en la actualidad, se aprueba también un observatorio de salud para hacerle seguimiento a sus actores y a sus actuaciones valorando el cumplimiento de metas estratégicas que la misma ley trae consigo”<sup>32</sup>, siendo el gobierno el responsable de la política de promoción de salud y prevención de la enfermedad, evitando así la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas y el alto costo haciendo que el sistema sea sostenible en el tiempo.

De esta forma se adopta la estrategia de APS que por varios años había recomendado la Organización Mundial de la Salud (OMS), definiendo igualmente una política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad lo que nos hace pensar en que el modelo busca cambiar de asistencial a preventivo.

Además, se han generado unos favorecimientos muy importantes y una discriminación positiva hacia los discapacitados brindándoles protección a los pertenecientes a nivel 1 y 2 del SISBEN y a los niños, niñas, adolescentes y mujeres, víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato para quienes los servicios de rehabilitación serán completamente gratuitos.

Por otro lado en cuanto al aseguramiento se aprobó la portabilidad nacional del derecho a la salud y al POS lo cual quiere decir que todos los colombianos en cualquier lugar del país debemos ser atendidos con todo el portafolio obligatorio de salud y no únicamente con la atención inicial de urgencias. Además, “el gobierno regula los recursos de la UPC que reciben las EPS del régimen contributivo determinando que solo el 10% pueden ser usados como gastos de administración, y las EPS del subsidiado continúan administrando con el 8% como lo venían haciendo”.<sup>33</sup>

El gobierno y el congreso aprobaron la universalización de coberturas lo que quiere decir que es obligatorio para todo colombiano estar afiliado a alguno de los regímenes vigentes, situación que traerá una nueva reglamentación con requisitos adicionales de permanencia para las EPS cambiando el número mínimo de afiliados y las condiciones del margen de solvencia, lo cual tendrá como consecuencia alianzas, fusiones o liquidaciones de EPS, y por ende la disminución en este número de aseguradores pero también el fortalecimiento del

---

<sup>32</sup> EL CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 1438 “por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones” Bogotá, D. C., a los 19 días de enero de 2011.

<sup>33</sup> *Ibíd.*, Pág. 9

aseguramiento pues estas entidades serán muy confiables y capaces de responder con una serie de obligaciones adicionales.

Al poner en marcha la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 el congreso contribuye a lograr los objetivos promovidos en la sentencia 760 del 2008 el cual “decreta en su artículo 25 que el POS deberá actualizarse integralmente una vez cada dos años y la primera actualización integral deberá estar terminada antes del primero de diciembre de 2011”<sup>34</sup>.

Además, la Superintendencia Nacional de Salud por su parte debe crear una junta médica de pares para resolver las negaciones de servicios que hayan dado los comités técnico científicos de las EPS con el propósito de ayudar al usuario y evitar que este tenga que acudir a la acción de tutela para obtener servicios que efectivamente necesite, brindando solución oportuna a las posibles inconsistencias que tenga el POS ya sea en el régimen contributivo o subsidiado.

---

<sup>34</sup> *Ibid.*, Pág. 10

### **3. CONCLUSIONES**

A pesar de lo que se ha logrado respecto a la actualización y unificación del POS, tenemos que sentarnos en una realidad, ser objetivos y pensar que por ahora no podemos lograr una unificación total del POS, por diferentes motivos, como la situación actual del país, la estratificación, la seguridad, el desempleo, entre otros. Puede decirse que el problema no está en la unificación del POS, sino en la estructura general del Sistema de Salud.

El país no utiliza sus recursos en salud de una manera eficaz, esto impide atender situaciones que podrían ser evitables como muertes prevenibles, sufrimiento e injusticia. Esto quiere decir que los derechos humanos con respecto a la salud podrían ser mucho más respetados si se hiciera un uso más racional y eficiente de esos recursos, siendo los más perjudicados por este mal uso los sectores más pobres y vulnerables.

Hasta el momento se ha iniciado con una actualización y unificación del pos para los regímenes Subsidiado y Contributivo, la cual abarca inclusiones y exclusiones, condiciones y definiciones. Todo con base en la información suministrada por las EPS, que son las que deben brindar a los usuarios mejores Planes de Beneficios, y todas las organizaciones medicas y usuarios de la salud que manifiestan sus necesidades y requerimientos.

#### **4. RECOMENDACIONES**

El sistema debe tender a mejorar el rendimiento, ofrecer mas y mejores servicios a los usuarios, en forma más igualitaria y para ello tener en cuenta:

- El nivel de salud de la población del país
- La estratificación o desigualdad en los diferentes sectores
- Equidad en la distribución financiera
- Capacidad de respuesta del sistema de salud
- Satisfacción de los sectores atendidos

El Sistema de Seguridad Social con la actualización y unificación del Plan Obligatorio de Salud en los dos regímenes tanto en el Subsidiado como en el Contributivo deben ofrecer una información, educación, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, suministro de tecnología, medicamentos, más eficaces y eficientes teniendo en cuenta los diferentes niveles de complejidad y según la normatividad establecida, tondo esto tendiente al mejoramiento y al cumplimiento del servicio de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

Audiencia Pública “Por que es tan precaria la salud en Colombia”, citada por el senador Jorge Enrique Robledo. Registros de audio publicados en la página web <http://senadorrobledo.org/>

CARTILLA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES. Editorial, Legis Editores S.A. Bogotá, Colombia. 2008

CASTIÑEIRA PEREZ, Carmen, COSTA RIBAS, Carmen y LOURO GONZALEZ, Arturo. Lectura Crítica de una Guía Clínica (Artículo de Internet) (febrero 20 de 2010)

CHINCHILLA, Tulio Elí. La mejor Tutela. Artículo publicado el 4 de febrero de 2009 en <http://elespectador.com/columna114998-mejor-tutela>.

COMISION DE REGULACION EN SALUD. Acuerdo Número 3 de 2009 Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado.

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA 1991. Editorial Leyer. Edición 2008.

CORTE CONSTITUCIONAL. Sala especial de seguimiento. AUTO 13 de Julio de 2009.

DIAZ-GRANADOS ORTIZ, Juan Manuel. Sistema de Salud y Unificación del POS. Sentencia T-760 de 2008. ACEMI. 2008.

DIRECCION DE GESTION DE LA DEMANDA EN SALUD. Evaluación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en el Sistema General de seguridad Social en Salud Colombiano y Lineamientos a su reforma. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

EL CONGRESO DE COLOMBIA. LEY 1438 “por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social y se dictan otras disposiciones”. Bogotá D.C. a los 19 días de enero de 2011.

GAMBOA JIMENEZ, Jorge. Código Laboral 2010, Ley 100 de 1993, Artículo 162 Parágrafo Segundo. Editorial Leyer.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos. Actualización de los planes obligatorios de salud. 29 de julio de 2009.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Informe de actividades 2004-2005 al Honorable Congreso de la república: Bogotá 1ª edición, 2005.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Respuesta al auto emitido con oficio OPTB-200 Seguimiento a la decimo sexta orden de la sentencia T-760 de 2008 de 23 de julio de 2009.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resultados de la primera consulta presencial con los usuarios y la comunidad médica para la definición de criterios y características que deben orientar las decisiones de actualización y precisión de los contenidos del POS.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos. Actualización de los planes obligatorios de salud. 29 de julio de 2009.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Informe dirigido a la Orden 22 de la Sentencia 760 de 2008 con destino a la Honorable Corte Constitucional. 30 de enero de 2009.

PEREZ RESTREPO, Bernardita. La acción de Tutela. Editorial, Escuela Rodrigo Lara Bonilla Universidad Nacional de Colombia. Segunda Edición.

RODRIGUEZ GARAVITO, Cesar, UPRIMMY YEPES, Rodrigo y PEREZ MURCIA, Luis Eduardo. Los derechos Sociales en Serio: Hacia un dialogo entre derechos y políticas públicas. Dejusticia. Bogotá. 2008.

UPRIMNY YEPEZ, Rodrigo y GARCIA VILLEGAS, Mauricio. La reforma a la tutela ¿Ajuste o desmonte? De justicia. Bogotá. 2005.