

**INFORME CON DESTINO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL
UNIFICACIÓN GRADUAL Y SOSTENIBLE DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE
SALUD - POS
Sentencia T-760 de 2008
Enero 30 de 2009**

INFORME CON DESTINO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL
UNIFICACIÓN GRADUAL Y SOSTENIBLE DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE
SALUD - POS

Sentencia T-760 de 2008

En virtud de lo dispuesto en la orden vigésimo segunda de la sentencia de tutela T-760 de 31 de julio de 2008, este Ministerio procede dentro de los términos allí previstos a rendir informe a continuación sobre el cumplimiento de lo ordenado en los citados numerales:

PRINCIPIOS PARA LA UNIFICACIÓN DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD
- POS

En sesión de Enero 27 de 2009 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud aprobó los siguientes principios para la unificación de los planes obligatorios de salud.

1. El Problema

La Ley 100 de 1993 (artículos 157, y 162) estableció que *"diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo en forma progresiva antes del año 2001."* Este mandato por diversas razones de orden económico y organizacional no ha sido cumplido.

Adicionalmente, la definición del Plan Obligatorio de Salud – POS del Régimen Contributivo, se realizó a partir de la información disponible en la fecha de su creación (1994) siguiendo el mandato expresado en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 según el cual *"el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud será el contemplado por el Decreto-Ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones..."*.

Dado este contexto se emitieron los Acuerdos 8 y la resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS) y los Planes Obligatorios de Salud se expresaron como un listado de procedimientos, actividades e insumos a ser cubiertos a través de la afiliación al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado respectivamente, siguiendo la estructura e información existente en el Instituto de Seguros Sociales de la época.

A la luz de los avances en la información epidemiológica y demográfica de la población, en el rápido progreso en los métodos de cuantificación económica en salud, el conocimiento nuevo sobre tecnología apropiada y la evolución de las complejas condiciones económicas mundiales y su repercusión sobre la economía Colombiana, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en sesión de Enero 27 de 2009 aprobó el desarrollo de un

programa de modificación de los Planes Obligatorios de Salud tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado cuyo propósito sea generar un Plan Obligatorio de Salud que cumpla con las siguientes especificaciones:

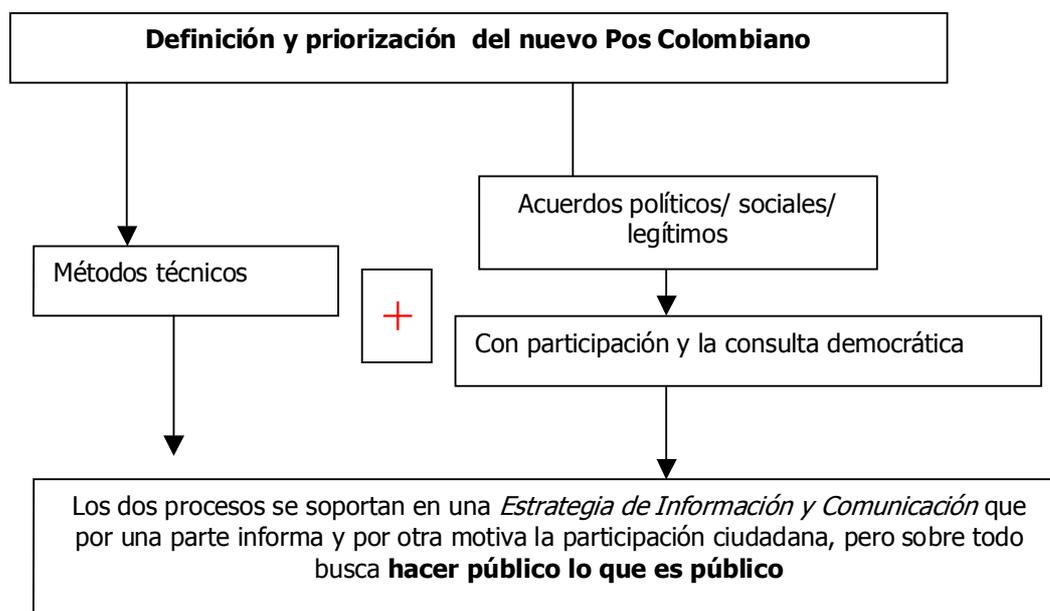
1. Estructurado por condiciones médicas de modo que se enfatice el cuidado integral en salud y favorezca la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
2. Responda al perfil epidemiológico y demográfico de la población.
3. Se pueda actualizar de manera periódica para responder a los cambios en las necesidades de la población y a la evolución de la tecnología médica.
4. Sea financiable con los recursos definidos por la Ley para este propósito.
5. Su desarrollo cuente con la participación de los profesionales de la salud, los usuarios de los servicios y los demás actores del sector de la salud en forma tal que se legitime su resultado.
6. Sus contenidos sean difundidos a la población y en particular a los usuarios.
7. Sus contenidos se encuentren al acceso de las personas en todo el territorio nacional.
8. Se desarrolle una instancia de carácter técnico con la capacidad de dirimir las diferencias cuando se presente una negación de servicios.
9. Se unifiquen los contenidos del POS del Régimen Subsidiado con los del Contributivo en el tiempo y con la gradualidad que garantice el cumplimiento de las ocho especificaciones anteriores.

2. Metodología

Como se señalará adelante, la primera fase de esta orden será el desarrollo de un nuevo plan obligatorio de salud.

Tanto el desarrollo como la actualización del Plan Obligatorio de Salud en Colombia, previstas por el por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, implica una combinación de métodos técnicos y acuerdos sociales, de manera que se utilice la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones técnicas y se facilite la aceptación e implementación de manera legítima de los ajustes al nuevo POS colombiano, por parte de todos los actores del Sistema.

Las experiencias internacionales revisadas así como los fundamentales conceptuales y aplicados del Profesor Norman Daniels y del Instituto para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) señalan que el proceso de toma de decisiones de política pública no es exclusivamente científico. Cada vez toma más relevancia y se pone en la arena pública la necesidad de establecer un equilibrio entre los aspectos técnicos y cualitativos y los aspectos éticos y sociales en la toma de decisiones respecto a la asignación de recursos para la salud de la población. La evidencia científica es determinante porque contribuye a generar algunos consensos, apoya la formación de percepciones de los actores y ayuda a esclarecer el interés general y, la parte ética y social permite la construcción de acuerdos de forma transparente, justa y legítima. De ahí que la propuesta de unificación y actualización del POS incluya una combinación de los elementos técnicos y científicos con acuerdos sociales y políticos.



El proceso de actualización y creación del nuevo POS tiene como uno de sus objetivos principales la identificación del plan esencial que deberán recibir todos los colombianos afiliados al SGSSS siendo este en todo caso, un plan con cobertura íntegral y con mecanismos claros de racionamiento. El valor de este plan, es decir, la UPC reconocida por el Sistema, estará sujeto a los recursos disponibles para el Aseguramiento en Salud y deberá incentivar la cotización de quienes dispongan de capacidad económica para hacerlo así como facilitar la migración entre regímenes.

En este sentido la unificación en los contenidos iniciará una vez se haya concluido la construcción y el costeo del Plan Esencial que recibirán todos los colombianos. La unificación en la cobertura geográfica, es decir, la portabilidad nacional en el aseguramiento iniciará en octubre 1 de 2009.

El programa de desarrollo del nuevo POS incorpora procesos de desarrollo e implementación de guías de práctica clínica, procesos de participación social, armonización de lenguajes, periodos de pilotaje y de transición. Este programa y su cronograma podrán sufrir modificaciones tras ser discutidos con las comunidades médicas y los usuarios, entre otros.

2.1 Actualización Integral y Unificación de los Planes Obligatorios de Salud

Se llevará a cabo la actualización integral, la unificación y la precisión de los contenidos y costos del POS¹ como un único proceso técnico. Esta actualización integral será por objetivos en salud y por grupos poblacionales, sujeto a las fuentes actuales de financiación. Se considera que la actualización integral debe armonizarse con la unificación

¹ Método presentado en la respuesta a la orden 17.

como un único proceso científicos. De esta manera se garantizará obtener un POS que obedezca a las prioridades en salud pública, que garantice la integralidad de la atención y una mayor protección de los derechos y que sea sostenible.

Con esta aproximación se busca mejorar el actual POS, que durante 15 años ha contribuido con el logro de los objetivos del sistema, para que sea más claro respecto a los beneficios cubiertos y más comprensible para todos los actores. Permitirá también los procesos de actualización y la construcción de indicadores para el monitoreo de cumplimiento de metas.

2.1.1 Plan General

Para el diseño de un nuevo POS se plantean los siguientes pasos, algunos de los cuales se realizan de manera paralela e iterativa

1. Definir los objetivos generales.
2. Definir los grupos poblacionales.
3. Identificar los problemas de salud.
4. Identificar las intervenciones disponibles para abordar estos problemas mediante la revisión del actual plan de beneficios y de evidencia científica
 - Énfasis en promoción, prevención y protección de la salud para lograr mejores resultados en salud y posibles reducciones de costos
 - En equilibrio con el principio de protección financiera del SGSSS (ejemplificada por cobertura de eventos catastróficos y uso de copagos y deducibles para servicios de bajo costo).
5. Seleccionar el conjunto de intervenciones que potencialmente pueden incluirse en el paquete (definición conjuntos problema-intervención)
6. Definir reglas de priorización de los conjuntos problema-intervención
7. Adelantar guías clínicas para condiciones de salud priorizadas que requieran intervención especial en el país.
8. Establecer la capacidad instalada y factibilidad para prestar las intervenciones.
9. Estimar la demanda de las potenciales intervenciones.
10. Determinar el costo total de la provisión de las intervenciones seleccionadas.
11. Selección final de intervenciones de acuerdo a restricciones presupuestales y validación con actores.
12. Selección del lenguaje para definir los beneficios.
13. Definición de exclusiones.
14. Definición de intervenciones a suprimir siguiendo los pasos establecidos previamente.
15. Definición de mecanismos de monitoreo y seguimiento de cumplimiento de los objetivos.
16. Diseño de procedimientos para la actualización.
17. Diseño de mecanismos para la comunicación de decisiones.

Definición de objetivos generales del nuevo POS unificado

En coherencia con el numeral d del artículo 2, el numeral 3 del artículo 153 y el artículo 162 de la Ley 100, el Decreto 3039 de 2007 (Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010 PNSP), y la observación 14 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales, los servicios e intervenciones que se incluyan en Plan Obligatorio de Salud deben estar encaminados a lograr los siguientes propósitos:

1. Contribuir a mejorar el estado de salud de la población colombiana.
2. Disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.
3. Mitigar el impacto económico de la enfermedad sobre la población colombiana.

Para alcanzar estos objetivos el POS estará estructurado por condiciones médicas, e incluirá intervenciones individuales integrales, será ajustado a grupos etáreos y será el mismo para los afiliados del régimen contributivo y el régimen subsidiado.

Definición de grupos poblacionales

La categorización más práctica es por grupos etáreos, no sólo por su relación con el perfil epidemiológico sino también porque hay información de costos organizada de esta forma. Sin embargo, esto no implica que no se puedan usar otras categorías que se consideren importantes, como por ejemplo la población materna, o grupos de riesgo particulares (desplazados).

Identificación de conjuntos problema-intervención

Prioridades existentes

En el país ya existen avances en estos procesos (Plan Nacional de Salud Pública -PNSP, Objetivos del Milenio, los temas incluidos en la Resolución 412 de 2000 y sus actualización, entre otros). La actualización y unificación de los planes de beneficios garantizará la inclusión de servicios e intervenciones dirigidas al logro de las metas que ya han sido planteadas para cada una de estas prioridades.

Como punto de partida, el nuevo POS debe responder a las prioridades nacionales en salud definidas por el PNSP, las cuales son, entre otras:²

1. La salud infantil.
2. La salud sexual y reproductiva.
3. La salud oral.
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables.
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles.
7. La nutrición.

Se llevará a cabo un ejercicio de análisis de la información epidemiológica disponible más recientemente (carga de enfermedad, encuesta Nacional de Salud 2007, Registro Individual de Prestaciones en Salud- RIPS, estudios de suficiencia UPC, etc) que valide y complemente las condiciones médicas específicas que potencialmente deben ser abordadas dentro de cada grupo de prioridades.

² Tres de las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública están por fuera del ámbito del POS: La seguridad sanitaria y del ambiente, la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral y la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Identificación de intervenciones

Las estrategias de manejo de muchas de estas prioridades ya ha sido definida, tanto por guías nacionales como internacionales. Será necesario tomar decisiones sobre cuáles guías se pueden adaptar a nuestro medio y cuáles requerirán un desarrollo formal para lo cual se utilizarán las metodologías en desarrollo por parte de la Fundación Santafé de Bogotá y la Universidad de Harvard contratadas para tal fin. En este proceso el acompañamiento y asistencia técnica de NICE será de gran valor.

Por otro lado, al identificar las intervenciones, se obtendrá un esbozo inicial de los potenciales requerimientos adicionales de recursos que se puedan generar con el nuevo diseño del POS. Para ello, un primer paso consistirá en llevar a cabo un ejercicio de identificar qué está y que no está en el MAPIPOS.

Priorización adicional

Adicionalmente, los problemas de salud se priorizan de acuerdo a un conjunto de criterios dentro de los cuales se encuentran, entre otros, los siguientes:

- Magnitud del daño a la salud
- Severidad del daño.
- Disponibilidad de acciones de prevención y tratamiento.
- Asociación con factores de riesgo modificables.
- Fácil identificación de los subgrupos de alto riesgo.
- Impacto potencial de la intervención sobre los factores de riesgo.
- Costo y factibilidad de la intervención
- Sinergia con otras intervenciones en diversos programas de control
- Impacto financiero del problema sobre las familias

Existen tres experiencias internacionales que ejemplifican este proceso: Chile, Oregon e Israel. En este paso se puede comenzar a involucrar la participación de la comunidad médica y de los ciudadanos.

El objetivo es obtener una clasificación jerárquica que pueda ser utilizada para justificar inclusiones y exclusiones. Por ejemplo, en Oregon se utiliza la siguiente:

Categoría 1: Cuidados maternos y del recién nacido

Categoría 2: Prevención primaria y secundaria

Categoría 3: Manejo de enfermedades crónicas

Categoría 4: Servicios reproductivos

Categoría 5: Cuidados para aliviar síntomas

Categoría 6: Condiciones fatales donde el foco es modificación o cura de la enfermedad

Categoría 7: Condiciones no fatales donde el foco es modificación o cura de la enfermedad

Categoría 8: Condiciones autolimitadas

Categoría 9: Cuidados con mínimos beneficios

Estimación de la demanda y costo de las potenciales intervenciones

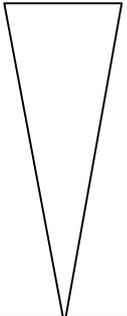
Con los datos disponibles en los estudios de suficiencia de UPC se obtendrán cálculos gruesos de frecuencias de uso y costo por grupos etáreos y grupos diagnósticos.

Selección final de intervenciones

La selección final de las intervenciones dependerá de las restricciones presupuestales y validación con actores. Se puede diseñar un plan con niveles escalonados con costos incrementales a medida que se incluyen intervenciones "menos importantes", por ejemplo, como en el caso de las categorías de Oregon, para contar con diferentes escenarios financieros.

Selección del lenguaje para definir los beneficios

Con este planteamiento se contará con un plan de beneficios organizado por grupos poblacionales y conjuntos de grupos diagnósticos-intervenciones "jerárquicos", representado en el siguiente cuadro.

Prioridad	Grupo poblacional XX
	Paquete esencial de prevención
	Paquete esencial de mantenimiento de la salud y diagnóstico temprano
	Manejo condiciones fatales curables
	Manejo sintomático
	.
	.
	.
	Cuidados mínimos beneficios

Definición de exclusiones

Se hace explícito cuales de las actuales exclusiones continúan vigentes.

Definición de mecanismos de monitoreo y seguimiento de cumplimiento de los objetivos

En la medida que se utilicen guías de práctica clínica para elaborar el plan se contará con indicadores de adherencia y desenlaces que pueden ser utilizados para el monitoreo del cumplimiento y la efectividad del nuevo POS (indicadores de resultados clínicos y de gestión).

Diseño de procedimientos para la actualización

Se contará con dos tipos de actualización: se hacen cambios periodicos (por ejemplo anuales) para enmendar errores u omisiones, incluir modificaciones en la clasificación internacional de enfermedades y en los códigos de los procedimientos e intervenciones. Con otra periodicidad, (por ejemplo bianual) se revisan avances en la tecnología médica y en los contenidos del plan de beneficios.

Instancia de resolución de conflictos y revisión de las decisiones

Los sistemas de salud han evidenciado que periódicamente se presentan dudas sobre los contenidos de los planes de beneficio que puede explicar por el rápido recambio tecnológico. En diferentes países se han desarrollado instancias que permitan aclarar los contenidos de estos planes frente a un requerimiento particular que se realiza. Basado en lo anterior, se considera conveniente para Colombia desarrollar una instancia de resolución de conflictos que permita, ante dudas particulares, revisar las decisiones de inclusión o de

exclusión del POS. Este mecanismo es independiente pero complementario a la actualización periódica y sistemática que debe hacerse de los contenidos del POS en cuanto a que enfatiza las dudas individuales que pueden surgir mientras que la actualización periódica hace uso de necesidades agregadas de la sociedad.

Esta instancia de revisión de las decisiones será un organismo técnico de nivel nacional o regional revisará con la información clínica y científica que sea necesaria las solicitudes de cobertura que, en principio, no se consideren incluidas en el POS. Sus procesos y decisiones serán públicos y participativos.

Para la conformación de esta instancia de resolución de conflictos y revisión de las decisiones se recibirán aportes de la cooperación con el NICE³ del Reino Unido. Se adjunta Memorando de Entendimiento de cooperación como Anexo.

2.2 CONSTRUCCION DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD CON PROCESOS PARTICIPATIVOS, TRANSPARENTES Y LEGITIMOS

2.2.1 El Problema⁴

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Este reconocimiento implica que los Estados partes están obligados a garantizar tanto las facetas negativas del derecho a la salud como sus facetas positivas.

Como la garantía de las facetas positivas del derecho está sujeta a la disponibilidad de recursos, el Pacto exige que esta garantía sea progresiva, es decir, no es de inmediato cumplimiento. Pero la garantía progresiva de las facetas positivas del derecho, de todos modos genera presiones sobre la macroeconomía y sobre la distribución justa e imparcial de los recursos disponibles.

La presencia inevitable de restricciones de recursos obliga a definir cuáles de las intervenciones orientadas a garantizar el derecho a la salud deben ser financiadas prioritariamente. El PIDESC lista una serie de prioridades pero define unos mínimos en función de aquellas intervenciones de alto impacto y de bajo costo, y no obliga a los Estados a garantizar la salud a todas las personas.

Aquí surge una división clara entre dos conceptos que con frecuencia generan confusión: primero, la salud como variable agregada, que se mide en términos de indicadores agregados como mortalidad, expectativa de vida al nacer, etc.; y segundo, la atención en salud como variable individual, que se refiere a la atención curativa que se da a cada individuo cuando presenta eventos de enfermedad o trauma.

Las intervenciones que permiten lograr un mayor nivel de salud como variable agregada, son típicamente intervenciones de bajo costo y alto impacto, mientras que aquellas que

³ www.nice.org.uk National Institute for Health and Clinical Excellence.

⁴ Tomado de Castaño RA: Procesos Imparciales, Legitimidad y Consensos Frente a los Límites al Derecho a la Salud. Mimeo. Enero de 2009.

mejoran la salud individual cuando se presenta un evento de enfermedad o trauma son típicamente intervenciones de alto costo y bajo impacto. Ahora bien, como los recursos para el sistema de salud son limitados, es evidente que a la hora de asignarlos a estos dos tipos de intervenciones es necesario buscar un equilibrio tal que se logre el máximo nivel posible del objetivo del sistema de salud.

Pero la definición del objetivo del sistema de salud también refleja esta disyuntiva entre el agregado y el individuo. Si el objetivo del sistema de salud es maximizar la salud agregada, entonces la asignación de los recursos se debe hacer en aquellas intervenciones que permiten el mayor impacto al menor costo. Pero si el objetivo es maximizar la atención curativa, entonces los recursos se asignarán en función de las necesidades individuales. Lo cierto es que estos dos objetivos siempre están en conflicto en todos los sistemas de salud en el mundo y el equilibrio entre ellos resulta difícil de lograr.

En este conflicto, es necesario tomar decisiones de asignación de recursos que siempre tienen un costo de oportunidad. En el proceso de tomar estas decisiones surgen dos problemas: el problema de imparcialidad, que consiste en cómo garantizar que las decisiones sean imparciales, y el problema de legitimidad que consiste en cómo garantizar que quien tome las decisiones lo haga de tal manera que tales decisiones sean vistas como aceptables por los afectados.

A esto se suma una dificultad muy importante en la toma de decisiones de priorización de recursos en salud como es el que no existen principios unánimemente aceptados que permitan orientar tales decisiones. Por lo tanto, es necesario cuando menos recurrir a un proceso imparcial, transparente y participativo.

2.2.2. Los orígenes teóricos del problema

Dos grandes grupos de teorías de la filosofía explican la dificultad para definir el conflicto entre la salud como variable agregada y la atención en salud como variable individual: las teorías consecuencialistas, en las cuales la bondad de un acto se juzga por sus consecuencias; y las teorías deontológicas o no-consecuencialistas, en las cuales la bondad de un acto se juzga por su sujeción a principios morales.

Las teorías consecuencialistas sustentan la asignación de recursos en salud en función de cuánto se maximiza un objetivo dado del sistema de salud. Estas teorías son muy afines al enfoque económico y el de salud pública, en los cuales se enfatiza sobre las acciones de alto impacto y bajo costo que producen un nivel agregado de salud mucho mayor. Los conceptos de QALYs y DALYs proveen un instrumento de medición muy adecuado para determinar cómo se maximiza el nivel agregado de salud.

Otro enfoque típicamente consecuencialista es el que ve la salud como un importante determinante del desarrollo en países de ingreso bajo y medio, pues en estos países es muy importante la productividad física de la mano de obra, la cual se ve disminuida por efecto de la enfermedad y la discapacidad. Desde esta perspectiva, la asignación de recursos en salud debería enfocarse prioritariamente hacia aquellas intervenciones que permitan maximizar la productividad del capital humano.

Las teorías deontológicas o no-consecuencialistas son más afines a la teoría del derecho en cuanto protegen al individuo como sujeto de derechos, como fin en sí mismo y no como medio para los fines de otros. El concepto de libertades básicas de Rawls, el de capacidades de Sen, y el del principio de beneficencia de la ética médica son típicamente deontológicos. Otro fenómeno típicamente deontológico es el de la "regla del rescate", según la cual, cuando hay una víctima visible, la sociedad está dispuesta a sacrificar recursos con un costo de oportunidad muy alto, así las probabilidades de éxito de salvar la víctima visible sean muy bajas. Este fenómeno de la regla del rescate hace aún más difícil encontrar un equilibrio entre el individuo y la colectividad.

Por su parte, el enfoque de derechos humanos, aunque parte desde una perspectiva deontológica, reconoce las limitaciones de recursos a la hora de garantizar las facetas positivas de los derechos, pero no ofrece soluciones a este dilema más allá de las que ofrece la ética o la economía y también aboga por un proceso imparcial, transparente y participativo en el que las decisiones sean legítimas, no en función de los principios sino del proceso por el cual se llegó a ellas.

El dilema que plantean las teorías deontológicas termina abordándose de manera muy pragmática cuando para garantizar las facetas positivas que estas teorías llevan inmersas, se termina en un cálculo consecuencialista que busca cómo maximizar el objetivo de cada una de estas teorías.

En la asignación de recursos de salud hay un criterio estrictamente deontológico y en nada consecuencialista, que es el de necesidad médicamente determinada. Sin embargo, este criterio no permite maximizar el nivel agregado de salud porque concentra la asignación de recursos en intervenciones de alto costo y bajo impacto. Sin embargo, hay otros criterios de asignación de recursos que tienen un corte más consecuencialista, como la capacidad de beneficiarse de un tratamiento, o incluso la salud futura de un individuo que hoy está sano, como ocurre en el caso de las vacunas.

2.2.3 Elementos de la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional alrededor del conflicto deontologismo-consecuencialismo

El conflicto entre las teorías deontológicas y las consecuencialistas se refleja en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. En primer lugar, cuando se define el derecho a la salud no hay una clara diferenciación entre el concepto de salud como variable agregada y atención en salud como variable individual.

Es llamativo que la jurisprudencia contiene abundantes argumentos consecuencialistas, como los que plantea el PIDESC y la Observación General número 14 (OG14), pero también abundantes argumentos deontológicos, como los que definen el mínimo vital, el núcleo esencial del derecho y el derecho a la salud como derecho fundamental.

Al no estar claramente diferenciados el enfoque consecuencialista del deontologista, sus implicaciones contrapuestas en términos del derecho a la salud dejan prevalecer el enfoque deontologista. Así, se termina definiendo el derecho en función de la necesidad individual, médicamente determinada, es decir, el derecho a la atención en salud como

variable individual. Esto no permite hacer posible el concepto de derecho a la salud como variable agregada.

2.2.4 Posibles soluciones al conflicto entre enfoques deontológicos y consecuencialistas y sus consecuencias para la formulación de política sanitaria

Dada la ausencia de principios generalmente aceptados que permitan llegar a soluciones legítimas, es necesario entonces, cuando más, aspirar a un proceso que garantice la legitimidad de las decisiones de priorización. Las decisiones más difíciles de priorización surgen cuando una intervención que es clínicamente efectiva resulta, dentro de los recursos disponibles, muy costosa para el beneficio que genera en comparación con lo que esos mismos recursos podrían generar en otras alternativas de asignación. Ahí es donde debe tener lugar el debate ético sobre los valores sociales que permitan dar guía a la forma como se deben tomar esas decisiones.

Estas decisiones no se deben tomar por mecanismos simples como votación, encuestas, o participación unidireccional. Es necesario iniciar un proceso deliberativo que lleve a la generación de consensos, o cuando menos, a conocer los valores que subyacen a las preferencias del público.

El caso de la asignación de los recursos escasos en salud es un caso típico de justicia procedimental pura, en la cual no hay unos principios que orienten las decisiones, y el proceso tampoco es observable ni verificable como en el caso de la justicia procedimental imperfecta o la justicia procedimental perfecta.

En la aproximación hacia los procesos imparciales, es necesario hacer un debate sobre cuál debe ser la función objetivo del sistema de salud, pues sólo así será posible tener una orientación más clara del criterio de priorización.

La importancia de garantizar un proceso imparcial obliga a cumplir al menos con cuatro condiciones:

1. Que las decisiones sean públicas.
2. Que las razones que subyacen a las decisiones sean relevantes.
3. Que las decisiones sean apelables y revisables.
4. Que se obligue al cumplimiento de las tres anteriores.

Estas cuatro condiciones se agrupan en lo que se conoce como *Accountability for Reasonableness* o Rendición de Cuentas sobre Razonabilidad (RCR) en el proceso de toma de decisiones de priorización⁵. Este concepto de RCR ha venido siendo utilizado en diversos países del mundo y se ha encontrado que es una herramienta que orienta de manera efectiva los procesos imparciales en las decisiones de racionamiento.

⁵ Ver Daniels N, Sabin J: **Setting Limits Fairly. Learning to Share Resources for Health**. Oxford University Press. Oxford, 2008.

La participación de los actores del sector y de ciudadanos en general también es de gran importancia para mejorar la legitimidad de las decisiones de priorización. Aún a pesar de los riesgos de cooptación, es necesario que haya participación.

2.2.5. PLAN DE TRABAJO PARA UNA PRIORIZACIÓN TRANSPARENTE, JUSTA Y LEGÍTIMA

2.2.5.1 Objetivos

El propósito final es que a través de un proceso de priorización se espera obtener unas condiciones priorizadas de salud a ser cubiertas por el POS, teniendo en cuenta los recursos disponibles, que sean definidas a través del seguimiento de unos criterios y un proceso de transparente, legítimo y justo.

Antes de lograr la meta es necesario abordar los aspectos:

1. Construcción de acuerdos acerca de los criterios orientadores de la priorización para el contexto colombiano, que tengan en cuenta aspectos cuantitativos y cualitativos.
2. Diseñar estrategias prácticas que permitan el consenso y la legitimidad de las decisiones a corto, mediano y largo plazo en la definición de los límites del POS.
3. Generar mecanismos de apelación y de revisión públicos que permitan la resolución de conflictos en las situaciones en las que aquellos que no se vean favorecidos por las decisiones, no acepten los resultados como razonables y legítimos.
4. Generar las condiciones para que a largo plazo se creen otros mecanismos de participación más amplios que permitan construir alrededor de la corresponsabilidad de los usuarios y de los ciudadanos.

2.2.5.2 Estrategia

Se propone una estrategia deliberativa dividida en fases, con participación representativa y cualificada escalonada, que se acompañe de una estrategia de información y comunicaciones que informe sobre:

- El proceso deliberativo en los grupos organizados y la difusión de los "documentos-acuerdos" que contengan los resultados finales de la definición de los criterios y del proceso.
- A largo plazo debe informar sobre los acuerdos alrededor de la delimitación clara de los contenidos del POS.

El proceso unido a una estrategia de información y comunicaciones permitirá:

- Que todas las decisiones que se tomen en el corto, mediano y largo plazo sean transparentes y legítimas.
- Permite un proceso incluyente que legitima la reforma en temas que son de

- interés colectivo.
- Dar espacio a la participación de varios actores, diferentes a los habituales del sector.
- Al hacer público el proceso, se fortalecen las habilidades de toma de decisiones en temas colectivos .

Escenarios de deliberación:

La diferencia en cada uno de los momentos de deliberación, y que es lo que le da legitimidad al proceso, es la representación de quienes participan en cada una de ellas:

Mesa central de expertos: Consta de un grupo no exhaustivo de expertos que define criterios y principios de priorización y el proceso a seguir para su aplicación. También definirán el primer grupo de condiciones en salud a delimitar y sus contenidos básicos.

Mesas temáticas con representatividad regional: El resultado de la mesa central de experto se somete a un proceso de consulta con otro grupo de personas que representan diferentes sectores e intereses para ser enriquecido y ajustado.

El carácter de estas mesas es de consulta para enriquecimiento de las definiciones y directrices.

3. Cronograma

FASES PARA LA ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DEL POS ESENCIAL	2008		2009		2010		2011		2012	
	Sem. 1	Sem. 2								
Desarrollo de Guía Metodológica y Piloto de Diabetes Mellitus 1 y 2*										
Procesos de Priorización*										
Desarrollo de instancia de revisión y resolución de conflictos*										
Igualación del POS en cuanto a su cobertura geográfica										
Desarrollo de guías, armonización e implementación por etapas										
Desarrollo del Primer Paquete de Guías de Práctica Clínica*										
Armonización y revisión de resultados con el actual POS										
Primera etapa de implementación de ajustes del POS										
Seguimiento a la primera etapa de implementación										
Desarrollo del Segundo Paquete de Guías de Práctica Clínica*										
Armonización y revisión de resultados con el actual POS										
Segunda etapa de implementación de ajustes del POS										
Seguimiento a la segunda etapa de implementación										
Desarrollo del Tercer Paquete de Guías de Práctica Clínica*										
Armonización y revisión de resultados con el actual POS										
Tercera etapa de implementación de ajustes del POS										
Seguimiento a la tercera etapa de implementación										
Definición del Plan Esencial 2014										
Prueba Piloto del Plan Esencial										
Unificación del Plan Esencial**										

*Cooperación internacional con NICE y el Profesor Norman Daniels

** Sujeto a los recursos disponibles del sistema.

4. Metas Medibles

Atendiendo el alcance del Plan Nacional de Salud Pública en cuanto a las metas del aseguramiento en salud y de las competencias y obligaciones de los diferentes actores del sistema se proponen entre otras estas metas medibles que serán analizadas y complementadas con las sociedades médicas y usuarios del sistema:

Metas Nacionales en Salud Infantil

1. Reducir a 15 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad en menores de 1 año (Línea de base: 16,3 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: DANE 2004).
2. Lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI por encima del 95%, en niños y niñas en menores de 1 año (Línea de base: polio: 86,8%, DPT: 86,8%, sarampión y rubeola: 89,1% en menores de 1 año. Fuente: PAI 2005).
3. Reducir a 24,0 por cien mil la tasa de mortalidad en menores de 5 años (Línea de base: 30,2 por cien mil. Fuente: DANE 2004).

Metas Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva

1. Reducir por debajo de 62,4 por cien mil nacidos vivos la tasa de mortalidad materna (Línea de base: 78,7 por cien mil nacidos vivos. Fuente: DANE 2004).
2. Lograr reducir y mantener por debajo de 2,4 hijos por mujer, la fecundidad global en mujeres entre 15 a 49 años (Línea de base: 2,4 hijos por mujer al terminar su periodo reproductivo. Fuente: ENDS 2005).
3. Reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Línea de base: 9,4 por cien mil mujeres. Fuente: Instituto Nacional de Cancerología - INC/DANE 2004).
4. Mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años (Línea de Base: 0,7%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2004).
5. Lograr cobertura universal de terapia antiretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).

Metas Nacionales de Salud Oral

1. Lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3 (Línea de base: 2,3. Fuente: III ENSB 1999).
2. Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años (Línea de base: 50,2%. Fuente: III ENSB 1999).

Metas Nacionales en Enfermedades No Transmisibles y Discapacidades

1. Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años. (Línea de base: 26%. Fuente: ENSIN 2005).
2. Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años. (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005).
3. Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años. (Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004).
4. Promover las acciones de diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica - ERC. (Línea de base: por definir).
5. Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables (Línea de base: 6,4%. Fuente: DANE 2005).

Metas Nacionales en Nutrición

1. Reducir a 5% el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años con desnutrición global. (Línea de base: 7%. Fuente: ENSIN 2005).
2. Reducir por debajo de 6,7 por cien mil la tasa de mortalidad por desnutrición crónica en menores de 5 años (Línea de base: 6,7 por cien mil menores de 5 años. Fuente: DANE 2004).

3. Incrementar en un mes la mediana de duración de la lactancia materna exclusiva (Línea de base: mediana 2,2 meses ENSIN 2005).

5. Mecanismos para el Seguimiento del Avance en el Alcance del Derecho a la Salud

La monitoria del avance en el alcance del derecho a la salud se hará a través de:

1. La medición del acceso a los servicios:
Haciendo uso de los datos producidos por las EPS, por los Registros Individuales de Prestaciones en Salud-RIPS y por mecanismos de seguimiento como los indicadores del sistema de garantía de calidad, los indicadores de seguimiento de las condiciones que hacen parte de la cuenta de alto costo y los resultados de las guías clínicas adelantadas.
2. La medición de las condiciones de salud de la población:
Haciendo uso de los datos producidos por las encuestas de salud y los RIPS se identificará periódicamente la evolución de las condiciones médicas identificadas en las metas medibles y se analizarán las brechas por ingreso, género, edad, región, raza y educación, de tal forma que se haga seguimiento igualmente a la evolución de las inequidades en el sistema.
3. La medición del flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud:
Haciendo uso de los datos producidos por los sistemas de información del estado, tales como el RUAF, la PILA y el SISPRO, el FUT, los sistemas de seguimiento al presupuesto y las circulares de la Superintendencia Nacional de Salud se identificarán periódicamente los montos y tiempos de circulación de los recursos asignados al sistema.

6. ANEXOS

Anexo 1. Evaluación del POS de los regímenes contributivo y subsidiado en el SGSSS y lineamientos para su reforma. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Julio 2008

Anexo 2. Experiencia Internacional en diseño y ajuste de un Plan de Beneficios: Criterios, procesos e instituciones. Ministerio de la Protección Social

Anexo 3. Mecanismos e instrumentos para la información, participación y comunicación de los POS: Hacer público lo que es público.

Anexo 4. Estudio de Suficiencia del POS – UPC 2007 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo. Ministerio de la Protección Social. 2008

Anexo 5. Acuerdo 403 de 2008

Anexo 6. Carta enviada por Sir Michael Rawlins, Director del Instituto Nacional para la Salud y Excelencia y Clínica.

Anexo 7. Memorandum de entendimiento entre el Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia y el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido – NICE

Anexo 8. Procesos imparciales, legitimidad y consensos frente a los límites del Derecho a la Salud. Ramón Abel Castaño. Enero 2009.