

Bogotá D.C., noviembre 8 de 2021

Honorable Magistrado:  
**JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS**  
**Sala Especial de Seguimiento Sentencia T-760 de 2008**  
**Corte Constitucional**  
Ciudad

**Ref: Oficio N. OPTB-082/21**

SEGUIMIENTO A LA ORDEN VIGÉSIMA TERCERA DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008. TRASLADO DE LOS DOCUMENTOS ALLEGADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD AL GRUPO DE PERITOS CONSTITUCIONALES VOLUNTARIOS.

EXPEDIENTE T-1.281.247. ACCIÓN DE TUTELA INSTAURADA POR LUZ MARY OSORIO PALACIO CONTRA SALUD COLPÁTRIA Y OTROS.

Honorable Magistrado:

**GUSTAVO MORALES COBO**, identificado con cédula 80.414.122, en calidad de presidente ejecutivo de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI, identificada con NIT 800.155.092-5, entidad sin ánimo de lucro que agremia a 10 de las principales EPS del régimen contributivo, y varias EPS del régimen subsidiado, me permito dar respuesta al cuestionario formulado por la H. Corte Constitucional mediante Auto de octubre 5 de 2021 en el marco del seguimiento a la Orden Vigésima Tercera de la Sentencia T-760 de 2008, remitido a esta Asociación en atención a su calidad de perito voluntario dentro del seguimiento a la mencionada sentencia.

A continuación nos permitimos dar respuesta a cada interrogante, previa las siguientes observaciones generales.

### **El alcance del Plan de Beneficios. Retos para su implementación**

La H. Corte Constitucional ha reiterado que exigir una decisión judicial para entregar un elemento que requiere una persona para garantizar su derecho a la salud, constituye una barrera arbitraria e injusta, en la medida en que genera un desgaste gravoso para la administración de justicia. Esto último, aludiendo a una prestación considerada como incluida en el Plan de beneficios no financiado con la UPC (PB NO UPC), como lo es una silla de ruedas (Sentencia T-338 de 2021),

prestaciones cuya financiación es responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), vía ADRES, y no de las EPS de acuerdo con la normatividad vigente. Esta consideración se relaciona con la orden vigésima tercera de la sentencia T-760 de 2008, en la medida en que el suministro de la prestación debería operar a través de la herramienta MIPRES. Sin embargo, esta prestación no se puede prescribir por MIPRES y la única forma en que la EPS puede garantizar su entrega, es a través de un fallo de tutela que permita asociar la prestación a MIPRES Tutela.

Esta situación permite abordar la problemática que afrontan las EPS, pues si bien, de acuerdo con la jurisprudencia constitucional se trata de una prestación PB NO UPC, que no debería desgastar a la administración de justicia, lo cierto es que sin el fallo de tutela, la EPS no podría prestar un servicio o entregar un bien con cargo a un recurso público (de ADRES) sin la correspondiente autorización presupuestal o, en su defecto, sin el soporte de una decisión judicial que autorice el gasto, la EPS no tendría derecho a que la ADRES le reconozca y pague el costo de la prestación.

Tal como lo señala el Ministerio de Salud en el documento trasladado a esta Asociación por la H. Corte Constitucional, *“Existen servicios que no se encuentran en las tablas de soporte de la herramienta tecnológica MIPRES, debido a que: i) no están autorizados por autoridad competente, conforme con lo dispuesto por el literal d) del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, y/o ii) no tienen una codificación o estandarización semántica para una adecuada interoperabilidad de datos en el marco de la normatividad vigente”*. Igualmente señala el Ministerio, que los servicios complementarios al no corresponder al ámbito de salud, deben reconocerse con otros recursos que el legislador determine para tal fin.

Se destaca esta consideración en la cual se reconoce lo enunciado sobre el alcance de la herramienta MIPRES, a efectos de que la H. Corte Constitucional evalúe la forma en que se deberá dar cumplimiento por parte del Estado (Minsalud y ADRES), al suministro de prestaciones PB NO UPC que a la fecha no pueden prescribirse a través de la mencionada herramienta, y que requieren la orden de tutela para respaldar el pago a la EPS, según las normas presupuestales que rigen el gasto público, en este caso, el gasto que debe financiar el SGSSS vía la ADRES.

Estimamos además, que la facturación de estos servicios debe ser realizada por el proveedor y prestador directamente a la ADRES, como quiera que la EPS no ha sido delegada por ley para proveer dicho financiamiento, y dado que históricamente existe una parte importante de recursos que la EPS no logra

recuperar por vía de recobro en virtud de glosas o causales por parte de la ADRES, que las EPS estiman injustificadas como quiera que lo cierto es que financian el servicio, y no logran recuperar una parte por vía del recobro.

## Herramienta MIPRES

La creación de la herramienta MIPRES es una de las medidas planteadas para prescribir y suministrar una tecnología que no se encuentra financiada con cargo a la UPC. Esta herramienta se definió con el propósito de garantizar un mecanismo más expedito (sin pasar por el Comité técnico científico) que permitiera otorgar beneficios individuales no contenida en el Plan de Beneficios con Cargo a la UPC, a cargo del Estado, cuando el médico tratante lo prescribiera y el paciente los requiriera con necesidad, entendida esta como la ausencia de recursos.

El uso de la herramienta MIPRES modificó la regulación previa sobre los criterios y proceso de autorización de los servicios PB NO UPC. En consecuencia, la falta de capacidad de pago ya no es un criterio para el suministro de la prestación y ya no se debe pasar por un el proceso de un Comité Técnico Científico.

Desde el punto de vista de disminución de trámites hemos señalado en anteriores oportunidades que constituyó un avance, tal como lo señala la Supersalud en el documento que se nos traslada, en el cual se señala que con la herramienta “*se ha observado disminución de los tiempos de respuesta a las solicitudes de servicios NO PBS teniendo en cuenta que no se surte los pasos cuando se debían tramitar a través de Comité Técnico Científico (CTC)*”.

De otra parte el MIPRES permitió al Ministerio de Salud y Protección Social contar con la información centralizada sobre las tecnologías y servicios que debían ser pagadas por el Estado por no encontrarse financiadas con cargo a la UPC, y permite, hacer análisis sobre el comportamiento de las prescripciones médicas atendiendo el perfil epidemiológico de la población y estudiar el comportamiento de los precios en el mercado, para definir, de ser necesario, políticas o estrategias de intervención.

No obstante, desde sus inicios el uso de esta herramienta ha generado imprecisiones en relación con la ordenación del gasto, pues termina siendo un acto complejo integrado por la prescripción del médico tratante y la aprobación sobre recursos públicos impartida a través del aplicativo MIPRES

Otra de las dificultades radica en la insuficiencia de recursos, pues no todos los servicios que se prescriben mediante MIPRES tienen respaldo presupuestal. En el

caso de los presupuestos máximos, estos han resultado insuficientes, y en el caso de los no financiados con dichos presupuestos, la prescripción no implica la asignación de los recursos necesarios en la ADRES para pagar por el servicio, lo cual implica que las EPS y los proveedores deben suministrar el bien o servicio, sin garantía por parte del Estado de que el pago se realizará de manera integral y oportuna. En síntesis, el mecanismo de MIPRES, adolece de uno de los principios fundamentales para la ordenación del gasto, que es la certificación de disponibilidad presupuestal, tema que ha sido modificado parcialmente con la figura de techos o presupuestos máximos, pero como abordaremos más adelante, resulta igualmente insuficiente, delegando a los actores del sistema, cargas que no cuentan con respaldo financiero y generando en la práctica algunas barreras para acceder a los beneficios no asegurados y no financiados con cargo a la UPC.

También es de señalar, como lo ha hecho esta Asociación en otras oportunidades, que una de las dificultades frente a las limitaciones presupuestales, radica en que no hay definición de prioridades para la asignación del gasto, lo cual puede colocar en riesgo el acceso de personas que tienen mayor necesidad, comprometiéndose así la viabilidad financiera del SGSSS y de los distintos actores que intervienen en el mismo. El gasto público debe tener prioridad, y en el caso de MIPRES, esta termina siendo definida por el médico tratante, y el orden de llegada, por lo cual, se hace necesario que la H. Corte Constitucional realice seguimiento a la forma en que se presupuestan dichas prestaciones por parte del Estado.

### **Servicios sociales complementarios**

Como ya se anotó, de acuerdo con el Ministerio de Salud en el documento trasladado a esta Asociación, los servicios sociales complementarios, al no corresponder al ámbito de salud, deben reconocerse con otros recursos que el legislador determine para tal fin. No cabe duda de la importancia de contar con estos servicios, los cuales, en algunas ocasiones se relacionan incluso con el derecho a una vida digna, a una mayor autonomía del paciente, o un mayor nivel de bienestar. Hacen parte de una noción amplia de salud, que involucra a otros sectores, diferentes de salud, para poder hacer efectivo el derecho.

### **El traslado de acompañantes. Necesidades de regulación**

El traslado de acompañantes de los usuarios es otro de los aspectos que requiere ser precisado mediante regulación, como se expone a continuación:

De acuerdo con lo señalado por el Ministerio de Salud en respuesta a las EPS, el traslado se otorga únicamente para el afiliado, y solo se hace con cargo a la UPC

según las coberturas de la Resolución 2481 de 2020<sup>1</sup>, y en el caso de municipios o corregimientos que no reciben UPC diferencial por dispersión geográfica, el profesional tratante que considere pertinente dicho transporte, lo puede prescribir a través de Mipres como servicio complementario. En este último caso el servicio se cubriría con cargo a los presupuestos máximos.

Respecto del acompañante, el Ministerio de Salud insiste en que no puede ser cubierto con cargo a los recursos de la salud al ser un determinante social en salud, y que solo podrían serlo, exclusivamente en caso de tutela, financiado en este caso con presupuestos máximos, y cargado por Mipres Tutelas. Lo anterior cuando en respuesta a una EPS señaló:

*“Ahora bien, con respecto a la consulta el transporte del paciente ambulatorio, como bien lo señalan se contempla su financiación con cargo a la Unidad de Pago por Capitación como se describe en el artículo 122 de la Resolución 2481 de 2020, así:*

*(...)*

*Siendo importante precisar que dicha cobertura se da **para el paciente**, y en el caso de municipios o corregimientos que no reciben UPC diferencial por dispersión geográfica, el profesional tratante cuando considere pertinente dicho transporte lo puede prescribir a través de la herramienta tecnológica Mipres como servicio complementario.*

*Por otra parte, el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria en Salud sobre los otros determinantes de la salud señala que deben ser financiados con recursos diferentes a los asignados para el cubrimiento de servicios y tecnologías en salud:*

*“Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud,*

---

<sup>1</sup> “ARTÍCULO 122. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

PARÁGRAFO. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia, para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de este acto administrativo, o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que haga sus veces, no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces, recibe o no una UPC diferencial”.

*prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.*

*El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.*

**Parágrafo.** *Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.*

*(Subrayado fuera de texto)*

*Por lo anterior, el transporte para acompañantes, así como, el alojamiento, alimentación y otras prestaciones de tipo económico, deben ser garantizados por los entes territoriales teniendo en cuenta las restricciones de gasto de los recursos del Sistema de Salud en virtud de los artículos 9 y 15 de la Ley 1751 de 2015, es decir los financia el ente territorial con aquellos recursos que tengan dispuestos para este tipo de prestaciones sociales.*

*Sin embargo, cuando dichas prestaciones son ordenadas por fallo judicial a la EPS, el funcionario que tiene el rol correspondiente los puede ingresar a la herramienta tecnológica de Mipres como servicios complementarios tutela, los cuales de conformidad con lo establecido en la Resolución 205 de 2020 estarían con cargo a los presupuestos máximos”.*

Como se observa, argumenta el Ministerio, que el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015 señala que los determinantes de la salud deben ser financiados con recursos diferentes a los asignados para el cubrimiento de servicios y tecnologías en salud, y que por ello, prestaciones como el transporte para acompañantes, el alojamiento, alimentación y otras prestaciones de tipo económico, deben ser garantizados por los entes territoriales, teniendo en cuenta las restricciones de gasto de los recursos del SGSSS. Cuando estas prestaciones son ordenadas por tutela, concluye el Ministerio, el respectivo funcionario los puede ingresar a Mipres como servicios complementarios tutela, y en consecuencia estarían con cargo a los presupuestos máximos.

Si bien es cierto, más que un determinante social, el transporte de acompañantes es en estricto sentido, un servicio social complementario, lo cierto

es que solo pueden cargarse por MIPRES cuando se trata de prestaciones ordenadas por tutela<sup>2</sup>.

Por su parte, algunos Entes Territoriales han señalado que el financiamiento de la prestación no se encuentra a su cargo, y que no cuentan actualmente con programas ni recursos destinados específicamente para la cobertura de los gastos de acompañante en caso de traslado de un paciente. Por el contrario, varios Entes Territoriales le piden a las EPS que asuman los gastos de traslado de los acompañantes, considerando que de no hacerlo, la EPS estaría imponiendo barreras de acceso a los afiliados.

Por esta razón, en casos como este se requiere una regulación que precise las condiciones en las que se presta el servicio, pues como se anota, sin un fallo de tutela, no es posible que la EPS suministre el servicio de traslado de acompañante, para ser cubierto con cargo a los presupuestos máximos.

A continuación presentamos las respuestas al cuestionario:

**a) ¿Las capacitaciones online y las presenciales dispuestas por el MSPS facilitan la formación que requieren los actores del sistema de salud? ¿mejoran el uso de la plataforma? ¿dichas capacitaciones disminuyen la comisión de errores al momento de prescribir y autorizar servicios y/o tecnologías PBS no UPC? Argumente sus respuestas.**

Debemos reconocer, sin duda, el esfuerzo realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de capacitaciones. De acuerdo con lo señalado por varias EPS, las diversas capacitaciones realizadas han facilitado el manejo de la herramienta MIPRES y la ruta de gestión de tecnologías PBS no UPC, mejorando el entendimiento de la información disponible a través de las diversas plataformas, al igual que el uso de las mismas, y disminuyendo errores cometidos en el momento de la generación de la prescripción de las tecnologías.

Sin embargo, las temáticas siguen siendo muy generales y ello hace que todavía se identifiquen algunos errores dentro del proceso frente a los cuales es pertinente profundizar con temáticas más detalladas. Por otro lado, la interacción de los diferentes actores no se limita a la prescripción y autorización de servicios; también es necesario considerar el Módulo de Dispensador-Proveedor, para el cual se identifica mucho desconocimiento por parte de los proveedores, quienes no ven la importancia del reporte a la herramienta. Algunas EPS han generado incluso videos ilustrativos para los proveedores,

---

<sup>2</sup> Respuesta del Ministerio de Salud a la EPS SURA, de fecha abril 19 de 2021. Radicado 202134100595641.

quienes en repetidas ocasiones les manifestaron que el MSPS no les suministró información adicional más allá de los Anexos Técnicos disponibles en el sitio Web.

Las capacitaciones son útiles y disminuyen la comisión de errores al momento de prescribir y autorizar servicios y/o tecnologías PBS no UPC, además nos ha permitido evidenciar un problema adicional que no se relaciona directamente con el funcionamiento de la plataforma, sino con problemas de posología e indicación INVIMA, temas estos que corresponden al manejo propio de los profesionales que prescriben, siendo necesario hacer un esfuerzo adicional en la formación de estos profesionales en estos aspectos. De acuerdo con algunas EPS, existen oportunidades de mejora en cuanto alude al compromiso de capacitación por parte de algunos de los profesionales de la salud.

**b) ¿La mesa de ayuda habilitada por la cartera de salud para Mipres brinda las respuestas de forma precisa y oportuna? ¿resulta ser un apoyo para los prescriptores al momento de resolver dudas? Explique sus respuestas.**

La mesa de ayuda ha mejorado significativamente la oportunidad de respuestas, pero aún persisten algunas dificultades respecto a la precisión de las mismas, pues hay casos en los que es necesario preguntar de nuevo y hacer énfasis en los anexos enviados con anterioridad para que haya más claridad en las respuestas. Dado que muchas repuestas no son inmediatas, ello genera demoras en los procesos, lo cual en ocasiones impide brindar un servicio más oportuno y eficiente al paciente.

De otra parte, algunos actores señalan que la mesa les indica que las mismas EPS deben dar solución a su inquietud, siendo necesario en estos casos tramitar una nueva solicitud desde la EPS, adjuntado la respuesta dada previamente al prescriptor o proveedor.

**c) ¿Cuál es su opinión respecto del trámite que se brinda a los UNIRS por parte de Minsalud y del Invima? ¿se han agregado nuevos medicamentos al listado? ¿se han tenido en cuenta las postulaciones que se realizan por las sociedades científicas? Sustente sus respuestas.**

La última actualización del listado de UNIRS se realizó en julio del 2020, registrándose 94 principios activos. Se percibe en consecuencia, que este trámite no tiene la suficiente celeridad por parte de las entidades encargadas. No se evidencia una suficiente socialización de la agenda ni un cronograma expedito y oportuno ante la necesidad de los pacientes, sobre todo de patologías oncológicas. De acuerdo con lo señalado por algunas EPS, hay solicitudes de



diferentes asociaciones de especialistas, sin que alguno de los entes encargados haya dado respuesta. Así por ejemplo, Asocolderma ha solicitado desde el año 2017 la inclusión del uso del Rituximab en el Pénfigo, con los correspondientes soportes, sin que aún se tenga respuesta.

Desconocemos cuántos trámites pendientes de postulación están por definición de inclusión como UNIRS, ya que la nominación únicamente la puede hacer la sociedad científica interesada o el Ministerio de Salud y Protección Social por iniciativa propia. Como el proceso depende de la acción de las sociedades científicas, este paso se convierte en una barrera para la atención oportuna de los usuarios.

En relación con estos medicamentos, estimamos que se requiere una política para definir su incorporación o su exclusión definitiva, dado que se trata de usos no autorizados por la autoridad sanitaria, con lo cual, en aras de la seguridad jurídica y de la garantía del derecho fundamental a la salud, se hace necesario establecer si serán o no financiados por el SGSSS.

**d) ¿La utilización del formato de contingencia se ha adherido a lo establecido en el artículo 16 de la Ley 1885 de 2018? Su uso ¿ha generado cargas a los pacientes que afectan el acceso a los servicios de salud en términos de oportunidad y accesibilidad? Sustente sus respuestas.**

Existen situaciones que afectan la oportunidad y accesibilidad para acceder a los servicios. Aunque el artículo 16 de la Resolución 1885 de 2018 indica que la utilización del formulario de contingencia debe realizarse cuando se presenta imposibilidad para acceder a la herramienta tecnológica, ya sea por dificultades técnicas, ausencia de servicio eléctrico, falta de conectividad o inconsistencias de afiliación o identificación, se reciben solicitudes en dichos formatos cuando, por ejemplo, no se encuentra la prestación codificada en la aplicación y, de igual, forma se reciben solicitudes que superan el tiempo indicado, por lo que es necesario retroalimentar al prescriptor y/o IPS al respecto.

Es necesario reiterar que ni la plataforma MIPRES ni ese formato aplica para las tecnologías que no están previamente listadas o codificadas en el aplicativo MIPRES. Estas tecnologías sólo pueden autorizarse, en este caso, por autoridad judicial.

De igual forma, es común que el prescriptor no utilice el Formato de Contingencia actualizado, lo que impide la transcripción al no poseer toda la información necesaria para el proceso; en otras ocasiones la IPS o profesional independiente no realiza el envío de dicho formato a la entidad responsable del

afiliado, delegando esta actividad al usuario. Por otro lado, para los usuarios con Tipo de documento CE (Cédula de Extranjería) y PE (Permiso Especial de Permanencia), la herramienta tecnológica posee validaciones que impiden la prescripción.

También se presentan usos del Formulario por fuera de lo establecido por la normatividad vigente. Si bien es necesario notificar a los prestadores sobre estas situaciones, ello genera barreras de acceso e inoportunidad en la prestación del servicio. Adicionalmente, los tiempos establecidos para que el transcriptor realice el registro en la plataforma MIPRES una vez este es diligenciado, resultan insuficientes ante las inconsistencias que se identifican en la EPS y que el prestador debe corregir.

También es de señalar que la plataforma MIPRES no cuenta con la posibilidad de dejar trazabilidad del siguiente tipo de situaciones:

- Campos vacíos.
- Campos mal diligenciados.
- Extemporáneo.
- Usuario no afiliado a la EPS.
- Documentación incompleta.
- Tecnología no existente en MIPRES.
- Prestados sin convenio.
- Desactualizado.
- Prestación PBS con cargo a la UPC.
- Criterio UNIRS vencido.

Finalmente, es de anotar que el uso del Formato ha generado cargas a los pacientes que afectan el acceso a los servicios de salud en términos de oportunidad y accesibilidad, cuando los prescriptores lo entregan a los usuarios para gestión ante la EPS, a pesar de que esta tiene dispuestos canales virtuales para su recepción y contacto con el usuario.

e) Minsalud aseguró que de acuerdo con las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 “se establecieron codificaciones propias en MIPRES, sin la estandarización de datos, lo que en ningún momento exige que la totalidad de insumos, elementos y servicios existentes a nivel de servicios complementarios” deban codificarse en la plataforma. ¿Cuál es su interpretación al respecto? ¿considera que los servicios complementarios no deben estar codificados en Mipres? Su ausencia ¿afecta la prestación del servicio de salud? Explique sus respuestas.

Lo definido por el Ministerio de Salud consistió en consolidar los insumos, elementos y servicios en una gran bolsa, lo cual afecta la variabilidad de la tarifa de cada servicio y el cálculo del presupuesto máximo para la EPS. Esto ha generado que un código MIPRES tenga varias representaciones de códigos internos disponibles entre EPS y los oferentes del servicio, ya que no tienen el mismo valor.

Es necesario que la ADRES realice una codificación en MIPRES de los elementos relacionados con los servicios complementarios, tanto de servicios complementarios de MIPRES y servicios complementarios de MIPRES tutelados, a efecto de que todos los actores utilicen una misma codificación y se facilite la trazabilidad de la prestación a lo largo del ciclo. Para ejemplificar algunas de las dificultades, se presenta el siguiente caso: Desde MIPRES el prescriptor solicita no solo bloqueador solar, sino alguno con especificaciones tan detalladas que le exigen a la EPS la entrega de una opción específica, la cual puede diferir de otra prescripción hecha por otro profesional, con lo cual, cada una debe tener un código interno diferente para ser reconocida y direccionada al oferente. Lo que no esté allí descrito no se podría prescribir y mucho menos garantizar a través de la EPS. En este sentido, cuando la prestación se entrega en cumplimiento de un fallo de tutela, se genera un problema en la prestación y en temas reputacionales, pues no existe la forma de legalizarla a través de MIPRES.

A continuación se señalan los servicios complementarios disponibles a la fecha.

Codig	Codigo NUEV	Descripción	habilitado MIPRES	VERSION MIPRES	FECHA
01	108	BLOQUEADORES SOLARES	1	1.0	2016/11/18
02	109	CHAMPÚ Y LOCIONES CAPILARES	1	1.0	2016/11/18
03	132	MEDIAS DE COMPRESIÓN GRADUADA Y ANTIEMBÓLICAS	1	1.0	2016/11/18
04	139	PAÑALES	1	1.0	2016/11/18
05	156	ZAPATOS Y PLANTILLAS ORTOPÉDICAS	1	1.0	2016/11/18
06	153	TRATAMIENTOS DE ORTODONCIA	0	1.0	2017/01/25
07	154	TRATAMIENTOS DE PERIODONCIA	0	1.0	2017/01/25
08	123	IMPLANTOLOGÍA DENTAL	0	1.0	2017/01/25
09	128	LENTES DE CONTACTO	1	1.0	2017/01/25
10	150	TRANSPORTE AMBULATORIO DIFERENTE A AMBULANCIA NO PBS-UPC	1	1.0	2017/03/22
11	149	TRANSPORTE AMBULANCIA NO CUBIERTO POR EL PBS-UPC	0	1.0	2019/05/09
12	122	HOSPEDAJE, ALIMENTACIÓN Y VIÁTICOS CONTEMPLADOS EN LEYES ESPECIALES DIFERENTES A LOS OTORGADOS A LAS COMUNIDADES INDÍGENAS	0	1.0	2018/05/21

De otra parte, como se anotó al inicio de este documento, la ausencia de este tipo de servicios sí afecta la prestación del servicio, dada la conexidad que existe para mejorar la condición de salud de la población. Por esta razón, reiteramos la

importancia de contar con un sistema de protección social que a nivel nacional, permita garantizar todos aquellos bienes y servicios que no son propios del sector salud pero que sí son indispensables para efectos de garantizar el acceso efectivo. Los recursos destinados a financiar las tecnologías de salud son actualmente insuficientes y de acuerdo con la presentación realizada por el Ministerio de Salud en la Ley de presupuesto, entra en el 2022 con un descalce de 2.7 billones de pesos.

## Déficit estimado 2022 – Aseguramiento en Salud

Cifras en billones

Concepto	Funcionamiento Aseguramiento MSPS	Funcionamiento Aseguramiento MHCP Proyecto ppto	Diferencia
PGN - Aseguramiento salud	\$28,87	\$26,50	-\$2,42
PGN - SGP Salud	\$11,89	\$11,60	-\$0,29
<b>Total</b>	<b>\$40,76</b>	<b>\$38,10</b>	<b>-\$2,72</b>

Fuente: Proyecto de presupuesto – Estimaciones MSPS

- En este escenario, para la financiación del aseguramiento existe un déficit de **\$2,72 billones**, de los cuales **\$0,29 billones** corresponden al SGP.

Fuente: Presentación de MINSALUD en Congreso de la República 13/09/2021

Por eso es tan importante que los servicios sociales complementarios tengan su propio presupuesto, lo cual permitirá la efectividad del derecho.

- f) **¿Considera que Mipres respeta la autonomía médica de los prescriptores? La exigencia de agotar un servicio PBS UPC antes de formular uno PBS no UPC ¿afecta la discrecionalidad de los profesionales de la salud? Sustente sus respuestas.**

El artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 del 2015 garantiza la autonomía médica de los profesionales en salud en “*el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.*” La herramienta MIPRES permite al profesional de la salud solicitar la prescripción de tecnologías y servicios en salud disponibles en Colombia de acuerdo con lo que el usuario requiere para el tratamiento de su patología. Como lo señala la Supersalud en el escrito que se

nos traslada, *“los usuarios han tenido más beneficios en cuanto a la atención y prestación de los servicios de salud teniendo en cuenta que el médico tratante es autónomo para la formulación de medicamentos, insumos y procedimientos que requiera el usuario sin el riesgo de negaciones que tenía por parte del CTC”*.

De otro lado, es indispensable tener en cuenta que el respeto por la autonomía médica se desdibuja cuando por parte de los profesionales de salud se solicitan tecnologías que desconocen los elementos de la autorregulación, la racionalidad y la evidencia científica, toda vez que se registran en Mipres prestaciones que no cuentan, por ejemplo, con las indicaciones INVIMA para la patología, o que se encuentran sin registro por el ente competente. De otra parte, para el ejercicio de la autonomía médica los profesionales de la salud deben respetar el escalonamiento terapéutico establecido en las correspondientes sociedades científicas o entidades avaladas internacionales por la FDA (Food and Drug Administration de Estados Unidos) o la EMA (European Medicines Agency).

La exigencia de agotar un servicio PBS UPC antes de formular uno PBS no UPC no afecta la discrecionalidad del profesional, ya que el contexto de la necesidad y evolución clínica del paciente y la valoración clínica del profesional médico, son los que determinan el uso de una tecnología. Asimismo, la autonomía médica debe ejercerse de acuerdo con los principios de costo efectividad, pertinencia médica y racionalidad del sistema, con una toma de conciencia de la responsabilidad como actores dentro de este último, tal como lo señala la Ley de ética médica. Lo que no tendría sentido, es que estando cubierta la prestación por el mecanismo de protección individual (PB-UPC), se utilice el de MIPRES trasladándole al Estado la resolución de un problema de salud que se ha podido resolver de manera científica y satisfactoria a través del aseguramiento a cargo de la EPS.

**g) ¿La implementación de Mipres ha impactado el número de acciones de tutela que se radican por servicios y tecnologías PBS no UPC? Argumente su respuesta.**

De acuerdo con lo informado por varias EPS, la herramienta Mipres ha mejorado el trámite y gestión de las solicitudes de tecnologías y servicios No PBS, y ha reducido las acciones de tutela, ya que permite que en un solo formato el profesional de la salud registre la información que considera necesaria para la autorización de la prestación. Si bien es cierto, Mipres propende por la disminución en el número de tutelas a nivel general para tecnologías y servicios No PBS, existen prestaciones que no son susceptibles de autorización por Mipres porque no tienen autorización de su uso para patologías distintas a las

consideradas desde la indicación del ente regulador en el tema (No indicación INVIMA). En este sentido, las tutelas continúan por otros motivos.

Es importante señalar que el único mecanismo para que el Estado con cargo a los recursos del sistema otorgue servicios que se ajustan a los criterios de exclusión de la LES, es a través de la tutela, con excepción de los UNIRS. Servicios cosméticos o suntuarios, experimentales, y los servicios y tecnologías contempladas dentro de la lista tabular de servicios complementarios de tutela, para los cuales se requiere la orden de tutela para se autorice un gasto contra recursos de ADRES y por tanto proceda el pago a la EPS. Tal como se expuso al inicio, a pesar de la implementación de MIPRES aún existen unos servicios y tecnologías que no son susceptibles de solicitarse por dicha herramienta, para cuyo pago se precisa de la tutela que ordene la prestación.

El país debe hacer una reflexión ahora, partiendo que el plan de beneficios ya sea con cargo o no a la UPC, es muy amplio y atiende la totalidad de las patologías, si las tecnologías que se están solicitando ahora por tutela si aportan a un mejor resultado en salud o no. Los recursos del sector aunque toman una porción importante del PIB, son escasos y deben invertirse de la mejor manera posible. En ese sentido, debería el Ministerio de Salud, en coordinación con el IETS, revisar periódicamente las solicitudes de tutela para emitir un concepto general sobre la pertinencia de la financiación de tales servicios con cargo a los recursos del sistema o defina claramente los casos en los que si aportan a mejorar los resultados.

#### **Respecto de lo remitido por la Superintendencia Nacional de Salud**

**h) ¿Considera que los criterios establecidos por la Supersalud para verificar las fallas en la prescripción y autorización de servicios PBS no UPC abarcan todos los problemas que pueden presentarse en torno a la aplicación de Mipres? Argumente su respuesta.**

La Supersalud ha agrupado las posibles fallas que podrían presentarse en materia de prescripción, pero los criterios no abarcan todos los problemas que pueden presentarse en torno a la aplicación de MIPRES. Las EPS han detectado problemas intrínsecos de la plataforma y definiciones por parte del Ministerio, que impiden el trámite a través de Mipres, por lo cual el único camino que quedaría para que el bien o servicio de salud se otorgue con cargo a los recursos del sistema, sería la tutela. Por ejemplo:

- Con sillas de ruedas, esta no se puede prescribir por Mipres y el usuario se ve compelido a ejercer la acción de tutela porque es la única manera de que se pueda asociar a Mipres Tutela. En este caso, la Supersalud no entiende las limitaciones que tienen las EPS frente al tema. Dado que la vigilancia de la Supersalud se enfoca en una perspectiva de protección al usuario, no analiza las causas y considera que se trata de un caso de negligencia de la EPS. Esta situación afecta el desarrollo del alcance del concepto de PB UPC y PB NO UPC planteado por la H. Corte Constitucional, así como la reputación de la EPS, quien se ve expuesta a críticas por considerar que obstaculiza el suministro de algunas prestaciones, cuando en realidad estas no pueden prescribirse a través de MIPRES.
  - Se excluyeron servicios como fórmulas alimenticias, suplementos orales y cosméticos. De esta manera, si profesional lo prescribe, la Supersalud desconoce la posición del Ministerio de Salud y los alcances de la prescripción desde la plataforma MIPRES.
  - Existe una Junta de profesionales que evalúa ciertas tecnologías a cargo de las IPS. Esta situación puede demorar la prestación, o incluso determinar la negación. Esta situación se desconoce igualmente por el ente de control, quien simplemente exige el suministro a los afiliados.
  - En el marco de sus procesos de calidad, las EPS suelen exigir a sus prestadores un diligenciamiento adecuado en la plataforma MIPRES, e igualmente dan una retroalimentación al prestador. Esta situación puede generar algunas situaciones de demora con los usuarios, y la Supersalud lo desconoce y exige la entrega del servicio. Los errores en el diligenciamiento de la prescripción en la plataforma, mal pueden atribuirse a la EPS a manera de responsabilidad objetiva.
  - Los servicios que están definidos como exclusiones desde el mismo Ministerio, no se deben prescribir por los profesionales para ser cubiertos por el SGSSS. Esta situación en ocasiones es desconocida por la Supersalud, exigiendo igualmente su entrega.
- Desconoce temas relacionados con la red de prestación de la EPS. Por ejemplo:
    - En relación con los especialistas que atienden de manera particular a los pacientes y les formulan a través del aplicativo por fuera de la IPS, es esta quien los tiene asociado en el rol correspondiente, y la Supersalud exige la entrega del servicio sabiendo que dicha prescripción no fue relacionada en la ruta de atención de la EPS.

- Se realizan staff de profesionales necesarios para evaluar el impacto en salud de las tecnologías y la pertinencia de las mismas; esto es desconocido por la Súper la cual exige la entrega de los servicios.
  - Dentro de los criterios a verificar por la Supersalud, sería necesario además incluir la validación no exitosa por errores en posología. En este caso, al momento de realizar la prescripción el profesional no valida de manera correcta la información y por eso se presentan validaciones no exitosas.
- Desconocimiento de las limitaciones que se tienen con la indicación Invima.
    - Los medicamentos que no poseen la indicación Invima no se debiesen prescribir, dado que lo procedente es nominar al listado UNIRS cuando se estime pertinente. En este caso, la única vía para la entrega al usuario es la tutela.
  - Trámites administrativos que impactan los tiempos de respuesta:
    - En cuanto a la autorización, no se están considerando los trámites administrativos que pueden impactar en los tiempos de respuesta por parte de la EPS, tales como, los procesos de cotización que se deben realizar ante solicitudes de tecnologías PBS no UPC que no hacen parte del portafolio de servicios de la EPS, procesos de importación de medicamentos, y medicamentos agotados y desabastecidos.
- i) **¿Encuentra que a través de las auditorías llevadas a cabo se puede realizar un control exhaustivo en cuanto a la prestación del servicio de salud y de forma puntual, en la debida implementación de la plataforma? Sustente su respuesta.**

No. Es muy complejo que en el marco de la auditoría se logre abarcar todos los aspectos relacionados en el aseguramiento de la población y los detalles de la plataforma MIPRES, tal como se expuso en las oportunidades de mejora en los problemas intrínsecos de la plataforma, señalados en la respuesta anterior.

- j) **¿Considera que la suscripción de los planes de mejoramiento que exige la Supersalud a las EPS para dejar de lado los hallazgos, ocasionan su real y efectiva superación por parte de las EPS? Explique su respuesta.**

En algunos casos, se han incluido aspectos positivos, De acuerdo con algunas EPS, estos planes han contribuido a mejorar el acceso a los servicios NO PBS. Son cambios de proceso que han impactado y han direccionado a la EPS a



implementar acciones que propenden por garantizar más oportunidad en la respuesta de los servicios Mipres, así como por una mejor garantía de la generación de las órdenes de cobro y la correspondiente prestación del servicio. Por otro lado, permiten hacer énfasis en la población priorizada, en donde varias EPS han generado esfuerzos internos en su atención con base a todas las recomendaciones efectuadas por la Supersalud.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que la Supersalud no valida muchas explicaciones ante posibles fallas, y a pesar de ser razonables y comprensibles en el marco del desarrollo de la actividad, se exigen planes de mejora, que no siempre serían pertinentes por no corresponder al ámbito de gestión de la EPS; tal como se anotó en la respuesta anterior. Por ejemplo, en algunos casos no se reportan traslados y manutención durante pandemia, lo cual obedece a la prestación de servicios ambulatorios virtuales. No obstante, se exige plan de mejora para reportar casos.

**k) ¿Las medidas impuestas por la Supersalud para proteger los derechos de los usuarios cuando no se presta en debida forma el servicio fundamental brindan una protección real y efectiva de aquellos derechos fundamentales e impide la repetición de las fallas? Justifique su respuesta.**

La labor que realiza la Supersalud es indispensable para garantizar una adecuada vigilancia y control de las actuaciones de todos los actores que integran el SGSSS. Las medidas impuestas por la Supersalud salvaguardan los derechos de la población, fortaleciendo la oportunidad en el acceso a los servicios que requieren para mejorar su calidad de vida.

En ocasiones estas medidas son las que permiten que los actores se movilicen para mejorar la prestación de los servicios de salud. No obstante, también es cierto que, en algunos casos, la Supersalud desconoce múltiples variables que pueden afectar el éxito de la prestación de un servicio, considerando de manera equivocada que toda la responsabilidad debe ser asumida por la EPS, cuando en realidad algunas fallas son atribuibles a los proveedores o prestadores de servicios de salud o, incluso, a las carencias que tienen algunos territorios del país en cuanto a la infraestructura en salud.

En este sentido, se requiere de un mayor análisis de contexto, que permita evidenciar cuáles son las fallas imputables a la EPS, cuáles a otros actores en los cuales podría apoyar la EPS y cuáles se escapan a su control, como es el caso, por ejemplo de la insuficiencia de red de prestadores.

**l) ¿Cuál es su percepción respecto del número de PQRD que se relacionan con el funcionamiento de Mipres, reportadas para entre los años 2019 a julio de 2021? Argumente su respuesta.**

En los años posteriores a la implementación de MIPRES, varias EPS han observado una reducción paulatina en las quejas y reclamos de sus usuarios por servicios o tecnologías que deben ser autorizados mediante la plataforma. Sin embargo, se requiere fortalecer la correcta formulación por parte de los médicos tratantes con el fin de disminuir aún más las manifestaciones por esta causa.

El volumen de PQRD reportadas para el periodo indicado se ve afectado por las siguientes situaciones relacionadas directamente con el funcionamiento de Mipres:

- Formato de Contingencia desactualizado.
- Inoportunidad en el envío del Formato Contingencia.
- No aprobación de un servicio o tecnología analizado por Junta de Profesionales.
- Inoportunidad en los tiempos de decisión de la Junta de Profesionales de la Salud.
- Incumplimiento en los requisitos para la conformación de la Junta de Profesionales de la Salud.
- Falta de codificación de prestaciones en la Plataforma Mipres.

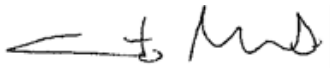
Las demás situaciones no son propias de MIPRES, ya que incluso se presentaban en CTC y que no plantean la necesidad de fortalecer el conocimiento de los profesionales y el uso de herramientas tecnológicas que prevengan y alerten al profesional que prescribe sobre eventuales interacciones medicamentosas:

- No pertinencia de la prescripción.
- Existe evidencia de interacción o reacción medicamentosa.
- La indicación de uso del medicamento no está aprobada por el INVIMA.
- La prescripción excede la dosis máxima recomendada.
- La prescripción excede los tres meses tratándose de una formulación de primera vez.
- La prescripción excede el año y no está formulada como sucesiva.
- Exclusión del Plan de Beneficios en Salud.
- No prescripción por parte del Médico tratante (Oportunidad de Citas).

**m) ¿De la información contenida en los documentos puestos a su consideración, se evidencia que el trabajo desarrollado por parte de las entidades -Minsalud y Supersalud- propende por la superación de la falla estructural que dio origen a la orden vigésima tercera de la sentencia T-760 de 2008?**

Consideramos que el Ministerio de Salud y la Supersalud han realizado un importante trabajo por la superación de la falla estructural que dio origen a la orden vigésima tercera de la sentencia. Sin duda alguna, y como ya se ha manifestado en otras respuestas, dada la complejidad del sistema y el funcionamiento del sector, persisten algunos aspectos susceptibles de mejora y, especialmente, de un trabajo que aborde de manera más individualizada las dificultades que se presentan en el proceso.

Cordialmente,



**GUSTAVO MORALES COBO**  
Presidente Ejecutivo  
ACEMI