



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201711401056001**

Fecha: **02-06-2017**

Página 1 de 7

Bogotá D.C.,

ASUNTO: Solicitud concepto sobre vigencia de la Resolución 6408 de 2016 luego de entrada en vigencia Ley 1751 de 2015. Radicado No. 201742300414042.

Respetada Señora:

Hemos recibido su consulta acerca de si con la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, se eliminó el POS, y si como consecuencia ha quedado derogada la Resolución 6408 de 2016¹. Al respecto, nos permitimos señalar lo siguiente:

a) Marco Jurisprudencial

- Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional.²

“Décimo séptimo.- Ordenar a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS). Para el cumplimiento de esta orden la Comisión deberá garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud, según lo indicado en el apartado (6.1.1.2.). En dicha revisión integral deberá: (i) definir con claridad cuáles son los servicios de salud que se encuentran incluidos dentro de los planes de beneficios, valorando los criterios de ley así como la jurisprudencia de la Corte Constitucional; (ii) establecer cuáles son los servicios que están excluidos así como aquellos que no se encuentran comprendidos en los planes de beneficios pero que van a ser incluidos gradualmente, indicando cuáles son las metas para la ampliación y las fechas en las que serán cumplidas; (iii) decidir qué servicios pasan a ser suprimidos de los planes de beneficios, indicando las razones específicas por las cuales se toma dicha decisión, en aras de una mayor protección de los derechos, según las prioridades en materia de salud; y (iv) tener en cuenta, para las decisiones de incluir o excluir un servicio de salud, la sostenibilidad del sistema de salud así como la financiación del plan de beneficios por la UPC y las demás fuentes de financiación.

¹ La consulta realizada por la peticionaria hace referencia a un Decreto, pero se evidencia que la misma está haciendo referencia a una Resolución de éste Ministerio, de ese mismo número y año.

² Por medio de la cual ésta Corporación impartió una serie de órdenes con relación al derecho fundamental de la salud.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201711401056001**

Fecha: **02-06-2017**

Página 2 de 7

En la definición de los contenidos del POS deberá respetarse el principio de integralidad en función de los servicios de salud ordenados y de la atención requerida para las patologías aseguradas.

Los nuevos planes de beneficios de acuerdo a lo señalado antes deberán adoptarse antes de febrero uno (1) de 2009. Antes de esa fecha los planes serán remitidos a la Corte Constitucional y serán comunicados a todas las entidades Promotoras de Salud para que sea aplicado por todos los Comités Técnico Científicos de las EPS. Este plazo podrá ampliarse si la Comisión de Regulación en Salud, CRES, expone razones imperiosas que le impidan cumplir con esta fecha, la cual, en ningún caso podrá ser superior a agosto 1 de 2009.

En caso de que la Comisión de Regulación en Salud no se encuentre integrada el 1° de noviembre de 2008, el cumplimiento de esta orden corresponderá al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual deberá garantizar también la participación directa de la comunidad médica y de los usuarios.”

- Auto 410 de 2016 de la Honorable Corte Constitucional³

A tenor literal manifiesta: (...) “El 20 de abril de 2016, la Sala convocó a una sesión técnica a efectos de profundizar sobre algunos componentes de la política pública de acuerdo a las últimas actualizaciones del Plan Obligatorio de Salud expedidas mediante las resoluciones 5521 de 2013 y 5592 de 2015. En esa medida, se citó al Ministerio de Salud y Protección Social para que explicara: (i) los parámetros de estructura, esto es, la metodología, estrategia o plan de acción, definidos para llevar a cabo las dos últimas actualizaciones del POS; (ii) el procedimiento y/o las acciones concretas realizadas para lograr su consecución de las dos últimas actualizaciones del POS; y (iii) los criterios de priorización aplicados para seleccionar las tecnologías en salud incluidas y excluidas en esas actuaciones.

(...)

Cabe advertir que la verificación del cumplimiento de la orden 17 se llevará a cabo principalmente con base en la construcción de la Resolución 5592 de 2015 (actual plan de beneficios en salud), debido a que el proceso de actualización integral del POS es un ejercicio continuo y permanente, que atiende los ajustes particulares en cada vigencia. En dicho sentido, su desarrollo macro es similar.”

³ Contentivo del seguimiento del cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 de la misma Corporación, hizo seguimiento a los temas relacionados con la actualización integral y periódica del catálogo de beneficios pertenecientes al Plan Obligatorio de Salud- POS.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201711401056001

Fecha: 02-06-2017

Página 3 de 7

b) Marco Normativo

- Ley 100 de 1993⁴

Artículo 162. “Plan de salud obligatorio: El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan (...)”. (Subrayas fuera de texto)

- Decreto 2560 de 2012⁵

“Artículo 26. Traslado de las funciones. A partir de la vigencia del presente decreto y como consecuencia de la liquidación de la Comisión de Regulación en Salud, trasládanse las siguientes funciones al Ministerio de Salud y Protección Social, así: 1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. 2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios. (...)”

- Ley 1751 de 2015⁶

“Artículo 15. Prestaciones de salud. El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

⁴ “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.

⁵ Por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud (CRES), se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones

⁶ “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201711401056001**

Fecha: **02-06-2017**

Página 4 de 7

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

(...)” (Subrayas y negrillas fuera de texto)

- Resolución 5592 de 2015⁷

En desarrollo del cumplimiento de las órdenes impartidas por la Honorable Corte Constitucional, éste Ministerio expidió la Resolución en comento, actualizando el Plan de Beneficios en Salud para evitar “*la incertidumbre generada frente a la interpretación de que si estaban incluidos o no de algunos servicios y tecnologías en salud en el PB, con el fin de subsanar dicha circunstancia y en cumplimiento de los artículos 2, 5 y 15 de la Ley Estatutaria, se expidió la Resolución 5592 de 2015 que inició el proceso de un PB más implícito frente a los 647 medicamentos⁸ incluidos en éste, 581 pertenecientes al listado general, 54 a salud pública y 12 agrupaciones. Los ajustes realizados fueron los siguientes: i) Se incluyeron 229 aclaraciones de concentración de formas farmacéuticas líquidas o sólidas estériles de administración parenteral con 74 concentraciones nuevas y 27 aclaraciones de cobertura, es decir, el 40% de los medicamentos están disponibles en todas las concentraciones, ii) Se establecieron 12 coberturas por subgrupos de medicamentos,*

⁷ “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones”. La misma fue sustituida por la Resolución 6408 de 2016.

⁸ Resultados del estudio de concentraciones y/o formas farmacéuticas de medicamentos incluidos en el POS, aclaración de cobertura y definición de valores de reconocimiento para cálculo en la UPC. Informe Técnico. II Fase: formas farmacéuticas sólidas y líquidas estériles para administración parenteral – MSPS 2015. Definición de subgrupos de medicamentos por clasificación terapéutica, farmacológica o química y cálculo de valor de reconocimiento. II fase – MSPS 2015.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201711401056001**

Fecha: **02-06-2017**

Página 5 de 7

6 de ellos⁹ sin Valor Máximo de Reconocimiento - VMR¹⁰: los concentrados para hemodiálisis, corticosteroides, monofármacos, grupo de las heparinas, insulinas y análogos, sales de rehidratación oral formulaciones y soluciones isotónicas; y las otras 6¹¹: con valor máximo de reconocimiento: agentes beta bloqueantes no selectivos, antagonistas del receptor h2, bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, inhibidores de bomba de protones, Inhibidores de la ECA, monofármacos e Inhibidores de la HMG CoA reductasa, y iii) Se incluyeron los estereoisómeros de principios activos¹² contemplados en el plan siempre que compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen con un VMR¹³.¹³ (Subrayas fuera de texto)

- Resolución 6408 de 2016¹⁴

“En el 2016 con la Resolución 6408 de 2016 se profundizó en el PB implícito para los medicamentos con la eliminación de la forma farmacéutica y la concentración, dejando 470 ítems de medicamentos distribuidos así: 420 del listado general, 38 de Salud pública y 12 agrupaciones. Los avances fueron: i) Se aclararon 135 cobertura de otras formas farmacéuticas (cremas, ungüento, jarabes, suspensión, gotas, entre otros) con 66 concentraciones y/o formas farmacéuticas nuevas y 6 aclaraciones de cobertura por Artículo 134 de la Resolución 5592 de 2015, ii) Se realizaron 9 agrupaciones de medicamentos con VRM¹⁵, estas son: -corticosteroides, monofármacos, insulinas y análogos, sales de rehidratación oral, agentes beta bloqueantes no selectivos, antagonistas del receptor h2, bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, inhibidores de bomba de protones, monofármacos, inhibidores de la ECA, monofármacos. E inhibidores de la HMG CoA reductasa; y 3 agrupaciones de medicamentos sin VMR, estas son: soluciones para hemodiálisis, soluciones para diálisis

⁹ Es el valor máximo que sirve para definir la orientación de la financiación pública hacia un valor de referencia a reconocer por cualquier medicamento del grupo que se conforme. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado anual, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SISMED; dicho valor se ajusta teniendo en cuenta, de ser necesario, por dosis promedio de prescripción y manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC. La expresión del valor puede establecerse bien sea como un total o una expresión per cápita según el número de expuestos.” Numeral 40 del artículo 8, Resolución 6408 de 2016 del MSPS.

¹⁰ Anexo de la Resolución 5592 de 2015.

¹¹ Anexo de la Resolución 5592 de 2015.

¹² Artículo 39 de la Resolución 5592 de 2015.

¹³ Informe orden quinta Auto 410 de 2016 – Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008, presentado por el señor Ministro Alejandro Gaviria Uribe, ante la Honorable Corte Constitucional, el 20 de febrero de 2017.

¹⁴ Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”. Es decir que, la misma sustituye la Resolución 5592 de 2015.

¹⁵ Con cobertura por subgrupo con valor máximo de reconocimiento: atc s01ba-corticosteroides, monofármacos, atc a10a- insulinas y análogos, a07ca sales de rehidratación oral, atc c07aa -agentes beta bloqueantes no selectivos, atc a02ba - antagonistas del receptor (no se cubren combinaciones con medicamentos no pos), atc c08c - bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, atc a02bc - inhibidores de bomba de protones, monofármacos (no se cubren combinaciones con medicamentos no POS), atc c09aa - inhibidores de la eca, monofármacos.y atc c10aa -inhibidores de la HMG CoAa reductasa. Anexo de la Resolución 6408 de 2016.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201711401056001**

Fecha: **02-06-2017**

Página 6 de 7

peritoneal y grupo de las heparinas, monofármacos¹⁶ y ¹⁷ iii) Se incluyeron los estereoisómeros de principios activos contemplados en el plan siempre que compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen con un VMR para cálculo en la prima establecido para el principio activo de origen¹⁸.”¹⁹

c) Respuesta de la consulta en particular

De conformidad con los fundamentos jurisprudenciales y normativos expuestos tenemos que, el Plan Obligatorio de Salud - POS o lo que es lo mismo, Plan de Beneficios – PB, se encuentra plenamente vigente en el marco de la legislación regulatoria del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Lo anterior, se manifiesta claramente en el Considerando de la misma Resolución 6408 de 2016, en los siguientes términos:

“Que de acuerdo con el artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012, a este Ministerio le corresponde modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y definir y revisar como mínimo una vez al año el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de dicho plan, a cuyo cumplimiento estricto instó la Corte Constitucional en la orden décimo octava de la Sentencia T-760 de 2008.

Que el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, contempla el deber del Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud, mediante la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, que como tal, incluya su promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de las secuelas. presupuestos bajo los cuales se estructura la modificación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a que refiere el presente acto administrativo y cuya consolidación de la concepción de integralidad a que allí se alude, se complementará con la regulación que en el marco del procedimiento técnico científico, defina las exclusiones, en pro de garantizar el mandato contenido en el precitado artículo.

Que conforme con lo expuesto, se hace necesario modificar el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, a que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, actualizado integralmente mediante la Resolución 5592 de 2015.”

¹⁶ Con cobertura por subgrupo sin valor máximo de reconocimiento: atc b05za soluciones para hemodiálisis, b05d soluciones para diálisis peritoneal y atc b01ab - grupo de las heparinas, monofármacos (no se cubren combinaciones con medicamentos no pos). Anexo de la Resolución 6408 de 2016.

¹⁷ Valores Máximo de Reconocimiento para cálculo en la prima por expuestos y grupo de medicamentos: Estudio técnico para la vigencia 2017 - MSPS (2016)

¹⁸ Artículo 38 - Resolución 6408 de 2016 del MSPS.

¹⁹ Informe orden quinta Auto 410 de 2016 – Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008, presentado por el señor Ministro Alejandro Gaviria Uribe, ante la Honorable Corte Constitucional, el 20 de febrero de 2017.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201711401056001**

Fecha: **02-06-2017**

Página 7 de 7

Por lo tanto, se observa que la Resolución 6408 de 2016, lejos de estar derogada por la entrada en vigencia de la Ley 1751 de 2015, es una expresión de los mandatos contenidos en ella, y en particular en la Sentencia T- 760 de 2008 de la Corte Constitucional.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015²⁰.

Cordialmente,

LUIS GABRIEL FERNANDEZ FRANCO

Director Jurídico

Elaboró: Julie Carolina A

Revisó: E Morales

Aprobó: Kimberly Z

20 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.