

REPÚBLICA DE COLOMBIA



CORTE CONSTITUCIONAL Sala Especial de Seguimiento

AUTO 92A de 2020

Referencia: Seguimiento a la orden vigésima tercera de la sentencia T-760 de 2008.

Asunto: Valoración de cumplimiento orden vigésima tercera.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS.

Bogotá, D.C., diez (10) de marzo de dos mil veinte (2020).

La Sala Especial de Seguimiento de la Corte Constitucional, conformada por la Sala Plena en sesión del 1° de abril de 2009 para efectuar el seguimiento al cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008, integrada por los magistrados Alejandro Linares Cantillo, Antonio José Lizarazo Ocampo y José Fernando Reyes Cuartas, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, procede a dictar el presente auto con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES

1. En la sentencia T-760 de 2008 esta Corporación impartió dieciséis órdenes dirigidas a las autoridades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de que se corrigieran las fallas estructurales y los problemas de regulación identificados. Decisión en la que se pudo evidenciar la dificultad que se presentaba y que obligaba a los usuarios del sistema a interponer acciones de tutela para acceder a servicios de salud, del entonces Plan Obligatorio de Salud -POS-, distintos a medicamentos.

2. Lo anterior, toda vez que los Comités Técnicos Científicos -CTC- resolvían únicamente las solicitudes de aprobación de los medicamentos que no se encontraban incluidos dentro del POS, para todo lo demás, esto es, procedimientos, actividades e intervenciones no existía un trámite interno, situación que generó el aumento en las acciones de amparo que por ese hecho se radicaban y que facultaban a las EPS para presentar recobros ante el entonces Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga-.

3. Por lo tanto, se profirió la orden vigésima tercera que buscó la implementación de un procedimiento que permitiera a los profesionales de la salud prescribir de

forma directa medicamentos y tecnologías no POS, la cual señaló lo siguiente:

“Ordenar a la Comisión de Regulación en Salud que adopte las medidas necesarias para regular el trámite interno que debe adelantar el médico tratante para que la respectiva EPS autorice directamente tanto los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud (contributivo o subsidiado), diferente a un medicamento, como los medicamentos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando estas sean ordenados por el médico tratante.

Hasta tanto éste trámite interno de las EPS no sea regulado de manera definitiva, se ordena al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud –y mientras este es creado al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud– que adopten las medidas necesarias para garantizar que se ordene a las entidades promotoras de salud, EPS, extender las reglas vigentes para someter a consideración del Comité Técnico Científico de la entidad la aprobación de un medicamento no incluido en el POS, a las solicitudes de aprobación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud, distintos a medicamentos, tales como actividades, procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas del Plan Obligatorio de Salud, cuando éstos sean ordenados por el médico tratante, teniendo en cuenta los parámetros fijados por la Corte Constitucional. Esta orden deberá ser cumplida dentro de los cinco (5) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

Cuando el Comité Técnico Científico niegue un servicio médico, de acuerdo con la competencia de que trata la presente orden, y posteriormente se obligue a su prestación mediante una acción de tutela, sólo procederá el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, de acuerdo con lo dicho en esta providencia.

El Ministerio de la Protección Social deberá presentar, antes de marzo 15 de 2009, un informe sobre el cumplimiento de esta orden a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo, con copia a la Corte Constitucional.”

4. La Sala Especial con el propósito de realizar el seguimiento al cumplimiento del mandato mencionado ha proferido autos de requerimiento¹, traslado a los grupos de expertos² y citación a sesión técnica³, con el fin de obtener información que evidencie el estado del cumplimiento de la directriz.

5. Mediante auto 001 de 2017⁴ la Sala valoró el acatamiento de la orden y declaró el nivel de cumplimiento bajo, tras concluir que si bien se adoptaron medidas por el ente ministerial en cuanto al Régimen Contributivo -RC-⁵, no se habían acreditado resultados y avances reales en su implementación. No obstante, reconoció los esfuerzos realizados hasta ese momento, señalando que la normatividad creada podría, a futuro, arrojar resultados satisfactorios ya que

¹ Autos del 13 de julio de 2009, 8 de junio de 2010, 29 de marzo de 2012, auto 198 de 2012, 5 de junio de 2013, auto 015 de 2014.

² Autos del 30 de marzo de 2009, 28 de septiembre de 2010, 29 de junio de 2012, auto 078 de 2014, 280 de 2014.

³ Auto 442 de 2015.

⁴ Proferido el 13 de enero de 2017. AZ XXIII-D, folios 1385-1429.

⁵ Ampliación de las funciones del CTC (Resolución 3099 de 2008) y la creación de un trámite interno para que los usuarios tanto del régimen contributivo y el subsidiado accedan a los servicios requeridos con necesidad y que se encuentran excluidos del POS.

recogerían el fin de la disposición estudiada.

Además, la providencia en mención estableció que la orden vigésima tercera contempla otras obligaciones para declarar su acatamiento, entre ellas: (i) la creación de un trámite interno para que los usuarios tanto del RC como el Régimen Subsidiado -RS- accedieran a todos los servicios no incluidos y explícitamente excluidos del POS requeridos con necesidad; (ii) la extensión de las reglas vigentes sobre CTC a los servicios, distintos a los medicamentos no incluidos o explícitamente excluidos del PBS dentro de los cinco días siguientes a la notificación de la sentencia; y (iv) la presentación de un informe sobre el cumplimiento de la orden ante la Defensoría del Pueblo y la Supersalud, con copia a esta Corporación antes del 15 de marzo de 2009.

6. Así mismo, se refirió al régimen implementado indicando que la Ley Estatutaria⁶ fijó una nueva forma de actualización del POS basada en un sistema de exclusiones, el cual señala que el nuevo Plan de Beneficios en Salud -PBS- cubre todos los tratamientos y tecnologías en salud que no estén expresamente exceptuados del mismo, buscando así garantizar el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios.

Justamente estableció que el derecho a la salud no es absoluto y por el contrario admite algunas limitaciones, como la posibilidad de que no se financien con recursos públicos asignados a la salud, determinadas tecnologías, prestaciones, insumos o servicios.

7. Respecto a este punto la Sala manifestó que en atención a la nueva regulación estatutaria el mandato analizado no debe encaminarse al procedimiento de verificación de autorización directa para los servicios de salud no incluidos y procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas, sino que *“se deberá enfocar exclusivamente hacia la autorización de los servicios de salud excluidos del plan de beneficios”*. Lo anterior, toda vez que pueden presentarse situaciones en las que según el criterio del médico tratante, los pacientes requerirán de la autorización de estas y para ello debe existir un trámite establecido.

8. Adicionalmente, verificó la oportuna entrega del informe por parte del ente ministerial ante la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia de Salud con copia a esta Corporación antes del 15 de marzo de 2009, y concluyó que lo radicó el 13 de marzo de dicha anualidad y en él consagró las normas proferidas en cumplimiento al mandato bajo estudio; sin embargo, el auto se refirió al procedimiento de recobros y no a los CTC.

9. Ahora bien, referente a la glosa en el recobro de las EPS cuyo CTC había negado la prestación de un servicio de salud no POS y que fuera posteriormente ordenado por un Juez de tutela, la Sala estableció que por la derogatoria del literal j del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007⁷ era imposible su materialización, lo que dejó

⁶ Ley 1751 de 2015.

⁷ *“En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se*

sin efectos jurídicos uno de los parámetros establecidos en la orden analizada⁸. No obstante, este aspecto podría superarse de conformidad con lo señalado en la Resolución 1328 de 2016, toda vez que eliminó los CTC.

10. De igual forma y después de analizar la ampliación de las funciones de los CTC hasta tanto el trámite de las EPS fuera regulado de manera definitiva, concluyó que no se había cumplido a cabalidad por cuanto la medida perdió su temporalidad y desnaturalizó lo ordenado por la Corte, ya que el mandato trigésimo tercero fue claro en señalar que habría de superarse la falla evidenciada en relación con la falta de un mecanismo para la aprobación de tecnologías no incluidas o explícitamente excluidas del PBS diferentes a medicamentos, situación que tardó mucho tiempo en corregirse.

11. Ahora bien, en cuanto a la expedición de la Resolución 1328 de 2016⁹ mediante la cual se eliminaron los CTC y se implementó una herramienta web, estableció que el médico tratante sería el único responsable de la prescripción directa de un medicamento, procedimiento, tratamiento o insumo que no estuviera contenido en el listado del PBS.

En torno a la formulación excepcional de las tecnologías en salud definidos en virtud de los criterios consignados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015¹⁰, el

obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley. En todo caso, cuando el FOSYGA haga el reconocimiento, el pago se hará sobre la base de las tarifas mínimas definidas por la Comisión de Regulación en Salud”.

⁸ Artículo 145 de la Ley 1438 de 2011: “**VIGENCIA Y DEROGATORIAS.** la presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial los parágrafos de los artículos 171, 172, 175, 215 Y 216 numeral 1 de la Ley 100 de 1993, el parágrafo del artículo 3, el literal (e) del artículo 13, los literales (d) y (j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 121 del Decreto Ley 2150 de 1995, el numeral 43.4. I artículo 43 y los numerales 44.1.7, 44.2.3 del Artículo 44 de la Ley 715 de 2001, así como los artículos relacionados con salud de Ley 1066 de 2006” (Subrayas fuera de texto).

⁹ “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”.

¹⁰ “**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:

- 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.

prescriptor tendría que consultar a la Junta de Profesionales de la Salud la pertinencia de su utilización, por lo que el médico remitiría cada caso dentro de los cinco días siguientes desde que se emite la orden del servicio para su aprobación o rechazo.

Asunto que hasta la fecha de proferimiento del auto de valoración, no había sido regulado con claridad, ya que las resoluciones expedidas por el MSPS solo hacían referencia a los servicios de salud no incluidos en el antiguo POS y no a los explícitamente excluidos del PBS. De igual manera, la Sala mencionó como puntos negativos que el citado acto administrativo solo aplicaba para el régimen contributivo, dejando por fuera al subsidiado, el cual abarca a la población más vulnerable y con menos recursos económicos dentro del SGSSS. No obstante, reconoció el esfuerzo realizado por el ente regulador, señalando que la normatividad expedida hasta ese momento podía arrojar resultados satisfactorios, ya que la misma acogía el espíritu o fin último de la orden objeto de análisis.

12. Así mismo, señaló que dado el corto tiempo desde la expedición de la Resolución 1328 de 2016¹¹ no era posible valorar su efectividad. Por lo anterior, concedió tres meses al rector de la política pública para que presentara los resultados de su aplicación y creara el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía de suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud “*excluidas del PBS con cargo a la UPC*” correspondiente al Régimen Subsidiado.

13. Posterior a esto, fueron proferidas las resoluciones 3951 de 2016¹², 5884 de 2016¹³, 1885 de 2018¹⁴, 2438 de 2018¹⁵, 1343 de 2019¹⁶, a través de las cuales se han realizado ajustes a la herramienta de prescripción y regulado la misma para el régimen subsidiado.

14. El 31 de marzo de 2017¹⁷ fue recibido en esta Corporación escrito del señor

PARÁGRAFO 1o. *El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud.*

PARÁGRAFO 2o. *<Parágrafo CONDICIONALMENTE exequible> Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso administrativas.*

PARÁGRAFO 3o. *Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas”.*

¹¹ *“Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”.*

¹² *“Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”.*

¹³ *Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones”.*

¹⁴ *“Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”.*

¹⁵ *“Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”.*

¹⁶ *“Por la cual se modifica el artículo 12 de las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 en relación con la prescripción de productos de soporte nutricional a menores de cinco (5) años”.*

¹⁷ *Cfr. AZ XIX-M, folios 5720-5725 y 5728-5752.*

Aníbal Rodríguez Guerrero, quien puso en conocimiento de la misma “*la ocurrencia de una subrepticia política pública próxima a implementarse por parte del Ministerio de Salud, orientada a coartar a la población colombiana el goce efectivo de los derechos fundamentales, a lesionar la autonomía de los profesionales de la salud, a constreñir a la tutela como herramienta esencial de protección de los derechos fundamentales de los colombianos...*”.

Adicionalmente señaló que a pesar de la modificación introducida al SGSSS con la Ley Estatutaria en Salud, que tiene como regla general es la inclusión de todos los servicios y tecnologías, el MSPS a través de la Resolución 6408 de 2016 definió el PBS con lo que según su dicho, se actualizó el antiguo POS. Por lo tanto, la expedición de dicha norma desconoció la ley, la jurisprudencia y el Estado Social de Derecho, por cuanto persistía un modelo de gestión que brinda solo los servicios expresamente contenidos en un listado, introduciendo una tercera categoría que no están incluidos ni excluidos del PBS.

En este punto indicó que la Resolución 5884 de 2016 mediante la cual el rector de la política pública dio cumplimiento al Auto 071 de 2016 proferido por la Corte impuso un mecanismo electrónico de negación de servicios de salud que vulneraba este derecho fundamental, ello por las siguiente razones (i) los servicios brindados a los ciudadanos son los contemplados en el POS, hoy PBS; (ii) emitida la orden por el profesional de la salud, el CTC era el encargado de impartir aprobación o negar la prestación solicitada; y (iii) MIPRES es el encargado de emitir la prescripción, sistema manipulado, controlado y administrado arbitrariamente por Minsalud, que de forma autónoma define los algoritmos y tablas del programa, siendo quien determina la oferta en salud que según su criterio, puede ser autorizado o negado.

Del mismo modo resaltó que MIPRES no deja evidencia de cuando se presenta la negación de un servicio de salud, situación que ubica al usuario en desventaja, toda vez que al carecer de una constancia de negación no le es posible acudir a la acción de amparo para buscar la protección de sus derechos fundamentales. Por lo dicho, solicitó a esta Corporación que en la valoración del aplicativo MIPRES, no solo se tenga en cuenta la posible y grave desatención de la sentencia C-313 de 2014 y la Ley 1751 de 2015, sino también el incumplimiento en cuanto a los postulados fijados por la Corte.

15. Mediante auto del 7 de abril de 2017¹⁸ la Sala de Seguimiento corrió traslado al rector de la política pública del documento remitido por el ciudadano y puso en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, la Defensoría del Pueblo y la Procuraduría General de la Nación lo acaecido para lo de su competencia.

16. Minsalud¹⁹ en escrito remitido a esta Corporación dio respuesta a las manifestaciones realizadas por el señor Aníbal Rodríguez Guerrero, indicando que la entidad mediante, Resolución 3951 de 2016, reguló el acceso de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y

¹⁸ Id., 5726-5727.

¹⁹ Cfr. AZ XIX-M, folios 5894-5903.

tecnologías en salud “no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” y adelantó jornadas de socialización, implementación y seguimiento respecto al acto administrativo, el aplicativo MIPRES y el procedimiento. Adicionalmente que dispuso en la página web un espacio exclusivo para el funcionamiento de la herramienta.

Agregó que el aplicativo se encuentra sustentado en principios fundamentales encaminados a garantizar el derecho a la salud, entre los cuales se hallan la autonomía médica y la seguridad del paciente. Así mismo, reiteró que MIPRES no ha sido desarrollado bajo el marco de la orden décima novena de la sentencia estructural, sino que es una herramienta de prescripción de servicios y tecnologías PBS no UPC.

17. La Defensoría del Pueblo²⁰ en respuesta a la denuncia ciudadana presentada, dio a conocer las quejas que hasta la fecha del informe había recibido sobre la implementación de “Mi Prescripción” y de cómo la herramienta afectaba la autonomía médica, así como la poca efectividad en la materialidad de la Ley Estatutaria en Salud; razón por la que decidió elevar algunos interrogantes a sociedades científicas y Defensorías Regionales para tener mayor certeza de lo que estaba sucediendo con el sistema de salud. Además, agregó que el aplicativo funcionaba solo para el régimen contributivo, y en cuanto al subsidiado eran los alcaldes o gobernadores quienes de manera autónoma decidían si adoptaban o no dicho sistema.

De lo informado por algunas de las entidades oficiadas²¹ se vislumbró como dificultad la complejidad del diligenciamiento del formulario en la herramienta, por cuanto las resoluciones que contemplan los medicamentos excluidos del PBS no son de conocimiento de los prescriptores, sumado a ello, informó que al no contar con una norma que establezca la existencia de medicamentos implícitos, suponen la necesidad de realizar la prescripción de aquellos que no hacen parte de tales listados a través de MIPRES.

Indicó además que la doble prescripción y el registro son otros inconvenientes que se presentan tanto en la historia clínica, como en el aplicativo, situación considerada por quienes formulan como una barrera para la atención brindada, dado que no se cuenta con el tiempo necesario para la llevar a cabo el examen al paciente²².

Por otra parte, informó que el sistema no permite formular una medicina no incluida en la herramienta, lo que impide a quien debe prescribir, hacerlo de forma libre. Proceso del que no queda trazabilidad, siendo imposible establecer los casos de limitación al profesional de la salud. Así mismo, manifestó que, para la asociación consultada, aún se presentaba desconocimiento en la persona encargada de diligenciar MIPRES, sobre todo en procedimientos adelantados por varios de ellos, ya que no existe claridad sobre a quien corresponde efectuar el

²⁰ Cfr. Informe recibido el 19 de febrero de 2018, en razón a una reconstrucción del expediente que se dio en el año 2018. AZ XIX-M, folios 5849-5858.

²¹ “Se allegaron dos respuestas con solicitud de confidencialidad de los nombres”. Id., folio 5850.

²² La cual no debe superar los veinte minutos, según la Resolución 5261 de 1994

registro en la herramienta, si debe ser uno o deben hacerlo todos, situación que generaría dobles registros.

18. La Defensoría del Pueblo identificó como inconvenientes de MIPRES que (i) las dificultades que tienen los prescriptores para llevar a cabo el trámite a través de la herramienta, termina convirtiéndose en una negación de servicios, especialmente de medicamentos²³; (ii) solo algunos profesionales están capacitados para inscribirse ante el ministerio y realizar los respectivos registros, siendo una preocupación la exigencia respecto a lo que se encuentra o no incluido en el PBS, toda vez que hay coberturas implícitas y no aparecen en ninguna norma; (iii) se induce en error al médico tratante al momento de prescribir a través de MIPRES para enfermedades huérfanas, artritis reumatoide y otros síndromes, por cuanto la herramienta emite un código que en la mayoría de los casos no corresponde a la tecnología indicada por el galeno para su paciente; (iv) las fallas de internet repercuten en la emisión de la orden médica, lo que se traduce en otra dilación para la atención del usuario; (v) se afecta la autonomía médica, toda vez que se obliga al prescriptor a formular lo existente en una base de datos específica, dejando de lado los segundos usos y los tratamientos no registrados en las mismas; (vi) el profesional debe descuidar al paciente para diligenciar el aplicativo y así evitar incurrir en errores; y (vii) a los prescriptores les preocupa que la herramienta sea utilizada para establecer un control del gasto y ello sea penalizado, a pesar de que solo se busca brindar la mejor atención del usuario. Por lo anterior, considera que MIPRES no cumple con lo ordenado por la Corte.

Por último, emitió las siguientes recomendaciones: (i) reconsiderar el diseño del software de MIPRES para evitar su interferencia con los tiempos de atención y relación médico paciente; (ii) autorizar bajo criterio médico cualquier cambio terapéutico que afecte negativamente a los pacientes crónicos y de alto costo que ya tienen tratamientos probados por su eficacia; (iii) permitir que en eventos en los que el profesional tratante no pueda efectuar una corrección al sistema, otro lo pueda hacer; y (iv) que el aplicativo no debe abolir y sí considerar los recursos institucionales de autorregulación y la aproximación por expertos a la discusión de casos y acuerdos clínicos para el mejor tratamiento de grupos de pacientes en particular. Además, la Defensoría solicitó un espacio de discusión técnica con la Sala de Seguimiento para identificar riesgos en derecho sobre el instrumento de la tutela en la implementación de la Ley Estatutaria en Salud.

19. Mediante auto proferido el día 16 de enero de 2018 dentro del seguimiento que se realiza a la orden décima novena²⁴ se elevaron interrogantes a los peritos constitucionales²⁵, relacionados con la implementación de MIPRES.

²³ Se han presentado situaciones en que el médico ingresa al sistema con el código asignado, emite la orden a través del sistema y por cualquier razón se retira algunos días de la consulta habiendo incurrido en algún error, caso en el que ningún otro profesional, así sea par, puede ingresar para corregir el yerro, lo que genera dilación en la entrega del servicio requerido por el usuario.

²⁴ Cfr. AZ XIX-M, folios 5809-5810.

²⁵ Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud –GESTARSALUD-; al Programa Así Vamos en Salud; a la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud –CSR-, a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral –ACEMI-, a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina –ASCOFAME-, al centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad –Dejusticia- y a la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social –FEDESALUD-

20. Así Vamos en Salud²⁶ manifestó que a través de la Resolución 3951 de 2016 se creó una herramienta tendiente a determinar la negación de servicios incluidos en el PBS, para el régimen contributivo y para las entidades territoriales que acogieran dicho acto administrativo e hicieran sus reportes respecto a las poblaciones afiliadas al régimen subsidiado. Sin embargo, sugirió efectuar las gestiones pertinentes para que todas las ET y EPS del RS avanzaran en la adopción de la norma en cita.

21. La CSR²⁷ dio a conocer que al momento de prescribir medicamentos a través de la plataforma, el profesional de la salud se toma mucho tiempo en su diligenciamiento, acción que requiere ser repetida si se trata de varios suministros, por cuanto debe formular de forma independiente cada uno, aumentando el riesgo de cometer errores.

Por lo tanto, manifestó que era imprescindible que la herramienta de prescripción no contara solamente con un listado de medicamentos autorizados en Colombia y por el contrario, ese listado estuviera homologado y para cada principio activo existiera una sola denominación; el cual debería ser dado a conocer al cuerpo de prescriptores como documento anexo de consulta en el aplicativo.

22. De igual forma, señaló como falla del sistema que cuando el paciente es un niño que no ha sido registrado al nacer, no aparece su número de identificación o genera uno errado. Agregó que MIPRES no permite conocer la causa de la negación del servicio, ya que solo registra las prescripciones.

23. A través de auto expedido el 5 de julio de 2018 se ordenó al Ministerio de Salud rendir un informe sobre las medidas adoptadas para dar cumplimiento a los diferentes mandatos. Además, solicitó a la Supersalud y la Defensoría del Pueblo reportar las acciones implementadas para obtener el cumplimiento del mandato vigésimo tercero de la sentencia T-760 de 2008 y de los autos proferidos dentro del seguimiento realizado por la Sala Especial. Así mismo, requirió al ente ministerial para que agregara a los informes las medidas adoptadas, los avances y resultados obtenidos con su implementación, los obstáculos y retrocesos evidenciados en su desarrollo, la forma como los superó y la propuesta de los mecanismos a través de los cuales se remediaría la problemática señalada en la sentencia estructural.

24. En respuesta, el Ministerio de Salud y Protección Social²⁸ dio a conocer los objetivos de la herramienta MIPRES²⁹ y brindó información sobre su implementación en el RS³⁰. Señaló que mediante Resolución 2438 de 2018,

²⁶ Id., folios 5812-5818.

²⁷ Cfr. AZ XIX-M, folios 5819-5825.

²⁸ Cfr. Auto del 5 de julio de 2018, AZ Auto transversal, folios 135-297.

²⁹ (i) Optimizar la oportunidad en la entrega de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC; (ii) garantizar la autonomía de los profesionales de la salud; (iii) conformar las Junta de Profesionales de la Salud para analizar criterios de pertinencia médica de solicitudes de servicios complementarios; (iv) gestionar la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho fundamental a la salud y; (v) permitir la trazabilidad de información y su disponibilidad en tiempo real, desde la prescripción hasta finalizar la etapa de pago.

³⁰ Informó de la expedición de la Resolución 2438 de 2018 que reglamente el aplicativo dentro del Régimen Subsidiado, enunciando como dificultades, entre otras: (i) devoluciones de los pacientes por errores en la

corregida por la 3055 de 2018 se fortaleció la garantía del derecho fundamental a la salud y los mecanismos de acceso regulados por la Ley Estatutaria en Salud, de manera particular el de protección individual, el cual se presta a los usuarios como complemento cuando lo prescrito por el médico tratante haciendo parte del PBS, no es financiado con la UPC, y debe ser tramitado a través de la herramienta para ello dispuesta.

25. Por lo tanto, indicó que el aplicativo MIPRES permite a los profesionales de la salud realizar en forma directa la prescripción y reporte de “*lo no cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC -PBSUPC*” y elimina el trámite del CTC. Adujo además que la implementación de la plataforma en el régimen subsidiado requiere la armonización de los procesos involucrados en el suministro de tecnologías en salud no financiadas por la UPC, así como de los servicios complementarios, esto es, (i) prescripción; (ii) suministro; y (iii) reconocimiento y pago.

26. Adicionalmente, mencionó las ciudades y departamentos en las que, a la fecha del informe, se había adelantado asistencia técnica, que tuvo como objetivo acercar a la entidad territorial con el aplicativo de prescripción, enunciando a Bogotá D.C., Barraquilla, César, Nariño, Chocó, Risaralda, Valle del Cauca, Quindío, Atlántico, Cauca, Caldas, Sucre y Casanare.

Expuso como dificultades en la implementación de MIPRES en el RC las devoluciones a los pacientes por errores en la prescripción médica, situación generadora de grandes problemas en el direccionamiento de los usuarios para recibir el suministro efectivo; la cual se ve contrarrestada con la posibilidad que brinda la norma para que el profesional de la salud solicite la anulación de la prescripción dentro de las 24 horas siguientes a la generación de la misma y que debe ser tramitada por la EPS en un término máximo de 48 horas.

Como segunda adversidad, planteó el incumplimiento de las EPS de reportar a la cartera de salud los datos del suministro, de conformidad con lo establecido en el párrafo 4 del artículo 30 de la Resolución 1885 de 2018, el cual se lleva a cabo a través de un servicio web de acuerdo a lo señalado por la oficina TIC de Minsalud; falla que ha sido mitigada por la ADRES con la implementación de la validación automática en la etapa de pre-radicación de los recobros, que consiste en verificar conforme a su metodología, el reporte de la información de suministro realizado por la entidad recobrante al MSPS frente a la prescripción objeto de recobro/cobro y en caso de que el recobro solicitado no cuente con aquellos datos, el aplicativo no permite su radicación.

De igual forma, la cartera de salud manifestó haber detectado una mala comunicación entre las IPS y los operadores logísticos de medicamentos, debido al inadecuado flujo de información entre estos, que deriva en ineficiencia a la hora de llevar a cabo el suministro a los pacientes.

prescripción médica; (ii) deficiencia en la comprobación del suministro efectivo de los servicios y tecnologías a los usuarios; (iii) mala comunicación con las IPS y operadores logísticos de los medicamentos; (iv) mala información a los usuarios.

Así mismo, refirió que las EPS con el fin de no llevar a cabo la entrega efectiva de los servicios y tecnologías prescritos vía MIPRES han creado términos inexistentes en el trámite o que no existen en la normatividad, tales como “no activación”, “no transado”, “inhabilitado”, entre otros.

Adicionalmente, el ente ministerial adujo que existen problemas de información, ya que, si bien las EPS han implementado canales de comunicación como mensajes de texto, correos electrónicos, servicios *web*, entre otros para darle a conocer a los pacientes la fecha, hora y lugar dónde serán atendidos para el suministro efectivo de lo ordenado por el profesional de la salud, los mismos han resultado poco efectivos, dado que los pacientes refieren desconocer el trámite de su direccionamiento. Lo anterior, se traduce en usuarios que ignoran el proceso y por lo tanto no logran el acceso efectivo en los tiempos previstos.

Agregó que en las IPS también se evidencian dificultades dentro de las que resalta la resistencia para llevar a cabo las Juntas de Profesionales de la Salud y cargar oportunamente sus decisiones en el aplicativo MIPRES. Aunado a lo anterior, relató que algunas EPS han reportado cobros por adelantar las juntas mencionadas, contrariando la normatividad vigente³¹.

Como un problema adicional, señaló los errores de cálculo que se presentan entre la dosis día prescrita a un usuario cuando superan las tóxicas indicadas para el medicamento. De igual forma, adujo que los prescriptores vulneran las reglas de seguridad del aplicativo, toda vez que no responden a cabalidad las preguntas allí indicadas o escogen ámbitos de atención que no corresponden a la realidad del paciente, generando, en algunos casos los servicios que deben ir al análisis de la junta no se canalicen en debida forma.

Por lo tanto y con el fin de resolver tal situación, a través de las resoluciones 532 y 5884 de 2017, fue modificada la 3951 de 2016, para precisar algunos requisitos, criterios y actividades del acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud PBS no UPC. Además, el MSPS refirió como un logro, la mejoría en los tiempos de prescripción comparado con el que tomaba el trámite administrativo a través de CTC.

27. La Defensoría del Pueblo³² informó sobre la implementación de la plataforma MIPRES, que para el régimen contributivo registra y reporta las prescripciones de los servicios y/o tecnologías cubiertas por el PBS no UPC, las prestaciones por servicios complementarios y de soporte nutricional y las excepcionales de medicamentos del listado UNIRS³³.

Adujo que para el régimen subsidiado el trámite de lo PBS no UPC continuaba a

³¹ El artículo 25 de la Resolución 1885 de 2018 prohíbe a las IPS cobrar por la conformación y actuación de las Juntas de Profesionales de la Salud.

³² Cfr. Auto del 5 de julio de 2018, folios 101-134.

³³ Uso no indicado en el registro sanitario.

través de los CTC³⁴. Además, estableció que las prestaciones de lo enunciado son competencia de los departamentos y los municipios, por lo que el MSPS expidió la Resolución 1479 de 2015, mediante la cual reguló aspectos generales del procedimiento de cobro y pago de dichos servicios, respetando la autonomía con que cuentan.

Como avances y resultados de la herramienta refirió que permite la trazabilidad de la información, así como su disponibilidad en tiempo real. En cuanto a obstáculos y retrocesos planteó (i) la falta de implementación en el régimen subsidiado; (ii) las dificultades en la comunicación entre los sistemas de información de las EPS y los proveedores de servicios y tecnologías que genera problemas en la entrega de los suministros y tecnologías no PBS; (iii) la baja capacidad institucional de los entes territoriales para definir el prestador de los servicios en el modelo integrado, lo que se traduce en desgastes administrativos, mayores trámites y barreras de acceso al usuario; y (iv) los problemas en el pago de los servicios no PBS en el régimen subsidiado.

Como observaciones expuso las solicitudes y quejas que se generaron por la falta de prestación de los servicios de salud requeridos por los afiliados con ocasión de las deudas de las entidades territoriales frente a quienes brindan el servicio, lo que generó la negación y falta de suministro de los servicios de salud de dicha población.

De igual forma sostuvo que a pesar de que la plataforma MIPRES funciona en debida forma, cuando emite el número o código para que el paciente reclame su prescripción, se genera un problema en la entrega efectiva del mismo, ya que en algunas ocasiones las EPS remiten a los usuarios a las IPS donde no tienen convenio o no hay agenda y para los casos de medicamentos se enfrentan a trabas administrativas que ocasionan su suministro incompleto o la omisión de este.

Sobre las acciones adelantadas por la Supersalud, la Defensoría precisó los trámites llevados a cabo por la entidad, señalando que desde el 1 de abril al 31 de diciembre de 2017 se tramitaron 4.908 quejas relacionadas con la falta de oportunidad en la prestación del servicio de lo PBS no UPC que se prescribe a través de MIPRES³⁵; asimismo, los motivos relacionados con negación de MIPRES con un total de 971 quejas³⁶ y las investigaciones adelantadas contra algunas EPS³⁷. Por lo anterior, dejó ver su preocupación en la agilidad con que el aplicativo avanza en los procesos, ya que se interrumpe de forma considerable la materialización del derecho y ello se deduce del número de quejas impetradas ante la SNS.

³⁴ La Defensoría del Pueblo se refiere en este punto a lo cubierto por el PBS, pero la Corte entiende que lo hace en cuenta a los PBS no UPC.

³⁵ Por falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no PBS 1.107; demora en la autorización de medicamentos no PBS 835; demora en la autorización de insumos no PBS 296 y; negación para la entrega de medicamentos no PBS 276.

³⁶ Como motivos están: negación para la entrega de medicamentos no PBS 276; negación de autorización de medicamentos no PBS 155; negación para la entrega de medicamentos no PBS 93 y; negación de la autorización de insumos no PBS 52.

³⁷ Coomeva EPS; Coosalud; Comfamiliar Cartagena; Medimás y Cafesalud.

28. La Superintendencia Nacional de Salud³⁸ informó que durante el año 2017 en desarrollo de sus funciones de inspección, vigilancia y control se realizaron visitas al 100% de las EPS del régimen contributivo con el objetivo de verificar el estado de la implementación, utilización y gestión de “*servicios no incluidos en el Plan Único de Beneficios*”³⁹ así como el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías vía MIPRES.

Además, mencionó las dificultades identificadas durante la implementación de las condiciones del proceso definidas a través de las resoluciones 3951 de 2016 y 532 de 2017, así: (i) ausencia de diagnósticos relacionados con la prescripción; (ii) formatos de contingencia en situaciones que no aplican; (iii) desactualización de las bases de datos BDUA y Registraduría; (iv) tecnologías en salud no cargadas en la plataforma MIPRES; (v) aumento de tutelas en contra del asegurador y casos en medios de comunicación; (vi) dificultad en la definición de tecnologías MIPRES Vs presentación comercial; (vii) prescripción a través del módulo tutelas de órdenes ya elaboradas; (viii) costo del recurso médico asignado a digitar prescripciones previas; (ix) inoportunidad del proceso de juntas por parte de la IPS; (x) prescripciones anuladas o modificadas después del suministro de la tecnología en salud; y (xi) mínima exigencia sobre los deberes del usuario.

De igual forma, manifestó que de los hallazgos evidenciados corrió traslado a la Delegada de Procesos Administrativos, con el fin de que se iniciaran las investigaciones a que hubiere lugar. Así mismo, que los vigilados debían presentar planes de mejoramiento con el fin de superarlos y evitar su repetición.

Por último, relacionó seis investigaciones administrativas que fueron iniciadas en el año 2017 contra EAPB cuya causa son las tecnologías en salud, en las que se han emitido sanciones por valor de \$3.025.639.700.

29. Con el fin de aumentar el material probatorio dentro de la orden analizada, la Sala Especial profirió auto del 11 de julio de 2018⁴⁰, en el que se decretó la práctica de pruebas para varias de las órdenes emitidas en la sentencia estructural, dentro de las que se encuentra la vigésima tercera, habiendo elevado interrogantes al Ministerio de Salud y Protección Social y a algunos peritos voluntarios.

30. La cartera de salud el 8 de agosto de 2018⁴¹ brindó respuesta a la pregunta 3.38⁴² manifestando que con el propósito de solventar los problemas identificados en el suministro efectivo de las tecnologías emitió la Resolución 1885 de 2018, buscando que las EPS garanticen que los afiliados al sistema, reciben lo ordenado por los profesionales de salud sin necesidad de que terceros expidan autorizaciones administrativas o de pertinencia médica, salvo cuando se trate de tecnologías o servicios complementarios que requieran la aprobación de la Junta de

³⁸ Cfr. Auto 5 de julio de 2018, folios 304-348.

³⁹ Entiéndase PBS no UPC.

⁴⁰ Cfr. AZ XVI-G, folios 2392-2401.

⁴¹ Cfr. AZ XVI-G, folios 2545-2680.

⁴² “¿Qué acciones se han adoptado para superar los problemas de falta de oportunidad o no entrega del reporte por parte de las IPS a las EPS en la prescripción de servicios? Señale los resultados, obstáculos que se presentan y las medidas propuestas”.

Profesionales de la Salud.

De igual forma estableció a las IPS y proveedores de las EPS o EOC, la responsabilidad de garantizar el suministro de las tecnologías prescritas sin trámites adicionales, a través del direccionamiento de los usuarios para su correspondiente atención o entrega. Además, dispuso a las entidades de salud la obligatoriedad de reportar a Minsalud la información relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías de acuerdo con los datos aportados por las IPS.

En cuanto a la pregunta 3.39⁴³ dio a conocer que con anterioridad a la expedición de la Resolución 1885 de 2018 los profesionales de la salud podían de forma excepcional modificar su orden médica, sin tener en cuenta si está ya había sido suministrada. Además, se permitía anular la orden médica por solicitud del prescriptor y el delegado de la IPS era quien la hacía efectiva, trámite en el que tampoco se verificaba si ya había sido dispensada.

Por lo tanto y con el fin de modificar dicho procedimiento, mediante la resolución citada se fijaron reglas para impedir modificaciones a la fórmula emitida, señalando que de manera excepcional se podrá solicitar la anulación de la misma por quien la profirió dentro de las 24 horas siguientes a la prescripción inicial. Anulación que será gestionada por la EPS en un término máximo de 48 horas, la cual no procederá en caso de que el suministro efectivo se haya llevado a cabo.

Sobre los interrogantes 3.40 y 3.41⁴⁴ indicó que la Resolución 1885 de 2018 estableció que cuando se trate de prescripciones de productos nutricionales para los pacientes con enfermedades huérfanas, raras, ultra huérfanas y olvidadas, pacientes con VIH, cáncer en cuidado paliativo y pacientes con enfermedad renal crónica no será necesaria aprobación por la Junta de Profesionales de la Salud.

Respecto del suministro efectivo, se fijaron los términos específicos en los que las EPS o EOC deberían garantizar la disponibilidad de lo ordenado por el profesional de la salud tratante, es por ello que para los servicios prescritos en (i) el ámbito ambulatorio no priorizado, la entrega debe hacerse dentro de los 5 días calendarios siguientes a la fecha de prescripción; (ii) el ámbito ambulatorio priorizado dentro de las 24 horas después de emitida la orden médica; y (iii) en atención hospitalaria con internación domiciliaria o de urgencias en un tiempo máximo de 24 horas.

Así mismo, se allegó respuesta para la pregunta 3.43⁴⁵ en la que se enumeraron las dificultades presentadas en el régimen contributivo, las cuales son semejantes a las remitidas con ocasión del auto proferido por esta Corporación el 5 de julio de 2018⁴⁶.

⁴³ “¿Qué acciones se han desplegado para solucionar los inconvenientes presentados, cuando un médico incurre en un error al momento de hacer la prescripción y no le es posible corregirla?”.

⁴⁴ “¿Qué acciones se han desplegado tendientes a establecer de manera certera y precisa la oportunidad de entrega de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios?”.

⁴⁵ “¿Cuáles son los inconvenientes presentados en el uso del aplicativo MIPRES y qué acciones se han implementado para superarlo?”.

⁴⁶ Ver numeral 12 de esta providencia.

31. A través de auto 668 de 2018⁴⁷ la Sala de Seguimiento con el propósito de avanzar en la superación de las barreras existentes dentro del sistema de salud, convocó a audiencia pública en la que se abarcaron tres ejes temáticos, entre los cuales uno estaba relacionado con acceso en salud⁴⁸. Por lo anterior, el 6 de diciembre de 2018 se llevó a cabo la audiencia con la asistencia del Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo, la Adres⁴⁹, varios peritos constitucionales voluntarios, grupos de apoyo, académicos y expertos internacionales.

Los expositores plantearon que, si bien con la implementación de MIPRES se agilizó el proceso de autorización, aún seguían presentándose demoras en los suministros⁵⁰ de los servicios y tecnologías, con el agravante que mediante la utilización de la herramienta no se reconocían negaciones de servicios por parte del ente ministerial, sino que se calificaban como inoportunidades en la atención.

De igual forma se dio a conocer que con la entrada en vigencia de MIPRES se eliminó el trámite del CTC, sin haber generado una mejor prestación del servicio de salud, pues el usuario no tiene información clara sobre el procedimiento que debe adelantar después de la prescripción⁵¹. Así mismo, y en torno a las Juntas de Profesionales en Salud, los intervinientes señalaron que se presentan demoras para llevar a cabo las mismas⁵².

Por su parte, el ente ministerial informó la función del aplicativo dentro del sistema, señalando en cuanto al Régimen Subsidiado que a partir del primero de enero de 2019 las entidades territoriales como ordenadoras del gasto de los servicios y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC, podrían tener como medio para las prescripciones a MIPRES⁵³.

En torno a las barreras que deben superar los usuarios del SGSSS al momento de acceder a los servicios y tecnologías no financiadas por la UPC, la Defensoría del Pueblo expuso las siguientes: (i) inoportunidad en la entrega de las tecnologías; (ii) falta de claridad en la información suministrada al usuario respecto al trámite a seguir después de emitido el Mipres; e (iii) incumplimiento de las EPS del deber de informar al usuario el sitio de entrega de las tecnologías en salud.

La Procuraduría General de la Nación reconoció como un avance en materia de salud la implementación de la herramienta “Mi Prescripción”, sin dejar de mencionar las falencias que presentaba y que se convirtieron en barreras de acceso, las cuales se evidenciaron en las acciones de tutela presentadas ante los jueces de instancia y las quejas radicadas ante la entidad y la Supersalud.

⁴⁷ Proferido el 10 de octubre de 2018.

⁴⁸ Del que hace parte la orden vigésima tercera.

⁴⁹ Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁵⁰ Escrito del 12 de diciembre de 2018 por la Defensoría Pública.

⁵¹ Id.

⁵² Documento allegado por la Asociación de Pacientes de Alto Costo el 11 de diciembre de 2018.

⁵³ Escrito del MSPS del 11 de diciembre de 2018. AZ-Audiencia Pública.

Por su parte la Universidad Nacional indicó que el modelo implementado para la prescripción directa generó obstáculos para el goce efectivo del derecho fundamental⁵⁴.

32. Por último, la Asociación Pacientes Alto Costo dio a conocer como uno de los problemas del aplicativo, que el listado UNIRS no es tan dinámico como debería y ello generaba barreras para el acceso del paciente a su pretensión sin dilación alguna; situación que también se daba al momento de buscar tecnologías en MIPRES, por no hallarse en la lista todas las requeridas por los profesionales de la salud, siendo necesario realizar la prescripción de forma manual, imponiendo a los pacientes la responsabilidad de llevar la orden a la EPS e iniciar el trámite para obtener la prestación de los servicios⁵⁵.

33. Mediante auto 073 de 2019⁵⁶ la Sala de Seguimiento recopiló la información obtenida durante la audiencia pública, así mismo, ante la persistencia de la problemática que impide la superación de las fallas estructurales identificadas en la sentencia T-760 de 2008 convocó a sesiones técnicas para los mismos ejes temáticos tratados en la audiencia pública.

34. A través de auto del 26 de febrero de 2019 se citó a sesión técnica en el marco del seguimiento de las órdenes 17 y 18⁵⁷ y se interrogó a los participantes sobre la forma que tienen los usuarios de acceder a los servicios o tecnologías excluidas de financiación con recursos públicos de la salud⁵⁸.

35. En respuesta a lo anterior la Asociación de Pacientes de Alto Costo⁵⁹ manifestó de manera puntual que no conocen ningún mecanismo para obtener tales servicios, únicamente la acción de tutela.

36. De igual forma, la Asociación Colombiana de Neurología Infantil⁶⁰ informó desconocer la existencia de un procedimiento legal para la prescripción de servicios que hacen parte de la lista de exclusiones, los cuales son, en muchas ocasiones requeridos por los familiares de los pacientes basados en creencias fuera del contexto científico, ello por la angustia y la desinformación que brindan terceras personas que desconocen el tema.

37. La CSR⁶¹ indicó no tener información ni conocimiento, pero dando su punto de vista, señaló que deben ser las Juntas de Profesionales de la Salud en las que participe el profesional tratante y por lo menos uno de la especialidad respectiva, con base en un informe, la que justifique la inaplicabilidad de la ley en relación con los criterios de exclusión e igualmente las necesidades y riesgos de la vida del

⁵⁴ Lo anterior lo expresó en escrito allegado a esta Corporación el 25 de enero de 2019.

⁵⁵ Pacientes de Alto Costo.

⁵⁶ Cfr. AZ XXIX-C, folios 1090-1094.

⁵⁷ Cfr. AZ XVII-M, folios 5259-5263.

⁵⁸ “¿Existe un mecanismo para que las personas que requieran con necesidad una tecnología o un servicio contenidos en el listado de exclusiones puedan acceder a ellos sin necesidad de acudir a la acción de tutela? En caso afirmativo, explique en qué consiste ese mecanismo y si el mismo ha sido efectivo.”

⁵⁹ Cfr. Informe del 13 de marzo de 2019. AZ XVII-M, folios 5264-5272.

⁶⁰ Cfr. Informe del 15 de marzo de 2019. AZ XVII-M, folios 5273-5275.

⁶¹ Cfr. AZ XVII-M, folios 5276-5285.

paciente si no se recurre a la aplicación de la tecnología que se propone utilizar.

38. Acemi⁶² brindó una respuesta afirmativa, agregando que existe una excepción y es la posibilidad de suministrar una tecnología para un uso no apropiado por el INVIMA a través de MIPRES. Medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.

39. A través de auto del 10 de junio de 2019 se decretaron pruebas para que Minsalud, la Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo absolvieran interrogantes con respecto a la orden que se analiza.

40. La cartera de la salud⁶³ informó que desde el 1º de abril de 2017 todas las prescripciones dentro del régimen contributivo se ejecutan de forma obligatoria por la herramienta MIPRES, allegando los datos estadísticos en torno al número de las que son generadas través de esta plataforma.

Manifestó que MIPRES controla el acceso a los usuarios, técnicamente denominado “*login*”, en los que se lleva a cabo el seguimiento a las causas de no acceso por intento de ingreso fallido; usuario bloqueado y deshabilitado por fallecimiento; intento de recuperación de clave exitosa o fallida y cambio de contraseña, reportando así mismo el número de transacciones por novedad de ingreso por trimestre.

Indicó en cuanto a los medicamentos que no logran ser ubicados dentro de la herramienta por los galenos, que en muchas ocasiones se ordenan tecnologías PBS UPC; de igual forma sucede con las prescripciones de medicamentos llevadas a cabo por nombre comercial, ignorando la denominación común internacional DCI en las que se presentan los MIPRES, o intentan formular en presentación comercial, cuando según los lineamientos de la Resolución 3311 de 2018 se expresan en la unidad mínima de concentración.

En torno al diligenciamiento del formulario de contingencia, precisó que es un trámite en el que se vincula únicamente al profesional de la salud y se lleva a cabo de forma excepcional, con el fin de solventar casos fortuitos o situaciones puntuales, sin que puedan las EPS negarse a recibir las prescripciones generadas por la imposibilidad de acceso y registro en la herramienta MIPRES. Por lo anterior, indicó que el proceso para el usuario es transparente, continuo y no le implica cargas administrativas de ningún tipo.

Expuso que se llevó a cabo la labor de socialización de la herramienta con diferentes actores del SGSSS de ambos regímenes, algunas presenciales y otras a través de video conferencia, empleando además como medio de comunicación y difusión la página web, acompañamiento y asistencia técnica, la mesa de ayuda de primer y segundo nivel y la plataforma de capacitación autónoma.

⁶² Cfr. Id., folios 5315-5324.

⁶³ Prescripciones 1er trimestre 2017: 406.874; 1er trimestre 2018: 1.256.038; 1er trimestre 2019: 1.280.963.

41. La Defensoría del Pueblo brindó respuesta a lo requerido, informando que entre las dificultades reportadas por las entidades prestadoras de salud, se tienen: (i) las limitaciones de la codificación CIE 10 en la plataforma, ya que no encuentran todos los códigos; (ii) la devolución de prescripciones por no tener indicación INVIMA; (iii) la imposibilidad de corregir el MIPRES; (iv) el trámite del formato de contingencia que dilata la formulación; (v) las diferencias en las presentaciones de moléculas de un mismo medicamento, que en caso de no coincidir hace que deba devolverse la prescripción; (vi) el plazo concedido para la anulación de la formulación que es muy corto y no se logra la misma, quedando los usuarios en muchas ocasiones con doble orden médica y; (vii) la falta de acompañamiento por parte de Minsalud en cuanto a la implementación de la plataforma MIPRES en las IPS, entre otras⁶⁴.

Además, manifestó que según lo establecido por la ADRES⁶⁵, el problema no se presenta en el aplicativo, por cuanto el mismo funciona de manera correcta y que la dificultad se genera cuando las aseguradoras se interponen en el trámite, imponiendo cargas que no están contempladas en el proceso, como la de autorización. Lo anterior, toda vez que la única aprobación requerida es la de la junta médica y para los casos ya establecidos como son (i) medicamentos UNIRS⁶⁶; (ii) prescripción de servicios complementarios; (iii) más de 120 pañales mensuales; y (iv) productos nutricionales ambulatorios para diferentes enfermedades.

42. Respecto a la pregunta sobre la carga asumida por el paciente cuando se debe tramitar el formulario de contingencia y/o anular una orden médica, sostuvo que de las siete IPS que dieron respuesta, tres consideraron que el paciente sí asume cargas y las cuatro restantes dijeron que no.

Sobre este particular, quienes respondieron afirmativamente indicaron como cargas (i) que el paciente corre el riesgo de que lo formulado de acuerdo al vademécum de la IPS no sea lo mismo que está en la factura⁶⁷ y la orden sea devuelta necesitando iniciar nuevamente el proceso, por lo que debe haber un único principio activo independiente de presentación; (ii) aumento en el tiempo de dispensación del servicio, ya que depende del asegurador para generar bien sea una transcripción del formato de contingencia o informar de su anulación; (iii) el usuario no tiene conocimiento técnico para saber si las prescripciones de las tecnologías no UPC son correctas; y (iv) al ser prescritas con inconsistencias, en la mayoría de los casos las EPS envían a los usuarios, quienes asumen la diligencia y tramitología, generando en muchas ocasiones y con el fin de evitar los trámites, que desistan de su derecho fundamental de recibir lo prescrito.

Algunas IPS respondieron que no genera cargas para el paciente, por cuanto el trámite es interno entre la EPS y la IPS y no involucran al mismo. Sin embargo,

⁶⁴ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1458-1462.

⁶⁵ Información recaudada por la Defensoría del Pueblo y remitida a esta Corporación.

⁶⁶ Es una sigla que se deriva del término Uso No Incluido en Registro Sanitario y se otorga a aquellos medicamentos con uso o prescripción excepcional que requieren ser empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.

⁶⁷ Por la gran variedad de moléculas que puede seleccionar el médico.

dos de ellas señalaron que los usuarios manifiestan demoras en las entregas de los medicamentos y en ocasiones exponen que las farmacias por directriz de las EPS no entregan el medicamento cuando el MIPRES no está firmado por el médico, contrariando lo establecido en el Resolución 1885 de 2018, que no contempla este requisito, dificultando así el acceso a los medicamentos.

De igual forma se estableció por otra institución que la carga es asumida por la IPS ya que en ocasiones la EPS no transcribe el formato oportunamente o lo rechaza y no autoriza el servicio. Agregó, que ocurre semejante situación con las anulaciones, pues la carga es asumida por la IPS y esta se refleja en negaciones por la EPS por extemporaneidad.

Adicionalmente, la IPS aseguró que además de los casos presentados con los formatos de contingencia y anulaciones, están los relacionados con los que requieren Junta de Profesionales, ya que los usuarios se acercan a la IPS por remisión de la EPS y son informados de la falta de reporte en el aplicativo de la junta, pero verificada la prescripción, se determina que sí se llevó a cabo quince días atrás, pese a ello la entidad prestadora de salud sostiene que la junta aún se encuentra pendiente por evaluación. Casos evidenciados con una EPS específica y generan demoras en la entrega de las tecnologías PBS no UPC⁶⁸.

Por otro lado y en cuanto al tiempo que debe esperar el usuario, cuatro IPS consideraron que sí hay demoras, dos no contaban con la información de carácter ambulatorio y una no emitió respuesta. Las causas de las dilaciones reportadas fueron (i) desconocimiento de la norma por parte de las áreas administrativas en las EPS que tramitan tecnologías; (ii) falta de autorización por parte de las EPS; (iii) reprocesos por la falta de integración entre el que formula y el aplicativo; (iv) mal diligenciamiento por parte del personal de la salud de las prescripciones; (v) limitación de la autonomía y función médica en casos de formulaciones de marcas comerciales en las tecnologías; (vi) dificultades en la contratación por parte de las EPS a sus proveedores; (vii) exigencia de documentos adicionales al formato MIPRES; y (viii) ausencia de direccionamiento por parte de la EPS por el inicio de operación del módulo de proveedor dispensador, lo que se traduce en demoras para el suministro de la tecnología.

Adicionalmente la Defensoría del Pueblo informó que desde la ADRES se estableció que el paciente no asume ninguna carga cuando el proceso de formulación es adelantado a través del formulario de contingencia, fijado en la Resolución 1885 de 2018, donde se expone que, si la prescripción la realiza el profesional de la salud de una IPS, esta debe garantizar su remisión y el recibo de forma oportuna por la EPS responsable del afiliado, por el medio más expedito, dentro de las 72 horas siguientes.

43. Sobre el tema de la autonomía médica y su limitación o restricción al momento de formular tecnologías a través de MIPRES, añadió que dos de las IPS consideran que no se afecta la misma, mientras que cuatro establecieron lo contrario y una no brindó respuesta. Las que respondieron de manera afirmativa señalaron que (i) el

⁶⁸ No se hizo mención de la EPS.

listado de cada prestación, principalmente en medicamentos, es limitada, el galeno debe estar pendiente que la medicina por formular coincida plenamente con el que tiene el dispensador, (ii) al no brindar el servicio solicitado por el profesional de la salud, en especial para tecnologías o medicamentos comerciales o de marca; (iii) el uso de medicamentos e indicación según guías, no siempre está en MIPRES o en el listado UNIRS, a pesar de tener el soporte científico de uso ante situaciones graves que atenten contra la vida del paciente, entre otros.

Desde lo indicado por la Defensoría, la ADRES adujo que no se afecta la autonomía médica, ya que nadie interviene en el proceso y el profesional cuenta con un amplio listado desde el cual puede seleccionar la tecnología requerida, además tiene acceso a otros mecanismos para solicitar las que no encuentre en el mismo.

44. La Superintendencia Nacional de Salud en respuesta allegada a la Corte⁶⁹, informó sobre las visitas adelantadas a las EPS durante el año 2018 y lo que va corrido de 2019, con el fin de verificar el funcionamiento de MIPRES, señalando que las entidades a las que se acudió fueron: Sanitas, SOS, Coomeva Valle, Salud Total, Sura, Nueva EPS, Medimas, Aliansalud, Famisanar, Cruz Blanca, Coosalud contributivo Guainía y Compensar.

De igual manera, afirmó que a la fecha se encuentra llevando a cabo un seguimiento a las actividades suscritas por los representantes legales de las entidades de salud⁷⁰, sobre los planes de aseguramiento, con el fin de subsanar los hallazgos evidenciados en las auditorias. Además explicó algunos hallazgos de las visitas adelantadas, citando entre otros (i) la falta de soportes de las capacitaciones del aplicativo MIPRES adelantadas a las IPS y a los funcionarios de atención al usuario; (ii) la ausencia de control a los tiempos establecidos en la resolución a las fórmulas realizadas por los médicos tratantes; no se lleva a cabo seguimiento a las causales de devolución de MIPRES y; (iii) tampoco se efectúa control de forma oportuna por parte de la EPS ni la IPS a las prescripciones por MIPRES que requerían junta médica.

45. Habiendo sido recibida la información en cita, esta Corporación mediante auto del 11 de septiembre de 2019, corrió traslado de la documentación a los peritos voluntarios.

46. Gestarsalud⁷¹ en respuesta a los interrogantes elevados manifestó que el ente ministerial ha programado capacitaciones sobre la normatividad expedida para la operación de MIPRES y el funcionamiento de la herramienta, las cuales se han llevado a cabo de forma presencial en las capitales departamentales y a través de las plataformas virtuales⁷², destacó que el rector de la política pública ha dispuesto en la página web contenidos oportunos, didácticos y completos para que cada actor realice sus procesos de autoaprendizaje.

⁶⁹ Cfr. AZ XXIII- D, folios 1463-1469.

⁷⁰ Las que fueron citadas con antelación.

⁷¹ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1521-1525.

⁷² Sin indicar a cuales se refería.

Agregó que algunos profesionales de la salud aún desconocían el proceso de MIPRES, ello a pesar de los esfuerzos realizados desde las EPS para prepararlos. No obstante, reconoció que Minsalud dispuso los espacios para las capacitaciones, la periodicidad y contenido técnicamente suficientes. En cuanto a la mesa de ayuda indicó la difusión del correo electrónico para acceder a esta, así como también un número de Whatsapp para atender preguntas técnicas. Referente a las respuestas que la misma brinda, señaló que los tiempos establecidos no siempre son consistentes, ni dan claridad principalmente cuando de dirimir el responsable del aseguramiento se trata, pero son satisfactorias y concluyentes. Por lo tanto, la entidad consideró la falta de que en algunos casos las respuestas por parte de la mesa de ayuda sean más concretas, precisas y claras.

47. De otro lado, Gestarsalud adujo que la página web de la cartera de salud es actualizada de manera permanente y en ella se encuentra la información necesaria y oportuna sobre la herramienta MIPRES, además cuenta con un *link* exclusivo que contiene la información de la plataforma y todos sus componentes transversales. Así mismo, precisó que tiene lenguaje claro, es amigable y accesible.

Adicionalmente informó que cada año el Ministerio “*expide a través de acto administrativo las tecnologías y servicios que hacen parte del plan de beneficios*”⁷³ siendo responsabilidad de cada entidad y profesional en salud realizar consulta y retroalimentación sobre cambios frente a coberturas, de igual forma se cuenta con Pospopuli que permite aclarar las coberturas sobre determinados servicios o tecnologías.

De igual manera y sobre la formulación de medicamentos por parte de los profesionales de la salud, agregó que en la mayoría de casos esta se lleva a cabo en denominación común internacional, dando cumplimiento a la normatividad vigente. Sin embargo, para moléculas como anticolvusionantes, relajantes musculares periféricos, entre otros, se realiza en presentaciones comerciales aduciendo fallas en la respuesta clínica con medicamentos genéricos. En torno a la autonomía médica de los profesionales, expresó que estos se encuentran prescribiendo las tecnologías y servicios que el usuario acorde a su condición médica requiere, sin haber conocido manifestaciones sobre limitación o restricción para el ejercicio de la misma.

Referente a las autorizaciones que emiten las EPS, indicó que aún se estaban formulando en el departamento de Antioquía, toda vez que no había entrado en operación MIPRES dentro del RS. Así mismo, señaló que los procedimientos de la herramienta estaban siendo controlados por la Supersalud.

Sobre el listado de medicamentos UNIRS, aseguró que los requeridos para los casos de transcripción se han encontrado en la lista y ha podido generarse la solicitud. Además, manifestó que las medicinas halladas dentro de los listados y prescritas a los pacientes, cumplen con evidencia clínica, científica y soporte bibliográfico. Sin embargo, existen moléculas que se quedan por fuera y aún

⁷³ Esta Corporación entiende que se hace referencia a lo financiado con la UPC.

siguen siendo recetadas. Por último, señaló como observaciones generales entre otras, las siguientes (i) existe desconocimiento del aplicativo MIPRES por parte de los profesionales de la salud de las IPS; (ii) los profesionales de la salud formulan en formato de contingencia sin tener en cuenta las cuatro condiciones establecidas normativamente; (iii) se ha identificado incumplimiento de la norma con relación a la conformación de Juntas de Profesionales por parte de la IPS; (iv) hay dificultades con los desarrollos tecnológicos desde los proveedores e IPS que el ministerio solicitó se realizarán, con el fin de descargar la información de la plataforma MIPRES; y (v) la herramienta no genera alerta ni restricción para que a un usuario no se emita la misma prescripción dos veces⁷⁴ en el mismo mes o día.

48. La Asociación Pacientes Alto Costo⁷⁵ sostuvo que de acuerdo a lo conocido por ellos, la capacitación que llevó a cabo el ente ministerial no se dio de forma masiva a todos los médicos, sino a través de un método ilustrativo para mostrar el aplicativo y su funcionamiento y, no de un taller teórico práctico con un computador para cada persona.

Así mismo, señaló que conforme al dicho de algunas IPS, las capacitaciones a los profesionales de la salud que manipulan la herramienta, no se están llevando a cabo de forma periódica, pese a haber sido requeridas ante la cartera de salud, quien indicó no contar con recurso humano disponible para brindarlas. No obstante, en la página web de Minsalud se encuentra de forma virtual toda la información para acceder a esta como auto estudio para que cada persona se capacite, señalando que desde su experiencia la herramienta no es fácil y genera dudas sin resolver, ya que no se cuenta con centro de ayuda virtual inmediata, sino por el conmutador del MSPS, en el cual no responden de forma rápida.

Adicionalmente, indicó que para médicos especialistas que requieren prescribir pocas tecnologías de salud vía MIPRES es fácil la tarea, cosa que no ocurre respecto a los generales, internistas, familiares que manejan muchas más tecnologías por este medio, cuya labor representa mayor dificultad ocasionando que en reiteradas ocasiones no formulen a través de la misma. En cuanto a prescripción de servicios complementarios e insumos, los galenos argumentan que son difíciles de encontrar y se reportó por una IPS de tercer nivel que no han logrado registrar el servicio de ambulancia y de hospital en casa, generándoles problemas para poder recobrar. Aseguró no saber de la existencia de la mesa de ayuda y haber conocido desde el dicho de dos EPS que sí existe pero que la respuesta se brinda en un término de una semana, pudiendo concluir que no es un auxilio eficiente.

Por otro lado y en lo concerniente a las dificultades presentadas en la prescripción por los profesionales de la salud, manifestó que muchas IPS tienen software de formulación programado con las tecnologías del POS, lo que les permite ordenar directamente, haciéndose presentes los problemas en las IPS, quienes no cuentan con este programa y prescriben de forma manual o sin aplicativo, ya que si el médico no sabe si es “POS o NO POS” y no puede o no quiere consultar, formula

⁷⁴ Se refiere a que se emite la misma orden, dos veces.

⁷⁵ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1514-1520.

manualmente y no utiliza MIPRES. Refiere además que el acceso a internet en muchas IPS es precario o no se cuenta con él, situación que se repite en las zonas rurales, e impide se realicen las consultas sobre la herramienta.

De igual forma adujo que las prescripciones se llevan a cabo en la mayoría de los casos en la denominación común internacional y de manera excepcional algunos especialistas la realizan por marca determinada, pero cuando los pacientes van a recogerla y les entregan el genérico, se niegan a recibirlo acudiendo en muchas ocasiones a la acción de tutela, que no es objetada por la EPS; situación que aumenta los costos en el suministro de medicamentos innecesariamente. Por lo dicho, concluye que las EPS deben autorizar el medicamento DCI con el que cuenten en la despensa y no dar productos de marca.

Sobre la autonomía médica manifestó no haber recibido quejas referentes al tema, las cuales, sí se han presentado en la formulación de los días de tratamiento versus el número total de tabletas de acuerdo a la dosis establecida por los errores cometidos por los profesionales que formulan, constituyéndose en una razón suficiente para no entregar el medicamento, haciendo que el paciente deba regresar a donde su prescriptor y se corrija el error. Similar situación se da cuando la presentación comercial no se adecua al establecido por el médico tratante⁷⁶, lo que genera que el usuario nuevamente deba volver al consultorio⁷⁷. Lo anterior, hace necesario que el INVIMA obligue a la estandarización de las presentaciones comerciales.

Afirma que una de las principales barreras administrativas es la demora en la entrega de la autorización por parte de la EPS, siendo en muchas ocasiones una tardanza de cinco, diez o veinte días, bajo el argumento de estar cotizando la tecnología o servicio porque no lo tenía el proveedor; la que en ocasiones es ubicada fuera de la ciudad, generando al paciente la obligación de realizar trámites para autorización de viáticos y desplazamiento para acceder al mismo.

Lo anterior se exagera cuando por parametrización deben remitir algunas tecnologías, insumos o servicios a las Juntas de Profesionales en Salud, ya que muchas IPS no están pendientes de las mismas y a pesar de que la norma impone como tiempo límite para que la junta cumpla con el trámite un término de 72 horas o de lo contrario tecnología quedará autorizada, no ocurre en realidad, toda vez que ningún servicio se aprueba sin el pronunciamiento de la junta. Situación que se vuelve aún más crítica cuando no hay internet y se usa el formulario de contingencia, el cual debe ser tramitado por la IPS ante la EPS y es una carga trasladada al paciente, quien tiene que ir de la entidad a la institución para ver dónde está su fórmula. Sobre la función desempeñada por la Supersalud manifestó que es insuficiente y poco efectiva, ya que a pesar de las múltiples quejas radicadas no se tiene conocimiento de la apertura de investigaciones, habiéndose cuestionado tal situación, sin recibir respuesta alguna a dichos interrogantes.

⁷⁶ Por ejemplo el médico ordena 60 capsulas y la caja viene por 28, no le entregan dos y no le ajustan la cantidad por estar prohibido.

⁷⁷ Situación que también se da en medicamentos UPC.

En cuanto a la existencia de los UNIRS en el sistema, indicó que los más comunes se encuentran en MIPRES, pero algunos adicionales requeridos en ocasiones por los pacientes no, quienes deben acudir a la vía de tutela para poder acceder a ese uso fuera del registro sanitario, ya que tienen información que este es el medio por el cual se evita la glosa en las cuentas de la ADRES.

49. Por su parte ACEMI⁷⁸ manifestó que atendiendo al carácter limitado de los recursos financieros del sistema de salud y la demanda creciente de servicios sanitarios derivados de la continua incorporación tecnológica, es necesario aplicar alguna forma de racionamiento, como los criterios de exclusión establecidos desde la Ley Estatutaria en Salud, los cuales son obligatorios para todos.

Adicionalmente, señaló que la función de las exclusiones, es aclarar y precisar de manera definitiva aquellas tecnologías que no deben ser pagadas con los recursos de la salud. Por lo tanto, este entendimiento de las exclusiones se debe reflejar en el alcance del aplicativo MIPRES. A su vez, sobre las capacitaciones impartidas a los profesionales de la salud encargados del manejo de la herramienta, indicó que en la página web de Minsalud se encuentra publicado un breve abecé sobre MIPRES y la página del Sispro también cuenta con un micrositio “*Todo sobre MIPRES*” que contiene normatividad, documentos técnicos, las versiones de la plataforma, con información y ayudas audiovisuales que direccionan al canal de YouTube del Ministerio.

En relación con las dificultades que se presentan con el aplicativo, enunció (i) la justificación inadecuada; (ii) los contratiempos con vía de administración; y (iii) el formato de contingencia con información incompleta. Agregó que teniendo en cuenta que la prescripción de medicamentos es el mayor uso en la formulación MIPRES, debería pensarse en un programa que disminuya la problemática, garantizando la seguridad y efectividad para el paciente.

Sobre la mesa de ayuda refirió que de lo informado por varias EPS, se conoció que no siempre se brinda respuesta oportuna a los requerimientos. Agregó que la misma cuenta con dos canales, uno por línea telefónica y el otro es correo electrónico, teniendo el primero un bajo nivel de resolutivez debiendo acudir al segundo, a través del cual en ocasiones la respuesta es remitida varios meses después. Así mismo, se estableció que el administrador de la plataforma a veces realiza ajustes en horarios de alto tráfico, lo cual afecta la prestación del servicio al no poder llevar a cabo las validaciones en la página, ocasionando la devolución por parte de los proveedores de los usuarios a la EPS, a quienes no se les suministra el insumo porque no pueden ingresar la dispensación a la plataforma.

Respecto de la forma de prescribir, afirmó que de lo manifestado por varias EPS, esta se lleva a cabo en denominación común internacional DCI. Sin embargo, dichas EPS aclararon que en ocasiones es necesario ordenar una marca determinada por el estrecho margen terapéutico, reacciones adversas o contraindicaciones. Así mismo, indicó que la plataforma MIPRES no exige la formulación de medicamentos con la concentración más baja y brinda diferentes

⁷⁸ Cfr., AZ XXIII-D, folios 1526-1533.

opciones de concentración mínima, lo que genera confusiones en los prescriptores y consecuentemente, límites de los pacientes en el acceso a las tecnologías en salud.

Agregó que de acuerdo a la norma, la EPS debe adelantar una serie de validaciones posteriores al diligenciamiento del formato en el aplicativo por parte del profesional de la salud. Por lo tanto, la entidad entrega un resultado de ese procedimiento al paciente y así pueda reclamar el medicamento, ello con el fin de garantizar la correcta formulación y direccionamiento al prestador que lo suministra, sin la necesidad de la autorización en físico para acceder a los servicios, la cual se emite a través de servicios web con algunos prestadores, dándole a conocer al usuario por medio de mensaje de texto.

Adicionalmente adujo que la autorización NAP⁷⁹ permite llevar un control a la duplicidad, generar información de seguimiento en resultados médicos a los usuarios, entre otras, es decir, esta revisión es la que garantiza la seguridad del paciente y la adecuada destinación de los recursos del sistema. Sobre la actividad desempeñada por la Supersalud, mostro la necesidad de una participación más activa para la vigilancia de los prestadores de servicios de salud y los prescriptores que no cumplan con las responsabilidades definidas en las normas. Además, estimó que se requiere de un mayor trabajo en equipo, tanto por quienes utilizan la aplicación, como por las entidades de dirección, inspección, vigilancia y control; a efectos de mejorar el proceso de prescripción de la plataforma.

En torno a los medicamentos incluidos en el listado UNIRS, afirmó de la existencia de algunos que a pesar de hacer parte de tal listado tienen un uso indicado para adultos y no para niños, especialmente en tratamiento de cáncer, siendo imposible su prescripción, situación en la que la EPS se ve obligada a suministrarlo vía tutela, generando que la ADRES pueda negar el recobro presentado. Por lo anterior, considera necesario que Minsalud disponga, mientras dichos medicamentos ingresen al listado UNIRS, que el médico tratante pueda ordenarlos vía MIPRES y las EPS puedan acceder al recobro cuando sean entregados en cumplimiento de un fallo de tutela.

50. El Observatorio Así Vamos en Salud⁸⁰, en informe del 30 de septiembre de 2019, manifestó que través de un trabajo de campo⁸¹ conoció de las capacitaciones realizadas al momento de implementar la herramienta MIPRES, respecto de las cuales concluyó que no lograron generar las competencias necesarias para manejarla y resolver las dudas presentadas. En torno a la mesa de ayuda el Observatorio indicó que no suele ser muy resolutive, ya que no es funcional al momento de solucionar las dudas, toma mucho tiempo en aclarar las inquietudes y acceder a ella se constituye una barrera de acceso, ocasionando que algunos profesionales prefieran pedir ayuda a sus colegas. Por lo anterior, sugiere implementar un seguimiento técnico a la mesa desde las entidades prestadoras de salud y actores del sistema, así como un plan de gestión y desarrollo para su

⁷⁹ Número de autorización provisional.

⁸⁰ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1534-1555.

⁸¹ Se llevó a cabo una breve encuesta aleatoria con 24 profesionales de la salud de diferentes áreas.

funcionalidad, es decir, que la mesa debería estar conectada en tiempo real con los prescriptores para así garantizar su respuesta oportuna.

Adicionalmente, refirió que muchos de los profesionales indicaron no tener claridad de los listados de tecnologías PBS, lo que se traduce en una barrera de acceso al derecho a la salud para el usuario del sistema. Por lo tanto, recomienda crear un manual técnico que permita a los prescriptores determinar las tecnologías en salud “*incluidas en el PBS*”. Añadió que de las encuestas realizadas obtuvo que el 95.7% de las órdenes emitidas referente a medicamentos se hace en denominación común internacional y no con el nombre comercial. De igual forma, indicó que en muchas ocasiones la plataforma tiene problemas con el listado de medicamentos⁸² lo que constituye otra barrera de acceso.

Respecto de la autonomía médica⁸³ estableció que el programa de prescripciones no la afecta y contrario a ello, MIPRES permite a los profesionales conservar su criterio técnico. No obstante, de los interrogantes elevados conoció que el 65,2% afirmó que la condición impuesta por la plataforma de realizar la orden médica con la dosis más baja sí afecta su autonomía en los casos en que se presenta una restricción en la concentración de los medicamentos, lo que impide llegar a las dosis terapéuticas necesarias, en especial cuando los pacientes requieren de una más alta por su estado de salud.

En torno a las autorizaciones NAP agregó que ya no son tan recurrentes y señaló que de los profesionales encuestados solo el 26,1% respondieron que sí se emiten las mismas a pesar de la implementación de la herramienta, las cuales se presumen generadas por fallas en la plataforma “Mi prescripción” y falta de capacitación a los actores involucrados. Así Vamos en Salud considera que se trata de una tramitología innecesaria, siendo preocupante que algunas EPS sigan utilizando las autorizaciones NAP dentro de las prescripciones, lo cual es generado por (i) confusión en el uso de MIPRES; (ii) desconocimiento de los procesos administrativos exigidos por el sistema; y (iii) falta de articulación entre los actores que utilizan y diseñan MIPRES.

Sobre la labor desempeñada por la Superintendencia de Salud y de acuerdo a lo verificado con los encuestados, el 73,9% considera que su función no es suficiente ni idónea, sugiriendo que se lleve a cabo una sesión de trabajo con MSPS, la Supersalud y el equipo de MIPRES para instituir estrategias de seguimiento cuantificables para así evidenciar los problemas del sistema.

Por último, sobre el listado UNIRS y su uso por los profesionales de la salud, señaló que el 39,1% de los encuestados afirmaron no tener conocimiento del mismo. Acto seguido analizó el registro de moléculas con soporte clínico, científico y bibliográfico para el manejo de las patologías, donde el 69,6% de los interrogados aducen que el listado no se encuentra completo. Como impedimentos se concluyeron la (i) falta de moléculas nuevas y de medicamentos biológicos; (ii) falta de información sobre actualizaciones del listado; (iii) falta de fórmulas

⁸² Por ejemplo algunos están duplicados.

⁸³ La cual se construye desde los principios de autorregulación y la búsqueda de bienestar social. Ley 1164 de 2001.

nutricionales; (iv) medicamentos en el campo internacional y en Colombia todavía no han llegado o que los procesos dentro del INVIMA son muy largos; y (v) medicamentos para patologías huérfanas, estos fármacos tienen evidencia clínica pero no resguardo del INVIMA.

51. La CSR y Fedesalud⁸⁴ allegaron sus respuestas en un solo documento, dando a conocer que de cuatro médicos especialistas consultados, solo uno señaló haber recibido algún tipo de capacitación, los demás refirieron lo contrario. Así mismo, aseguraron que esas formaciones no se programan de manera periódica ni obligatoria para los médicos, por lo que la puesta en marcha de MIPRES es de nuevo una experiencia aprendida a partir del voz a voz con otros colegas, generando retraso en los tratamientos médicos para los pacientes.

Aunado a lo anterior, los galenos consultados desconocen la mesa de ayuda, manifestando que la herramienta no es muy amigable cuando se presentan problemas, por lo que deben realizar formularios de contingencia y luego no existe una asesoría rápida disponible en línea para casos de difícil acceso a la plataforma. Respecto a la claridad en las tecnologías en salud incluidas en el PBS, aseguraron las entidades que los prescriptores solo cuentan con la constante actualización autónoma a partir de educación continuada, por cuanto no existen herramientas desde el Gobierno o del aplicativo que permitan evaluar si la tecnología en salud cumple efectivamente con los requisitos para su formulación. Lo anterior implica que su diligenciamiento pueda verse retrasado mientras se consultan los registros INVIMA, pues el tiempo con el que se cuenta para la atención es limitado.

De otro lado, se informó por uno de los profesionales consultados que no había sido afectado por la imposición de MIPRES en cuanto a los medicamentos en concentraciones bajas, toda vez que la mayoría requieren de una titulación gradual. Los demás manifestaron que el ajuste individual del medicamento es complejo, pues la existencia de la herramienta y la clasificación entre tratamientos MIPRES y no MIPRES limitan la autonomía médica, más aún sin comprender las razones por las cuales los medicamentos pertenecen a un listado o al otro, lo que constituye una vulneración a su independencia.

Sobre los UNIRS informaron no haber tenido inconveniente en la prescripción de los mismos, ya que los requeridos hacen parte del listado, pero han conocido algunos testimonios de sus colegas que dan cuenta de la imposibilidad de prescribir medicamentos por falta de inclusión de la molécula, a pesar de estar autorizados por el INVIMA.

52. La Universidad Nacional de Colombia⁸⁵ remitió la información que sobre el aplicativo MIPRES ha recaudado por una candidata a Doctora en Salud Pública⁸⁶. Manifestó que la implementación de MIPRES no se reduce al hecho de su funcionamiento en línea, sino a su disponibilidad y buena conexión en los lugares que sea conocida, accesible, usable, con información suficiente, clara y adecuada,

⁸⁴ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1534-1555.

⁸⁵ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1599-1607.

⁸⁶ Sandra Milena Agudelo Londoño.

esto es, con lenguajes que contribuyan a facilitar el proceso médico y no a complejizarlo.

Adujo además que ni siquiera en Bogotá el proceso ha sido unificado, ello pese a las sucesivas y crecientes normas que lo reglamentan. Así mismo, agregó que la escalabilidad de la plataforma se debe a que el dispositivo funciona en línea y cualquier persona puede acceder a él, pero la mayoría de sus procesos, como la inscripción en el registro único de talento humano –RETHUS-, la comprensión de PBS –PBS y no PBS-, la tecnología o medicamento del listado UNIRS, los vitales no disponibles etc. hacen del proceso uno profundamente complicado para los profesionales de la salud.

Justamente señaló, que si bien las instituciones de regulación y control afirman en sus informes que en términos técnicos y funcionales MIPRES no es problemático o limitante en la garantía del derecho a la salud, los datos de la tesis demostraron que la herramienta sí actúa como barrera psicológica y virtual disuasoria para la prescripción de tecnologías en salud en el marco del ejercicio pleno del derecho, particularmente en tres formas específicas (i) de conectividad; (ii) de contenido; y (iii) de usabilidad.

En relación con las capacitaciones, informó que algunos profesionales manifestaron no haber participado formalmente en ninguna y los que sí lo habían hecho, tuvieron solo una sesión con el MSPS, la cual se dio de forma general sobre el registro y las lógicas globales de formulación, de modo que la misma no resolvió las dificultades particulares del proceso. También indicó que en ocasiones son los laboratorios quienes cumplen con acompañamiento a los profesionales, ya que crearon cartillas y folletos explicativos y los ayudan por mensajería interna o correo, acuden a sus consultorios, pero en la mayoría de las ocasiones esto está acompañado del incentivo para la formulación de sus propias moléculas y productos de interés.

Agregó que los médicos han creado videos de YouTube, tutoriales o ayudas por chats de WhatsApp para estar al tanto de los cambios y de los posibles problemas de la plataforma. Además, informó que algunas instituciones, sobre todo las grandes han creado mesas de ayuda internas y tienen mecanismos específicos de apoyo a los galenos por piso, siendo esta una iniciativa propia de los profesionales asistenciales, administrativos y de las entidades. Desde el estudio se conocieron tres olas de capacitaciones realizadas por Minsalud en relación con los lanzamientos que ha tenido la plataforma, la primera a mediados-finales de 2016 con las instituciones piloto; la segunda en 2017 con el lanzamiento y uso obligatorio nacional y; la tercera en instituciones públicas del país en 2018.

En cuanto a uso de métodos alternos cuando hay problemas, adujo que todos conocen los MIPRES de contingencia y son las mismas instituciones las encargadas de capacitarlos y acompañarlos en este proceso. Al respecto indicó que se hizo evidente la gran carga administrativa que el MIPRES y todos los nuevos procesos han traído en las IPS y EPS. No obstante, expuso que los profesionales se han ido adaptando, ya que la plataforma es relativamente fácil de usar y los

sistemas de información les han permitido aprender a navegar por esta, ello pese a que el acompañamiento del Ministerio de Salud no ha sido tan cercano.

Sobre la mesa de ayuda informó que en general los médicos no la conocen y quienes recurren a ella son más los administrativos o líderes del proceso en las organizaciones. Manifestó que ha sido clara y suficiente para resolver gestiones administrativas, pero casos especiales como los UNIRS no ha respondido bien, por cuanto brinda respuestas demoradas tendientes a dilatar aún más los procesos.

Adujo que los prescriptores no fueron formados para comprender las lógicas del sistema de salud, pues se encuentran con uno que ha mutado y los planes han cambiado recientemente, las tecnologías entran y salen de los paquetes y sistemas de información institucionales que no se actualizan con la misma velocidad. En ese sentido, quienes conocen utilizan “POS Populi” para estar seguros de sus decisiones, los demás aprenden por error. Además, consideró que la dinámica de PBS no PBS no es muy clara y son las instituciones quienes buscan evitar el error y capacitar a sus médicos.

Referente a la prescripción de los UNIRS o enfermedades huérfanas, señaló que no gozan de ningún activador en el sistema que les permita reconocerlos, enterándose de que pertenecen a estos grupos cuando ya ha pasado la primera fase de la prescripción, por lo tanto, tener un aviso especial al comienzo de la formulación facilitaría su detección. Así mismo, en torno a la forma de prescribir indicó que la única opción de hacerlo es la DCI, habiendo muchas instituciones con su vademécum homologado con este requisito para evitar conflictos en ellas.

En relación con la prescripción con concentración más baja, estableció la falta de claridad sobre ello de algunos de los profesionales y afirmó que en aquellos que ya recibieron la indicación, se ha generado inconvenientes para la continuación del tratamiento; por cuanto las EPS devuelven los medicamentos que no cumplen las dosis bajas, y los médicos argumentan el haber surtido el proceso terapéutico y que la dosis indicada es la necesaria.

Refirió la entidad académica que desafortunadamente a la fecha se siguen emitiendo autorizaciones NAP y persiste como una gran limitación del proceso que ha devenido en estrategia de las IPS para prescribir aun perdiendo recursos o, para no hacerlo lo que afecta la calidad de la atención. Si bien es cierto ahora existe un nuevo módulo de dispensación, muchas EPS no se han adherido a este y es difícil para las IPS generar la descarga de los servicios que no se asignaron por parte de las EPS.

Sobre la función de la Supersalud manifestó que muchos profesionales desconocen la misma, existe una percepción de ausencia de protección estatal, estableciendo que hay vacíos normativos e interpretaciones divergentes, sin resonancia de las instancias de control para resolver estos problemas. Agregó, en cuanto a los pacientes que estos claman por una labor más certera de la entidad.

Referente al listado UNIRS, comentó de su limitación y de la ausencia de la totalidad de las moléculas requeridas, cita a modo de ejemplo la solicitud elevada por un hospital de alto nivel para la inclusión de más de 40 moléculas en el listado con fuerte evidencia científica y que aún no han sido incluidas. Pese a ello la institución ha debido ordenarlas ya que prima la vida y la salud del paciente, siendo una gran pérdida de dinero para la misma y se pregunta si teniendo el suficiente soporte académico y dado que son instituciones acreditadas no pudieran ellas presentar propuestas de inclusión de medicamentos en los listados UNIRS.

Concluye la Universidad Nacional que el mecanismo MIPRES es solo una parte del complejo sistema de decisión y provisión de tecnologías y medicamentos no incluidos en el PBS. De acuerdo a lo establecido en la LES solo cabría la definición del derecho por la vía de las exclusiones explícitas, pero el Gobierno Nacional insiste en mantener el PBS explícito atado al valor de la UPC que se entrega a la EPS por afiliado. Señaló que la ADRES no habría necesidad de esa intermediación financiera.

53. La Superintendencia Nacional de Salud⁸⁷ allegó el informe trimestral de la orden que se analiza, en la que manifestó haber llevado a cabo requerimiento a las EPS del RS solicitando información con las resoluciones 2438 de 2018 y 5871 de 2018, quienes informaron que el 75% se encuentra en proceso de implementación de la plataforma MIPRES. Por lo tanto, se seguirá realizando seguimiento a la prestación de los servicios de salud. De igual forma, añadió que fueron requeridas las EPS que no reportaron información por la plataforma PISIS del ente ministerial y una vez recibido lo peticionado se determinara la procedencia de trasladar para la apertura de investigación administrativa.

Referente a la omisión de reporte por parte de las EPS de lo relacionado con servicios negados y servicios o tramitados por el CTC, indicó que requirió a las mismas y una vez analizados los soportes remitidos y cumplidas las fechas de reporte se determinará la conducta de acuerdo al resultado de aquellas y a las funciones de la entidad.

54. Asimismo, la SNS en informe del 29 de octubre de 2019⁸⁸ indicó haber realizado requerimiento a las EPS del RS solicitando información relacionada entre otros temas, con el avance e implementación de las resoluciones 2438 y 5871 de 2018, concluyendo de las respuestas recibidas, que el 75% de las EPS se encontraban en proceso de implementación de la plataforma MIPRES, remitiendo datos del desarrollo de consumo del web *service* del Ministerio, agregó que continuará con el seguimiento a la prestación de los servicios de salud a través de la plataforma.

Agregó haber requerido a las EPS que no reportaron información en la plataforma PISIS del Sistema de Información de Protección Social SISPRO para los trimestres: 3, 4 de 2018 y 1, 2 de 2019, procedimiento que a la fecha de entrega del documento, aún se encontraba en trámite y que proseguiría con el análisis de

⁸⁷ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1563-1597.

⁸⁸ Cfr. Id., 1641-1652.

las respuestas una vez fueran recibidas para determinar la procedencia de trasladar para la apertura de la investigación administrativa. De igual forma, remitió el *link* de la publicación en la página web de la Supersalud de las EPS que no reportaron información a la plataforma PISIS de Minsalud de conformidad con la orden dada por la Corte.

Por último, preciso haber iniciado 18 procesos administrativos sancionatorios por presuntas infracciones relacionadas con los temas inmersos dentro del concepto “tecnologías en salud”, habiéndose proferido una sanción por valor de \$4.968.696.00 m/cte.

55. En el informe correspondiente al tercer trimestre⁸⁹ reportó como novedad que en el tercer trimestre de 2019 identificó que treinta y tres EPS no habían efectuado el reporte de información concerniente a los servicios y tecnologías solicitadas por sus usuarios a través de la plataforma PISIS de la cartera de salud, por lo tanto, procedieron a llevar a cabo requerimiento, al que seis de las entidades no dieron respuesta, por lo que corrieron traslado ante la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos para que establezca la viabilidad de iniciar investigación administrativa. Agregó que se encuentran en análisis de las respuestas emitidas por las restantes veintiún EPS, con el fin de tomar la medida administrativa pertinente.

Adicionalmente, informó haber iniciado cuarenta y tres procesos administrativos sancionatorios por presuntas infracciones relacionadas con el término “tecnologías en salud” y se profirieron veintiséis sanciones por valor total de \$8.151.299.552 m/cte.

II. CONSIDERACIONES DE DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

Competencia

1. En virtud de las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del 1° de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política; y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991⁹⁰, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

Metodología de la valoración

2. La Corte evaluará por segunda ocasión el grado de cumplimiento de la orden vigésima tercera emitida en la sentencia T-760 de 2008, así como el auto 001 de

⁸⁹ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1653-1658.

⁹⁰ “Artículo 27. Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora.”

Si no lo hiciere dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél. Pasadas otras cuarenta y ocho horas, ordenará abrir proceso contra el superior que no hubiere procedido conforme a lo ordenado y adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia.

Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad penal del funcionario en su caso.

En todo caso, el juez establecerá los demás efectos del fallo para el caso concreto y mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza.”

2017, en atención a los niveles de cumplimiento que se han establecido paulatinamente a partir del auto 411 de 2015⁹¹, con fundamento en el acervo documental que reposa en el expediente y en las intervenciones de las demás entidades adscritas al trámite de supervisión.

3. Para tales efectos, la Sala verificará la creación e implementación de un trámite interno que permita a los profesionales de la salud prescribir de forma directa los medicamentos y tecnologías excluidos del antiguo POS hoy PBS, siempre y cuando sean ordenados por el médico tratante. Lo anterior, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.

4. Atendiendo a que la naturaleza del mandato que se analiza implica principalmente la creación e implementación del mecanismo señalado, que permita el acceso directo de los usuarios del sistema a los servicios y tecnologías que requieran con necesidad, la Corte efectuará la valoración prescindiendo del empleo de indicadores, cuya ausencia no imposibilita la verificación del goce efectivo de los derechos, como lo ha señalado la jurisprudencia constitucional.⁹²

5. Respecto de la metodología para determinar el grado de acatamiento de las órdenes en el desarrollo de las labores de seguimiento, esta Corporación ha indicado que es válida la utilización de niveles que permitan valorar los avances, rezagos o retrocesos en la ejecución y el seguimiento de las políticas públicas⁹³.

6. Con base en las anteriores precisiones para el análisis y evaluación de la directriz bajo examen la Sala Especial (i) estudiará la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas y los niveles de cumplimiento utilizados para ello; (ii) establecerá el desarrollo de la orden vigésima tercera desde su emisión en la sentencia T-760 de 2008; (iii) analizará y evaluará las medidas adoptadas por el Gobierno para el cumplimiento del mandato veintitrés conforme a la Ley Estatutaria en Salud y al auto 001 de 2017, y (iv) valorará su cumplimiento.

Intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas y niveles de cumplimiento⁹⁴

7. Conforme al artículo 2° del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales⁹⁵, los Estados partes deben desplegar acciones tendientes a lograr la efectividad plena de los derechos reconocidos en tal compromiso.

⁹¹ Mediante el cual se valoró la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008.

⁹² Auto 373 de 2016, en esa oportunidad la Corte consideró que si bien no se contaba con indicadores ni con fuentes de información para hacer la evolución de la superación del estado de cosas inconstitucionales y teniendo en cuenta que las mediciones que realizaban las autoridades apuntaban a los avances alcanzados y retrocesos, era necesario que se contara con otro parámetro hasta tanto no se obtuviera la información necesaria para realizar la evaluación de aquella manera.

⁹³ Auto 373 de 2016.

⁹⁴ Se reitera el acápite que sobre la materia contienen los autos 122, 122A, 140B, 470A de 2019.

⁹⁵ “Artículo 2: 1. Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.”

8. El seguimiento extraordinario que la Sala Especial realiza al acatamiento de las órdenes emitidas en la sentencia T-760 de 2008, tiene fundamento en la persistencia de afectaciones sobre el goce efectivo del derecho a la salud. El tiempo que se ha dispuesto para observar los mandatos generales al no cumplirse integralmente exponen la eficacia de la providencia para la garantía del Estado social de derecho⁹⁶ y el respeto de los fines esenciales como la efectividad de los derechos (arts. 1º y 2º superior), lo cual hace que el control judicial tienda a ser más activo en la búsqueda de la superación definitiva de los obstáculos que impidan el goce y disfrute del derecho a la salud⁹⁷.

La intervención del juez constitucional en materia de políticas públicas ha de ser excepcional y, por ende, justificada ante situaciones complejas de bloqueos institucionales o prácticas inconstitucionales⁹⁸, toda vez que su diseño e implementación son competencias del Gobierno Nacional. Entonces, la función judicial constitucional en principio se expone deferente frente a las competencias de las autoridades responsables, generando espacios de interacción y diálogo entre los actores del sistema⁹⁹.

9. Este Tribunal ha valorado la mayoría de las órdenes durante los diez años que han transcurrido desde la expedición del fallo estructural¹⁰⁰. El tiempo que ha acontecido a partir del momento en que fueron emitidas, hace más riguroso el seguimiento jurisdiccional para evitar que las providencias de la Corte terminen en una simbología. Ello sin desconocer los avances significativos que paulatinamente se han registrado a través de las medidas gubernamentales adoptadas e implementadas.

La labor actual de la Sala de Seguimiento expone una supervisión respetuosa de las competencias gubernamentales, que, lejos de interferir en el diseño de las políticas públicas en salud, busca generar de forma dialogada y constructiva soluciones oportunas y eficaces para la superación definitiva del déficit en materia de salud¹⁰¹. Por lo tanto, esta Corte podrá acudir a diversos mecanismos como el desarrollo de sesiones técnicas para la superación de obstáculos, solicitudes de

2. “Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

3. “Los países en desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional, podrán determinar en qué medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos”.

⁹⁶ C.N., arts. 1º y 2º.

⁹⁷ Cfr. Sentencia T-388 de 2013.

⁹⁸ Respuestas inadecuadas e insuficientes.

⁹⁹ En este sentido se pronunció la Sala Especial de Seguimiento a través de los autos 186, 549 de 2018, 122, 122 A y 140 de 2019.

¹⁰⁰ La sentencia T-760 fue proferida el 31 de julio de 2008.

¹⁰¹ La sentencia T-080 de 2018 señaló que: “El rol del juez constitucional, sin embargo, no debe ser pasivo. En efecto, ante un legislador y una administración inoperantes en materia de derechos sociales fundamentales, el juez está llamado a actuar como garante de los derechos constitucionales. Más aún, si se trata de derechos sociales llamados a satisfacer necesidades básicas radicales¹⁰¹ o sus titulares son personas en situación de vulnerabilidad¹⁰¹, el margen de configuración y acción de los órganos competentes en esta materia se ve reducido y, por consiguiente, los deberes y facultades del juez constitucional, son correlativamente ampliados”.

informes de progreso y valoraciones de las órdenes impartidas, además de las inspecciones judiciales, entre otras.¹⁰²

10. De esta manera, el estudio de los actos formales acreditados por el Gobierno Nacional conlleva a que los logros conseguidos se midan no solo por la expedición del acto normativo, sino también desde la evidencia social y la materialización de los mismos, siempre en la búsqueda de la satisfacción efectiva de las necesidades de los usuarios del sistema de salud¹⁰³. Así, esta Sala de Seguimiento valora el cumplimiento material de las órdenes impartidas en la sentencia T-760 de 2008, partiendo de la verificación del avance en el goce efectivo de los derechos de los usuarios del sistema.

11. Es importante resaltar que el papel del Tribunal Constitucional se articula con el diseño e implementación de las políticas públicas, a través de una labor abierta y deliberativa al momento de analizar la obediencia de los mandatos emitidos, para lo cual tendrá que calificar las medidas adoptadas y las acciones desplegadas por las autoridades encargadas. En esas condiciones, las valoraciones de las órdenes se efectuarán de manera general y específicamente sobre cada uno de sus elementos constitucionalmente significativos.

12. La Corte ha sostenido que para declarar el grado de observancia de una orden como general no es necesario su satisfacción plena, siempre que se evidencien cambios significativos en el funcionamiento del sistema de salud, derivados de actuaciones oportunas e idóneas que se reflejen en resultados y avances sostenibles para que la Sala pueda suspender o entregar¹⁰⁴ el seguimiento.

13. De conformidad con lo anterior, el cumplimiento se analizará atendiendo principalmente tres puntos: las medidas, los resultados y los avances¹⁰⁵.

14. La valoración inicia con la verificación del primer aspecto, a fin de determinar si son conducentes para la superación de la falla estructural, y con base en ello, declarar un nivel de cumplimiento¹⁰⁶, que puede ser bajo, medio, alto, general o incluso incumplimiento general.

A grandes rasgos, puede decirse que este último se decreta si, revisado el estado de la orden, se constata que la autoridad obligada no adoptó acciones para superar la falla.

¹⁰² En este sentido se pronunció la Sala Especial de Seguimiento a través de los autos 186 y 549 de 2018122, 122 A y 140 de 2019.

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ *Cfr.* Auto 373 de 2016. Al desarrollar los “criterios para entender superadas las condiciones que dan lugar a la intervención excepcional del juez constitucional en la política pública de desplazamiento forzado” señaló que la jurisprudencia constitucional permite identificar criterios “para efectos de analizar si la actuación de las autoridades es idónea y sostenible para así entender por superadas las condiciones que dan lugar a la intervención excepcional del juez constitucional en la política pública. Así ocurre con los parámetros definidos por esta Corporación que permiten evaluar el cumplimiento a las órdenes complejas dictadas por el juez constitucional por parte de las autoridades responsables.” De esta manera permite establecer que si los resultados son sostenibles puede darse por superada una falla general que dio lugar a la intervención del juez.

¹⁰⁵ *Cfr.* Auto 411 de 2015.

¹⁰⁶ *Cfr.* Auto 411 de 2015 reiterado entre otros en los 186 de 2018 y 549 de 2018.

15. Se califica con cumplimiento bajo cuando los resultados evaluados pongan en evidencia la implementación de medidas por la autoridad obligada y se presente al menos uno de los siguientes supuestos:

(i) que sean inconducentes para cumplir con el mandato estructural, toda vez que no son compatibles con los elementos del mandato, (ii) que sean conducentes para la observancia de la disposición que se examine, por cuanto abordan acciones en relación con los requerimientos de la orden, pese a que la autoridad encargada no acreditó resultados¹⁰⁷, (iii) aunque sean conducentes y los resultados hayan sido informados a la Sala, no se advierten que estos últimos sean reales¹⁰⁸, por lo que no es posible calificar el acatamiento con satisfacción del mandato al no evidenciarse que se haya superado la falla, y (iv) las labores desplegadas aun cuando son conducentes concluyen en resultados que solo atienden al aspecto formal y no al material de la orden.

16. El nivel de cumplimiento medio será declarado cuando a pesar de haber ejecutado acciones¹⁰⁹, las mejoras no sean suficientes sino parciales en la superación de la falla estructural que dio origen a la orden. En estos casos la Sala otorgará un plazo razonable para que la autoridad encargada trabaje en el acatamiento de la misma, al final del cual se verificarán nuevamente las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos.

Decretará el grado alto, cuando: (i) se hayan adoptado las medidas adecuadas para cumplir con el mandato de que se trate; (ii) la autoridad obligada reporte los resultados a la Sala; (iii) se evidencien avances suficientes, progresivos, sostenibles y significativos para el acatamiento de la orden en cuestión; y (iv) la problemática que dio lugar a la orden valorada se pueda superar.

Finalmente, si la Corte concluye que las actividades desarrolladas son adecuadas para cumplir con lo dispuesto en el mandato y que sus resultados son suficientes, sostenibles, significativos, progresivos a tal punto que permiten concluir que se superó la falla estructural que dio lugar a la expedición de la orden, calificará con cumplimiento general las actividades llevadas a cabo por la autoridad encargada. Adicionalmente, se espera que el sistema haya recopilado herramientas suficientes para enfrentar circunstancias similares a las que dieron origen a la sentencia T-760 de 2008 y que puedan presentarse en el futuro.

Cuando una orden sea valorada con incumplimiento, nivel de cumplimiento bajo y medio, el trámite de supervisión también podrá cesarse si el mandato ha perdido los fundamentos de hecho o de derecho, que le dieron lugar o cuando se haya agotado su vigencia temporal. Es decir, cuando el cumplimiento del mandato estaba limitado en el tiempo y debía presentarse en una fecha específica, siempre que se permita determinar con claridad la superación formal y material del motivo

¹⁰⁷ Entiéndase por *resultado* la materialización de las medidas formales adoptadas por la autoridad obligada en el ámbito de acatamiento de la orden examinada.

¹⁰⁸ Entiéndase por *avance* el efecto de progreso que permita comparar, en un periodo de tiempo determinado, la situación existente antes de la adopción de las medidas acreditadas y después de su implementación, siempre que reflejen cambios favorables en la superación de la falla estructural en el sistema de salud.

¹⁰⁹ Aunque el obligado haya implementado medidas conducentes, reportado los resultados y aquellos muestren avances en la ejecución de la política.

que dio lugar a lo ordenado y no continúe produciendo efectos jurídicos, dando lugar a restablecer el goce efectivo del derecho.

En caso de que las autoridades obligadas persistan en los tres primeros niveles de cumplimiento (incumplimiento general o niveles de acatamiento bajo y medio), la Corte implementará medidas para hacer efectivas sus órdenes, esto es conseguir avances progresivos y significativos, evitando la secuencia de incumplimientos. En este contexto la Sala podrá ejercer un control y seguimiento adoptando medidas restaurativas, de reemplazo o cualquier otra que pueda estimar apropiada, en la pretensión de una mayor participación democrática y un empoderamiento ciudadano¹¹⁰.

17. Finalmente, en pro del seguimiento al acatamiento de las órdenes emitidas en la sentencia T-760 de 2008 se cuenta con la Procuraduría General de Nación, la cual deberá realizar un acompañamiento con enfoque preventivo¹¹¹ a las entidades concernidas en la ejecución de los mandatos, además de disponer de la potestad disciplinaria¹¹², sin perjuicio de las decisiones que continúe profiriendo la Sala Especial mientras se mantenga el incumplimiento de las órdenes generales.

Desarrollo de la orden vigésima tercera

Sentencia T-760 de 2008

18. Fue la providencia cuyo cumplimiento se supervisa la que después de realizar un análisis, constató la vulneración sistemática del derecho a la salud de los usuarios del sistema, debido a la falta de un mecanismo que permitiera el suministro de servicios excluidos del POS¹¹³. Por lo tanto, era la acción de tutela la que posibilitaba el acceso a los mismos y de igual forma, facultaba a la EPS a realizar el correspondiente recobro ante el Fosyga, así como a recuperar las sumas pagadas en virtud del cumplimiento del fallo de una acción constitucional, situación que estimulaba su interposición.

Por consiguiente, se planteó desde este Tribunal el siguiente problema jurídico “¿el Estado desconoce el derecho a la salud de las personas que requieren con necesidad un servicio de salud diferente a medicamentos, al no haber fijado y regulado un procedimiento mediante el cual la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio garantice el acceso efectivo al mismo?”¹¹⁴.

¹¹⁰ La Sala Especial de Seguimiento se pronunció en este sentido en los autos 186 y 549 de 2018.

¹¹¹ Cfr. C.P. art. 277. num. 1: “El Procurador General de la Nación, por sí o por medio de sus delegados y agentes, tendrá las siguientes funciones: 1. Vigilar el cumplimiento de la Constitución, las leyes, las decisiones judiciales y los actos administrativos”. D.L 262 de 2000 art. 24, num.1: “Funciones preventivas y de control de gestión. Sin perjuicio de lo dispuesto en la ley, las procuradurías delegadas tienen las siguientes funciones de vigilancia superior, con fines preventivos y de control de gestión: 1. Velar por el cumplimiento de las disposiciones constitucionales y legales, así como de las decisiones judiciales y administrativas”. Y Res. 490 de 2008, por medio de la cual se crea el Sistema Integral de Prevención y se establecen los principios y criterios correspondientes al ejercicio de la función preventiva a cargo de la Procuraduría General de la Nación y se dictan otras disposiciones.

¹¹² En virtud del artículo 277.6 Superior, corresponde al Procurador General de la Nación ejercer la vigilancia superior de la conducta oficial de quienes desempeñen funciones públicas.

¹¹³ Distintos a medicamentos.

¹¹⁴ Consideración jurídica 2.2.4. Sentencia T-760 de 2008.

Como respuesta al anterior cuestionamiento en la sentencia se determinó que *“la ausencia de regulación clara que permita hacer efectivos los derechos de los usuarios cuando requieren de un servicio de salud, diferente a un medicamento, no incluido en el POS, es una de las razones por las cuales la tutela se ha convertido en el mecanismo generalizado para acceder a servicios de salud no incluidos en el POS ordenados por el médico tratante, e incluso muchas veces a medicamentos cuando el médico tratante no presenta la solicitud ante el Comité Técnico Científico”*¹¹⁵.

Fue por ello que la Corte señaló el deber del Estado de garantizar el acceso a los servicios de salud sin que trámites administrativos dispendiosos e innecesarios lo impidieran, para lo que debía establecerse un sistema que asegurara la prestación del servicio de salud con calidad, oportunidad, continuidad y suficiencia. Por lo tanto, ordenó a la entonces Comisión de Regulación en Salud adoptar las medidas necesarias para crear el trámite interno, tanto en el RC como en el RS, que fuera adelantado por el médico tratante para que la EPS autorizara de forma directa (i) los servicios de salud no incluidos en el POS, y (ii) los medicamentos y demás insumos para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se hallaban por fuera del POS, de tal forma que se respetara el principio de integralidad.

Adicionalmente, dispuso que mientras dicho trámite era regulado de forma definitiva, se debían extender las normas del CTC a los demás insumos y procedimientos no incluidos en el POS, para que de esta forma los usuarios lograran acceder a lo requerido con necesidad, dando aplicación a los parámetros fijados por la jurisprudencia de esta Corporación. Asimismo, disminuyó en la mitad el reembolso de los costos no cubiertos realizado por el Fosyga ante la EPS cuando el CTC negara la prestación de un servicio médico que posteriormente fuera ordenado mediante acción de tutela.

*La Ley Estatutaria en Salud*¹¹⁶ y el auto 001 de 2017¹¹⁷

19. Mediante el auto de valoración¹¹⁸, la Sala Especial analizó la orden emitida en la sentencia estructural conforme al sistema implementado por el Gobierno Nacional a través de la Ley 1751 de 2015; la cual tiene como punto de partida la inclusión en el PBS de todos los servicios y tecnologías, con excepción de aquellas expresamente excluidas de financiación con recursos públicos de la salud.

Como punto central de la providencia analizada, se tiene la aclaración en lo concerniente al cambio que con la regulación ya mencionada debía tener la orden vigésima tercera estableciendo que *“...en adelante el mandato no se deberá encaminar al procedimiento de autorización directa para los servicios de salud no incluidos y procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas sino que el mandato se deberá enfocar exclusivamente hacia la autorización de los servicios de salud excluidos del nuevo plan de beneficios”*.

¹¹⁵ Consideración jurídica 2.2.4. Sentencia T-760 de 2008.

¹¹⁶ Ley 1751 de 2015.

¹¹⁷ Proferido el 13 de enero de 2017.

¹¹⁸ Auto 001 de 2017.

Cabe señalar que el auto 001 de 2017, concedió a Minsalud un término de tres meses contados desde el proferimiento de la providencia para presentar los resultados de la aplicación de la Resolución 1328 de 2016 y así mismo crear “*el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía de suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud excluidas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC correspondiente al régimen subsidiado*”.

Ahora bien, como se observa líneas atrás, el mandato emitido fue encaminado a permitir la autorización directa de los servicios y tecnologías explícitamente excluidas de financiación con recursos públicos de la salud¹¹⁹. Lo anterior, ya que era viable entender que en virtud de la Ley Estatutaria en Salud¹²⁰ únicamente se contaría por un lado con servicios y tecnologías incluidas y por otro aquellas explícitamente excluidas. Por lo tanto, la Sala no podía prever que el MSPS garantizaría las coberturas del PBS mediante dos mecanismos de protección. No obstante, creó el de protección colectiva¹²¹ actualmente regulado en la Resolución 3512 de 2019¹²², a través del cual se proporcionan todas las tecnologías financiadas con la UPC y el de protección individual, reglamentado mediante las resoluciones 1885 y 2438 de 2018, que cubre aquellas tecnologías en salud incluidas en el PBS, pero que no se financian con la UPC sino con los presupuestos máximos¹²³. La anterior división generó que el trámite requerido para la prescripción y autorización de los servicios y tecnologías fuera diferente en atención al mecanismo al que pertenece.

20. En virtud de lo mencionado, y debido a que la formulación de lo PBS no UPC y de lo explícitamente excluido de financiación con recursos públicos de la salud requieren de un trámite de autorización diferente al que corresponde a lo cubierto por el mecanismo de protección colectiva, la Sala considera que para avanzar en el propósito de la directriz contenida en la orden vigésima tercera de la sentencia T-760 de 2008, **se deben eliminar las barreras administrativas respecto de la autorización de lo PBS no UPC**. Por lo anterior, se hace necesario que la verificación del acatamiento del mandato bajo examen comprenda no solo el mecanismo de autorización de los servicios y tecnologías excluidas de financiación con recursos públicos de la salud, como dispuso el auto 001 de 2017, sino también de aquellos garantizados por el mecanismo de protección individual.

¹¹⁹ 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.

¹²⁰ En el artículo 15 estableció que el sistema de salud debería ser garantizado a través de la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluyera la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

¹²¹ “*Es el mecanismo de protección colectiva, que mancomuna riesgos individuales, establece los beneficios de los servicios y tecnologías en salud que deben ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud - EPS- o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC*”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/plan-de-beneficios-en-salud.pdf>

¹²² Que modificó la Resolución 5857 de 2018 que a su vez derogó las 5269 de 2017 y 046 de 2018.

¹²³ Artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 y reglamentados en la Resolución 205 de 2020. Mediante sentencia C- 126 de 2020 la Corte declaró ajustado a la Constitución los techos o presupuestos máximos como fuente de financiación de los servicios y tecnologías PBS no UPC.

En consecuencia, la Corte entenderá cumplido el mandato bajo estudio cuando verifique la materialidad de los siguientes dos componentes frente a la creación del procedimiento de prescripción y autorización directa de servicios y tecnologías *a)* PBS no UPC; y *b)* de forma excepcional, explícitamente excluidas de financiación con recursos públicos de la salud.

Análisis de las medidas implementadas por el Gobierno Nacional para dar cumplimiento al mandato vigésimo tercero y el auto 001 de 2017

21. Como bien se ha dicho, en el auto a través del cual se realizó la valoración anterior, la Sala Especial ordenó al ente ministerial que presentara los resultados de la aplicación de la Resolución 1328 de 2016 en el RC, dentro de los tres meses siguientes a la decisión y que creara el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía de suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud excluidas de financiación con recursos públicos de la salud correspondiente al RS. Sin embargo, al explicar lo que ha sucedido con el mandato vigésimo tercero a raíz de la creación de los dos mecanismos de protección, también se analizarán las acciones realizadas por el MSPS tendientes a lograr el cumplimiento de lo requerido. En consecuencia, la verificación se centrará *i)* en la entrega oportuna del informe ordenado en el auto de valoración, y *ii)* en la implementación en los regímenes contributivo y subsidiado de un procedimiento de autorización directa de los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC y excepcionalmente, de aquellos excluidos de financiación con recursos públicos de la salud.

i) Entrega del informe dentro de los tres meses siguientes de proferido el auto de valoración

22. En principio cabe manifestar que la fecha en que se emitió el auto de valoración 001 fue el 13 de enero de 2017, es decir, el plazo para que el ente ministerial radicara el informe era el 23 de mayo de la misma anualidad, pese a ello, nunca se presentó, lo que demuestra el incumplimiento al mandato. Ahora bien, buscando comprender lo acaecido, cabe señalar que la cartera de salud profirió múltiples resoluciones que han pretendido poner en funcionamiento la herramienta y así dar cumplimiento al mandato vigésimo tercero. Dentro de ellas se puede mencionar la Resolución 1328 de 2016, que fue analizada por la Corte en el auto de valoración del año 2017 y que, a pesar de aplazar su entrada en vigencia, fue derogada¹²⁴.

Lo anterior, por cuanto se tenía programado que sus disposiciones se hicieran exigibles el 1º de junio de 2016, fecha que fue modificada ya que a través del acto administrativo 5884 de 2016 se estableció que la entrada en vigencia de la referida norma sería el 1º de diciembre de la misma anualidad. No obstante, el 1º de agosto de 2016 se expidió la Resolución 3951, mediante la que se derogaron las resoluciones 1328 y 2158 de 2016, es decir, que las ya proferidas y modificadas por la cartera de salud, tampoco lograron ser puestas en marcha.

¹²⁴ Resolución 2158 de 2016.

23. En este punto vale la pena manifestar que lo sucedido con los referidos actos administrativos dejaron en evidencia las dificultades que tuvo el rector de la política pública para sacar adelante el procedimiento creado y dar materialidad a lo ordenado por esta Corporación. Sin embargo, debe decirse que atendiendo a la falta de vigencia de la Resolución 3951 de 2016, la cartera de salud no tenía mucho por informar al respecto, pero era necesario que en virtud del mandato referido, se hubiese dado a conocer la imposibilidad de reportar avance, asimismo, precisar las medidas que iban a llevarse a cabo con el fin de superar las barreras existentes, lo que tampoco sucedió, dejando en términos de incumplimiento la directriz emitida por la Sala Especial.

24. Previo a estudiar la herramienta que ha sido creada por el Ministerio de Salud y que, según su dicho da materialidad a la orden vigésima tercera, así como acatamiento al auto 001 de 2017, debe manifestar esta Corporación que se analizarán las implicaciones de MIPRES en la formulación de servicios y tecnologías y, que de acuerdo a lo informado por el rector de la política pública ha sido implementado para emitir prescripciones de los servicios y tecnologías PBS no UPC, es decir lo que no está siendo financiado por la Unidad de Pago por Capitación.

ii) Implementación de un procedimiento de prescripción y autorización directa de los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC y excepcionalmente de aquellos excluidos de financiación con recursos públicos de la salud en los regímenes contributivo y subsidiado.

25. Sea lo primero manifestar que, de acuerdo a lo establecido en el alcance para el cumplimiento de la orden vigésima tercera, habrá de verificarse la implementación de un procedimiento de prescripción y autorización directa de servicios y tecnologías que abarque los siguientes dos componentes: *i)* PBS no UPC; y *ii)* de forma excepcional, lo explícitamente excluido de financiación con recursos públicos de la salud.

a) Primer componente: prescripción y autorización directa de servicios y tecnologías PBS no UPC

26. El rector de la política pública, con el fin de poner en marcha la herramienta “Mi prescripción” ha emitido varias resoluciones mediante las cuales creó e implementó el aplicativo, a través del que se formulan y autorizan los insumos y tecnologías que si bien se encuentran dentro del PBS, no son financiadas con cargo a la UPC, las cuales serán estudiadas por la Corte.

27. Resolución 3951 de 2016¹²⁵. Lo primero que debe señalar la Sala en relación con este acto administrativo es que fue objeto de estudio y valoración a través del auto 001 de 2017, sin embargo, será mencionado en este aparte con el fin de dar contexto y conocer el proceso normativo de la creación de MIPRES.

¹²⁵ “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”.

Cabe manifestar que mediante esta resolución, se reguló el sistema de prescripciones para los servicios y tecnologías que hacen parte del PBS pero que no son financiadas con la Unidad de Pago por Capitación. Asimismo, estableció que las fórmulas serían realizadas por profesionales de la salud que hicieran parte de la red definida de las EPS y las EOC¹²⁶, quienes tendrían que obtener un usuario y clave otorgadas por el ente ministerial y estar inscritos en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud –ReThus. De igual forma, que las IPS deberían hacer parte del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Ahora bien, esta resolución consagra en el artículo noveno, las exigencias que deben acreditar los usuarios que requieren los servicios y tecnologías que se prescriben a través de la plataforma implementada por la cartera de salud, entre los que se enuncian *(i)* que no se encuentre cubierta en el PBS con cargo a la UPC; *(ii)* haber agotado o descartado las posibilidades de las tecnologías contenidas en el PBS con cargo a la UPC sin haber obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas de lo que deberá dejarse constancia en la historia clínica; y *(iii)* que los servicios o tecnologías prescritas no correspondan o tengan propósito cosmético o suntuario.

De igual forma, fijó los criterios para la prescripción, entre los que se establecen *(i)* justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al diagnóstico, dejando constancia en la historia clínica y en el aplicativo, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e información bibliográfica que sustenten su decisión; *(ii)* comunicar al paciente el motivo por el cual no se utiliza el servicio o la tecnología en salud cubierta por el PBS con cargo a la UPC así como los resultados esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías en salud. Cuando no existan en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC medicamentos, procedimientos o dispositivos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud, deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica de acuerdo con la normativa referida en la presente resolución; y *(iii)* en caso de que la tecnología en salud no cubierta en el PBS con cargo a la UPC corresponda a un medicamento, este debe estar registrado ante el INVIMA, etc.

De igual forma, reglamentó las Juntas de Profesionales de la Salud, definiéndolas como aquellas conformadas por mínimo tres profesionales de la salud, en las que al menos uno de sus miembros debe ser par del prescriptor; encargadas de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia únicamente aquellas prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional ordenadas en el ámbito ambulatorio y medicamentos del listado UNIRS. Como tiempo para que la junta resuelva las peticiones que se le remitan, fijó un plazo de cinco días hábiles contados a partir de la solicitud del profesional.

¹²⁶ Entidades Obligadas a Compensar.

Del mismo modo, estableció los criterios que tendrán las juntas para resolver lo pertinente, entre los que se enuncian (i) que la condición clínica del paciente se correlacione claramente con la solicitud efectuada; (ii) que el servicio solicitado no se considere suntuario o cosmético, de acuerdo con el análisis del caso clínico particular; (iii) que la solicitud efectuada se realice y se preste en el territorio colombiano; (iv) que la solicitud realizada esté de acuerdo con la evidencia científica disponible para el caso clínico objeto del análisis; (v) que el servicio prescrito tenga autorización para su comercialización o realización por la autoridad competente en el país; (vi) que en caso de tratarse de medicamentos del listado UNIRS, exista el consentimiento informado por parte del paciente o su representante; y (vii) que la decisión que toma la Junta de Profesionales de la Salud sea concordante con los criterios fijados por la jurisprudencia constitucional.

En conclusión, el referido acto administrativo consagró todo lo pertinente para dar uso al aplicativo que sería implementado por Minsalud y, que ya había sido regulado por la Resolución 1328 de 2016, pero no se había materializado. Lo anterior, toda vez que aquel derogó las Resoluciones 1328 y 2158 de 2016¹²⁷.

28. *Resolución 5884 de 2016*¹²⁸. La cual implementó gradualmente MIPRES en razón a la manifestación realizada por los actores del SGSSS, toda vez que sus capacidades tecnológicas y administrativas requerían un tiempo mayor para las adecuaciones, que superaba la fecha de entrada en vigencia, es decir el 1º de diciembre de 2016. Por lo tanto, buscando garantizar la efectiva materialización de la Resolución 3951 de 2016 y de la herramienta “Mi prescripción”, que permitiera a los usuarios acceder oportunamente, en condiciones de calidad a los servicios de salud y propender por un flujo ágil y efectivo de los recursos del sistema general, dispuso la gradualidad en la aplicación del mismo mediante la modificación del artículo 93 de la Resolución 3951 de 2016, así:

- (i) Desde el primero de diciembre de 2016 las EPS deberían implementar las medidas de la normatividad analizada, como mínimo con una IPS de su red¹²⁹;
- (ii) Entre el primero de diciembre de 2016 y el veintiocho de febrero de 2017, las EPS deberían implementar con los demás prestadores de servicios de salud de su red, de forma gradual las medidas adoptadas en dicha resolución¹³⁰;
- (iii) A partir del primero de marzo de 2017 todos los actores deberían implementar las medidas consagradas en este acto administrativo¹³¹.

29. *Resolución 532 de 2017*¹³². A través de la cual se modificaron y precisaron algunos requisitos, criterios y actividades del acceso, reporte de prescripción,

¹²⁷ “Por la cual se modifica la Resolución 1328 de 2016 en relación con su transitoriedad, vigencia y derogatoria”.

¹²⁸ “Por la cual se modifican los artículos 38, 93 y 94 de la Resolución 3951 de 2016”.

¹²⁹ Situación en la que las solicitudes de servicios o tecnologías en salud “no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” serían autorizadas por los CTC, hasta el 30 de noviembre de 2016.

¹³⁰ En estos casos, las solicitudes de servicios o tecnologías en salud “no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” serían autorizadas por los CTC, hasta el día anterior a la fecha en que se implemente la herramienta tecnológica dispuesta por el MSPS.

¹³¹ Por lo tanto, las solicitudes de servicios o tecnologías en salud “no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” serían autorizadas por los CTC, hasta el 28 de febrero de 2017.

¹³² “Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones”.

suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el PBS con cargo a la UPC, con el fin de hacer efectivo el acceso de los usuarios al SGSSS, mediante la modificación del numeral 2 del artículo 4, los numerales 6 y 7 del artículo 9°, los artículos 10, 14, 16, 19, 20, 23, 25, 26, 29, 30, 36, 37, 93 y 94 de la Resolución 3951 de 2016. Cambios que consistieron en lo siguiente:

➤ El artículo 1°, modificó el numeral 2 del artículo 4° agregando funciones a las EPS y EOC en cuanto a su deber de garantizar el suministro oportuno de los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC. Asimismo, disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas para el eficiente y buen funcionamiento del reporte de prescripción; y realizar la transcripción de los servicios y tecnologías ordenadas mediante fallos de tutela en el aplicativo creado para ello; entre otras.

➤ El artículo 2°, varió los numerales 6 y 7, suprimió el 8° y adicionó un párrafo al artículo 9°, modificando algunos de los requisitos establecidos para la prescripción de servicios o tecnologías PBS no UPC, en el siguiente sentido: (i) que en caso de que vayan a prescribirse, no tengan propósito cosmético o suntuario, sin evidencia científica sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica, que se encuentren en fase de experimentación, o que requieran ser prestados en el exterior e impuso la obligación de ii) consignar de forma expresa en la historia clínica y en el aplicativo, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo posterior para la prescripción de servicios y tecnologías en salud PBS no UPC.

El párrafo adicionado, señaló la posibilidad de realizar la prescripción de medicamentos para un diagnóstico distinto al indicado según el registro sanitario INVIMA, siempre y cuando el nuevo uso esté reportado ante el MSPS por las sociedades científicas o hagan parte del listado UNIRS. Casos en los que será responsabilidad del médico tratante y la IPS en la que funcione la respectiva Junta de Profesionales de la Salud los posibles desenlaces y complicaciones presentados por el uso de los mismos y agregó que siempre deberá mediar el respectivo consentimiento informado suscrito por el paciente o su representante.

➤ El artículo 5° adicionó el párrafo 2° al artículo 15, señalando que tanto las EPS como las IPS podrán adelantar actividades de auditoria médica a los profesionales de la salud con el fin de mejorar la prescripción y atención de los pacientes, sin que ello signifique que puedan ejercer actividades que afecten su autonomía profesional o imponer barreras de acceso a los usuarios.

➤ El artículo 6° modificó el 16 y consagra información sobre la imposibilidad de acceso y registro en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el PBS con cargo a la UPC.

➤ El artículo 7° modificó el 19, establece la obligación de reportar en el aplicativo las prescripciones que de forma excepcional sean realizadas mediante formulario, ello dentro de las 24 horas siguientes al recibo del mismo en el módulo del aplicativo.

➤ El artículo 8° modificó el 20 respecto del deber de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud cuando presten servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el PBS con cargo a la UPC, para que aprueben bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, las prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional ambulatorio y medicamentos UNIRS.

➤ El artículo 10 modificó el 23, fijando los siguientes criterios que deberán ser tenidos en cuenta por las Juntas de Profesionales de la Salud al momento de resolver las solicitudes que se les presenten: (i) la correlación de la petición efectuada con la condición clínica del paciente; (ii) el servicio requerido no se considere suntuario o cosmético, de acuerdo con el análisis del caso clínico particular; (iii) la solicitud del servicio o tecnología a realizar se preste en el territorio colombiano; (iv) la pretensión se eleve de acuerdo con la evidencia científica disponible para el caso clínico objeto del análisis; (v) el servicio prescrito tenga autorización para su comercialización o realización por la autoridad competente en el país; (vi) en caso de tratarse de medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los del listado UNIRS, que exista el consentimiento informado firmado por parte del paciente o su representante; y (vii) la pertinencia clínica de las cantidades prescritas o ajustes de las mismas.

➤ El artículo 11 modificó el 25 relativo al contenido que deben tener las actas que se elaboren después de llevada a cabo la Junta de Profesionales, así: (i) fecha de elaboración y número de acta; (ii) nombre, tipo y número de identificación del usuario; (iii) diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades— CIE 10; (iv) servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, medicamentos reportados por las sociedades científicas o los de la lista UNIRS prescrita por el profesional de la salud; (v) si se trata de un servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos reportados por las sociedades científicas o los del listado UNIRS única o sucesiva; (vii) la justificación médica, técnica y de pertinencia acerca del uso del servicio o tecnología complementaria prescrita; (viii) la decisión de aprobación, ajustes en las cantidades prescritas o negación adoptada por la junta; y (ix) nombre y firma de todos los integrantes de la junta.

➤ El artículo 12 varió el 26, en el que estableció que la IPS responsable de la Junta de Profesionales que tomó la decisión, deberá comunicar en un término de 24 horas la decisión adoptada a la entidad encargada del aseguramiento. Así mismo, deberá diligenciar en el módulo dispuesto en el aplicativo.

➤ El artículo 13 modificó el 29 en el que estableció que cuando se ordene a través de un fallo de tutela algún servicio o tecnología, no se requerirá del análisis de la Junta de Profesionales y deberán ser transcritos por parte del profesional de la salud de la EPS en el módulo de tutelas del aplicativo dispuesto.

➤ El artículo 15 varió el 36, señalando los documentos adicionales que se deben presentar por las entidades recobrantes, entre ellos: (i) el número de prescripción generado por el aplicativo de que trata el artículo 5° de la misma

resolución; (ii) el registro de información en el archivo (TXT) que soporta la presentación de solicitudes de recobro/cobro, para el tipo de radicación; y (iii) adjuntar el acta de la junta debidamente diligenciada cuando se trate de tecnologías complementarias y de soporte nutricional de tipo ambulatorio.

➤ El artículo 16 adicionó el numeral 16 al artículo 37, indicando que cuando se trate de recobros originados en fallos de tutela por concepto de tecnologías PBS UPC prestadas a pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales, deberá registrar al usuario a quien suministró la tecnología en el sistema de información establecido por el Decreto 1954 de 2012 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

➤ El artículo 17 modificó el 93 respecto de la transitoriedad y plan de adaptación. Indicó que los actores a quienes aplique la resolución, deberían diseñar el plan de adaptación requerido para utilizar el registro de prescripción en línea y de forma gradual así: (i) desde el 1° de diciembre de 2016 las EPS deberían implementar las medidas como mínimo con una IPS de su red. Caso en el que las solicitudes de servicios o tecnologías en salud PBS no UPC serían autorizadas por los CTC, hasta el 30 de noviembre de 2016; y (ii) entre el 1° de diciembre de 2016 y el 31 de marzo de 2017, las EPS deberían implementar y garantizar que la totalidad de los prestadores de servicios de salud de su red, adoptaran las medidas del acto administrativo con el objetivo de que al 1° de abril de 2017 todas las prescripciones de servicios y tecnologías PBS no UPC se realizaran a través de MIPRES.

➤ El artículo 18 modificó el 94, en el que declaró que la vigencia de la resolución se daría a partir de su publicación, regiría de manera gradual conforme lo previsto en el artículo 93, a partir del 1° de diciembre de 2016 y sus disposiciones serían exigibles para todos los actores a los que aplica a partir del 1° de abril de 2017. Lo previsto en los numerales 5° del artículo 36 y 6° del artículo 37 serían exigibles a partir del 1° de junio de 2017. Derogando las resoluciones 5395 de 2013, 3435 de 2016 y 5319 de 2016, salvo lo previsto en el título II de la Resolución 5395 de 2013, que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías PBS no UPC suministradas a los afiliados del RS.

30. Resolución 1885 de 2018¹³³. Mediante la cual se estableció el reporte de prescripción de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC. Asimismo, reiteró los requisitos para que los profesionales de la salud accedieran a la plataforma que sería implementada por el ente ministerial¹³⁴.

De igual forma planteó los requerimientos¹³⁵ para realizar la prescripción de las tecnologías y reguló las Juntas de Profesionales de la Salud, que tiene como finalidad la aprobación con base en criterios médicos, técnicos y de pertinencia sobre servicios complementarios y productos de soporte nutricional ordenados en

¹³³ “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”.

¹³⁴ Contenidos en la Resolución 1885 de 2018.

¹³⁵ Id.

el ámbito ambulatorio o de medicamentos UNIRS. Además, estableció los criterios de análisis, los tiempos de decisión y el tipo de acta que debe emitirse después de cada reunión.

31. Resolución 2438 de 2018¹³⁶. A través de este acto administrativo el rector de la política pública señaló las obligaciones de los profesionales de la salud¹³⁷, EPS¹³⁸, IPS¹³⁹, proveedores¹⁴⁰; entidades territoriales¹⁴¹ y MSPS¹⁴² respecto del manejo de MIPRES para el RS. Aunado a lo anterior, fijó el paso a paso del procedimiento para la formulación por parte de los profesionales de la salud, señalando como etapas (i) la inscripción por parte de los mismos en el ReTHUS¹⁴³; (ii) registro de la IPS ante el REPS¹⁴⁴; y (iii) manejo de la herramienta.

Por otra parte, impuso como obligación a las IPS capacitar a los profesionales encargados de utilizar el aplicativo y creó una mesa de ayuda para los temas relacionados con MIPRES, a cargo del MSPS. Adicionalmente, estableció el formulario de contingencia, el cual debe ser diligenciado ante la imposibilidad de acceso y registro a MIPRES en los siguientes casos (i) dificultades técnicas; (ii) ausencia de servicio eléctrico; (iii) falta de conectividad; e (iv) inconsistencias de afiliación o identificación. Además, fijó como término máximo para la remisión de dicha prescripción ante la EPS, setenta y dos horas contadas a partir de realizada la atención.

Igualmente, señaló en torno al trámite de anulación de la prescripción que de forma excepcional podría llevarse a cabo, que la misma puede ser solicitada por el prescriptor dentro de las veinticuatro horas siguientes, y será tramitada por la EPS en un tiempo no mayor a las cuarenta y ocho horas después de requerida por el prescriptor.

De otro lado, impuso como fecha máxima para que las ET encargadas de la garantía del suministro de las tecnologías en salud se encontraran activadas en MIPRES el 1° de enero de 2019. Por lo tanto, debían diseñar el plan de implementación conforme a su capacidad tecnológica y administrativa, concediendo además un término de seis meses contados a partir de la fecha de activación en el aplicativo para adoptar el procedimiento de verificación, control y pago de las tecnologías en salud PBS no UPC. Finalmente, este acto administrativo derogó a partir del 1° de enero de 2019, el artículo 5° de la Resolución 1479 de 2015 y el Título II de la 5395 de 2015¹⁴⁵.

¹³⁶ “Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”.

¹³⁷ Artículo 4, numeral 1 de la Resolución 2438 de 2018.

¹³⁸ Id., numeral 2.

¹³⁹ Id., numeral 3.

¹⁴⁰ Id., numeral 4.

¹⁴¹ Id., numeral 5.

¹⁴² Id., numeral 6.

¹⁴³ Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.

¹⁴⁴ Registro Especial de Prestadores de Servicios.

¹⁴⁵ El cual regulaba los Comité técnico Científicos.

32. Resolución 1343 de 2019¹⁴⁶. Mediante la cual se modificó el trámite establecido en la herramienta MIPRES, con el fin de que se provea a niños menores de cinco años productos de soporte nutricional de manera oportuna, sin que su suministro requiera ser analizado ni aprobado por la Junta de Profesionales de la Salud, dada la prevalencia de desnutrición aguda. Por lo tanto, se modificó el artículo 12 de las resoluciones 1885 y 2438 de 2018.

33. Resolución 737 de 2019¹⁴⁷. A través de la cual se constituyó el Comité de Coordinación de MIPRES como una instancia de articulación al interior del MSPS, con el fin de fortalecer la implementación, desarrollo y actualización de la herramienta; dicho Comité está conformado por el (i) Viceministro de Protección Social o su delegado; (ii) Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios o su delegado; (iii) Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones; (iv) Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud; (v) Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud; (vi) Director de Promoción y Prevención; (vii) Director de Financiamiento Sectorial; (viii) Director de Desarrollo de Talento Humano en Salud; y (ix) jefe de la Oficina de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

Adicionalmente estableció las funciones del comité, entre las que se enuncian (i) acordar el plan de acción para el desarrollo, implementación y actualización de MIPRES; (ii) aprobar los criterios, reglas, procedimientos y lineamientos técnicos que se requieran para optimizar el funcionamiento y actualización de la herramienta; y (iii) discutir y analizar las propuestas y requerimientos de desarrollo tecnológico del aplicativo, entre otras.

34. Ahora bien, a continuación la Sala pasará a estudiar el procedimiento de registro y prescripción que ha sido implementado por el Ministerio de Salud, esto es, MIPRES, con el cual, de acuerdo a lo manifestado en los diferentes informes, ha buscado dar cumplimiento a la orden vigésima tercera de la sentencia T-760 de 2008, respecto de la prescripción y autorización de los servicios y tecnologías PBS no UPC.

En principio, debe manifestarse que si bien es cierto el rector de la política pública se refiere a los servicios y tecnologías en salud que se prescriben a través de MIPRES por no ser financiados por la UPC, como los “*que no hacen parte del Plan de Beneficios en Salud*”, esta Corporación en aplicación a lo consagrado en la Ley Estatutaria en Salud y la sentencia C-313 de 2014, hablará de servicios no financiados con la UPC, ya que aludir a servicios y tecnologías no cubiertas, remite de forma automática a lo explícitamente excluido.

Debe decirse que, el aplicativo MIPRES es regulado en la actualidad por la Resolución 1885 de 2018 en lo que al RC se refiere, implementado desde el 1º de marzo de 2017 en todos los departamentos del país¹⁴⁸, sin que ninguna entidad

¹⁴⁶ “Por la cual se modifica el artículo 12 de las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018 en relación con la prescripción de productos de soporte nutricional a menores de cinco (5) años”.

¹⁴⁷ “Por la cual se crea el Comité de Coordinación de MIPRES”.

¹⁴⁸ Artículo 2, literal C de la Resolución 5884 de 2016.

pueda llevar a cabo autorizaciones o prescripciones por fuera de la herramienta. En torno al RS, esta se regula por la Resolución 2438 de 2018, modificada por la 5871 de la misma anualidad, implementada a partir del 1° de octubre de 2018, fecha desde la cual las entidades que atienden a sus afiliados, debían estar activadas dentro del aplicativo. Sin embargo, su entrada en funcionamiento se dio de forma paulatina como se evidencia a continuación:

Departamento	Fecha de entrada en operación de MIPRES	Departamento	Fecha de entrada en operación de MIPRES
Nariño	01/10/2018	Norte de Santander	02/04/2019
Atlántico	01/01/2019	Guainía	03/04/2019
Cauca	01/01/2019	Atlántico	03/04/2019
Bogotá	01/01/2019	Tolima	04/04/2019
Casanare	01/02/2019	Huila	05/04/2019
Quindío	01/03/2019	Guaviare	05/04/2019
Sucre	12/03/2019	Bolívar	08/04/2019
Magdalena	18/03/2019	Santander	08/04/2019
Cundinamarca	01/04/2019	Vaupés	12/04/2019
Risaralda	01/04/2019	Meta	16/04/2019
Caquetá	01/04/2019	Putumayo	17/04/2019
Caldas	01/04/2019	Arauca	23/04/2019
Valle del cauca	01/04/2019	San Andrés	26/04/2019
Boyacá	01/04/2019	Chocó	13/05/2019
Bolívar	01/04/2019	Vichada	01/06/2019
Córdoba	01/04/2019	Amazonas	02/07/2019
Magdalena	01/04/2019	Valle del cauca	01/08/2019
La guajira	01/04/2019	Antioquia	01/10/2019 ¹⁴⁹
Cesar	02/04/2019	-----	

Fuente: MIPRES. Corte 30 de septiembre de 2019

Las capacitaciones brindadas a los prescriptores

35. Respecto del conocimiento y buen manejo de la herramienta por parte del profesional de la salud, que se deriva de las capacitaciones realizadas por el rector de la política pública y las que, por imposición de las resoluciones emitidas deben también garantizarse por parte de las IPS¹⁵⁰. Cabe señalar que, según el dicho del ente ministerial, se adelantaron labores de socialización de MIPRES con diferentes actores del SGSSS al inicio de la operación¹⁵¹.

Agregó haber realizado algunas de manera presencial para el RC con (i) la comunidad médica¹⁵²; (ii) la Cámara de prestadores y Cámara de dispositivos de la ANDI; (iii) la Asociación de Pacientes Colombia Saludable, y (iv) los Juzgados de Cali y farmacéuticas. Así mismo, adujo que los días 19 y 24 de mayo de 2019 se llevaron a cabo tres capacitaciones presenciales para las IPS y EPS.

¹⁴⁹ Pero según el dicho por el MSPS en informe del 4 de octubre de 2019, presentado para sesión técnica en la orden 27 aún no había entrado en operación.

¹⁵⁰ Artículo 4, numeral 3 de las resoluciones 2438 y 1885 de 2018.

¹⁵¹ Cfr. Informe del 19 de julio de 2019. AZ XXIII-D, folios 1487-1500.

¹⁵² La Asociación Colombiana de Neumología, la Asociación Colombiana de Radiología y Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

Adicionalmente, y a través de video conferencia se socializó la herramienta en Antioquia¹⁵³, Valle del Cauca¹⁵⁴, Atlántico¹⁵⁵, Eje Cafetero¹⁵⁶ y Santander¹⁵⁷.

Por lo tanto, puede manifestarse que en efecto el MSPS realizó una capacitación sobre el manejo de MIPRES en el RC en cinco departamentos del país, en las IPS y EPS y de forma presencial para tres comunidades médicas¹⁵⁸, asociaciones de pacientes y otros actores.

36. Minsalud dio a conocer respecto de las capacitaciones brindadas a los prescriptores dentro del RS, que se ofreció una socialización de la herramienta durante el segundo semestre de 2017 y el primero de 2018 en los departamentos de Cesar, Chocó, Santa Marta, Nariño, Risaralda, Barranquilla, Quindío, Atlántico, Cauca, Sucre y Caldas. Además, se adelantaron asistencias técnicas y capacitaciones con respecto a la implementación de MIPRES.

En consecuencia, puede decirse que cuando iba a ser implementado el aplicativo se llevaron a cabo labores de capacitación por parte del rector de la política pública que permitió un primer acercamiento de los profesionales de la salud con la misma, la cual, no se dio en forma masiva, sino a algún personal de las IPS en las principales ciudades del país¹⁵⁹, por lo que son muchos los que desconocen de alguna manera el manejo del aplicativo. Lo anterior, ha generado que las EPS deban realizar devoluciones por errores en la formulación, toda vez que los prescriptores encargados no comprenden a cabalidad la forma de llevarla a cabo, en cuanto a concentración o unidades contenidas en la presentación del medicamento¹⁶⁰, situación que se constituye en una barrera para los usuarios, quienes deben soportar la carga administrativa de tener que resolver lo que la IPS no logra, quienes en muchos casos deben regresar a que se corrija el error o quedarse sin la orden que debió emitirse, dilatando así la prestación del servicio.

37. Adicionalmente, se ha alimentado una base de datos que reposa en la página web del ente ministerial con información actualizada sobre MIPRES, la cual es de acceso público y en la que los profesionales de la salud pueden apoyarse al momento de llevar a cabo las prescripciones, conocer la normatividad que ha sido expedida y acceder a los videos de cómo funciona el aplicativo¹⁶¹, entre otras acciones que facilitan al personal de salud que la manipula, comprender con mayor claridad el manejo de la herramienta¹⁶². Lo anterior, ha sido corroborado por varios peritos voluntarios¹⁶³, quienes reconocen lo completo de la información que se ha publicado a través de la página web de la cartera de salud.

¹⁵³ Medellín, Bello, Envigado, Rionegro, Itagüí, La Ceja y Sabaneta.

¹⁵⁴ Cali, Pasto, Popayán, Tulúa, Buga y Palmira.

¹⁵⁵ Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, Valledupar, Montería y Sincelejo.

¹⁵⁶ Manizales, Pereira, Neiva, Ibagué y Armenia.

¹⁵⁷ Bucaramanga, Cúcuta, Villavicencio y Barrancabermeja.

¹⁵⁸ Asociación Colombiana de Neumología, Asociación Colombiana de Radiología y Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.

¹⁵⁹ Pacientes Alto Costo. Id., folio 1513

¹⁶⁰ Informes Defensoría del Pueblo y Universidad Nacional. Id.

¹⁶¹ <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx>

¹⁶² Gestarsalud, Pacientes Alto costo, Acemi.

¹⁶³ Pacientes Alto Costo, Gestarsalud, Acemi.

Hasta este punto, podría decirse que el rector de la política pública cumplió con su obligación al publicar la información concerniente a la herramienta, así como al llevar a cabo lo que más que una capacitación fue una socialización de la plataforma que estaba siendo implementada, pero debe tenerse en cuenta que estas no abarcaron a todo el país en donde sería puesto en marcha MIPRES, dejando por fuera de las mismas a una mayoría que se enfrentó a un aplicativo de uso cotidiano en su labor, que si bien podría facilitarla, representaba serios cambios en la manera de llevar a cabo la formulación dados los múltiples trámites administrativos que consagra su diligenciamiento y la preocupación que aqueja a los profesionales de la salud¹⁶⁴ de cometer algún error que signifique tener que realizar corrección o anulación de la orden emitida y que se disminuya el tiempo del que disponen para realizar la atención médica del paciente. Situación que, de acuerdo a lo manifestado, juega en contra de la herramienta implementada

Sin embargo, es claro el esfuerzo que a *motu proprio* realizaron los profesionales que utilizan el aplicativo, quienes han logrado adaptarse a su funcionamiento para emitir las prescripciones requeridas a pesar del corto tiempo que tienen para brindar la atención adecuada al paciente, lo que ha resultado difícil por no contar desde un principio con los conocimientos requeridos y aunado a ello, el tiempo de la consulta impide, en algunas ocasiones llevar a cabo la atención al paciente en debida forma.

Por lo tanto, se puede concluir de la información remitida por los peritos voluntarios¹⁶⁵, que la labor de capacitación adelantada por el ente ministerial ha resultado insuficiente, toda vez que la (i) complejidad del tema, (ii) lo drástico del cambio entre POS y PBS que afectó a los actores del sistema, (iii) las múltiples resoluciones proferidas, que de forma continua han introducido cambios al aplicativo, y (iv) lo riguroso del diligenciamiento de MIPRES, que exige la comprensión de la herramienta para hacer más eficiente la formulación; requiere de una formación y actualización continua para que su manejo no sea una experiencia aprendida a partir del voz a voz entre colegas y los prescriptores, no encuentren en la puesta en marcha de la herramienta un obstáculo.

En virtud de lo anterior, es necesario brindar información que permita a los prescriptores manejar de una forma adecuada y eficiente “Mi Prescripción”, que se traduce en garantías para los usuarios al SGSSS, toda vez que a mayor preparación menor es el riesgo de que los profesionales de la salud yerren en las formulaciones que realizan, asegurando así a los pacientes el acceso al servicio de salud y evitando la interposición de trabas administrativas a quienes sufren de forma personal los problemas del sistema. En consecuencia, esta Sala considera preciso que Minsalud realice capacitaciones periódicas sobre el manejo de MIPRES, que abarquen no solo las principales ciudades del país, sino además los municipios alejados en los que también se implementó el aplicativo.

¹⁶⁴ Universidad Nacional y Defensoría del Pueblo. AZ-XXIII-D, folios 1457-1462 y 1599-1607.

¹⁶⁵ CRS, Fedesalud y Universidad Nacional. AZ XXIX-D, folios 1556 y 1604.

No obstante, debe resaltarse que la preparación en el manejo de la herramienta, es una obligación que también recae en cabeza de las IPS¹⁶⁶ y de los mismos profesionales, ya que deben buscar la manera de auto capacitarse, atendiendo a que son ellos quienes de forma directa diligencian el aplicativo y emiten la prescripción al paciente; aunado a que existen recursos que facilitan ese auto aprendizaje y que harían más sencillo y eficaz el uso de la herramienta.

Las Juntas de Profesionales de la Salud

38. En las resoluciones a través de las cuales se implementa la herramienta MIPRES en ambos regímenes, se regulan las Juntas de Profesionales de la Salud, que tienen como funciones aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, de soporte nutricional y los medicamentos UNIRS¹⁶⁷. Dichas juntas son conformadas de manera obligatoria en las IPS que prescriben este tipo de servicios y tecnologías, por al menos tres profesionales de la salud que se encuentren inscritos en el ReThus y al menos uno de sus miembros deber ser par del prescriptor, sin que pueda el profesional de la salud que ordena, ser parte de la misma.

Como criterios para que las juntas resuelvan las solicitudes, las resoluciones 1885 y 2438 de 2018 señalaron lo siguiente (i) la correlación de la solicitud efectuada con la condición clínica del paciente; (ii) que la prestación solicitada no cumpla con ninguno de los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 ni hacer parte del listado de exclusiones de la Resolución 5267 de 2017; (iii) que en caso de tratarse de medicamentos de la lista UNIRS exista el consentimiento informado suscrito por parte del paciente o su representante; (iv) la pertinencia clínica de las cantidades prescritas o ajustes de las mismas; y (v) haber agotado las alternativas existentes en el PBS. Además, se establece que las decisiones que adopten son concordantes con los criterios fijados por la jurisprudencia Constitucional.

De igual forma, fijan los tiempos de respuesta a la solicitud de autorización de la prescripción, en los siguientes términos (i) si se genera como ambulatoria priorizada, urgencias o en internación institucional o domiciliaria, tendrá término no mayor a setenta y dos horas siguientes a la solicitud del profesional de la salud; y (ii) si se da como ambulatoria no priorizada, contará con cinco días calendario siguiente a la solicitud del profesional de salud.

Una vez resuelta la petición de autorización del servicio o tecnología por parte de la Junta de Profesionales, la decisión adoptada, ya sea de aprobación o negación deberá ser diligenciada en el módulo de MIPRES dentro de las siguientes veinticuatro horas a la realización de la sesión, para que así se genere el respectivo número de prescripción. Culminado este proceso, las IPS en un término no mayor a setenta y dos horas cargarán en el módulo de la herramienta tecnológica dispuesto para tal fin, las decisiones de las juntas de cada paciente.

¹⁶⁶ Artículos 4 de las resoluciones 2438 y 1885 de 2018.

¹⁶⁷ Capítulo II de las resoluciones 2438 y 1885 de 2018.

De lo anterior se puede inferir que si bien la regulación creada para las Juntas de Profesionales de la Salud se observan acordes con las necesidades de los usuarios del sistema, las mismas no se materializan¹⁶⁸, toda vez que como señaló el rector de la política pública algunas IPS en contravía de lo establecido en el artículo 28 de las resoluciones 1885 y 2438 de 2018¹⁶⁹, cobran por llevar a cabo las juntas, a pesar de que la norma de forma clara establece la imposibilidad de que esto suceda¹⁷⁰. Lo anterior, se constituye en una dificultad para los usuarios del sistema al momento en que se resuelven las solicitudes elevadas por su prescriptor, ya que al presentarse resistencia por las IPS para llevarlas a cabo¹⁷¹, se dilata la toma de las decisiones. Adicionalmente, que pretendan una remuneración económica a cambio del cumplimiento de su deber, hace más gravosa la situación para quienes requieren de los servicios que deben ser autorizados por estas.

Ahora bien, lo mencionado no es lo único que dificulta el acceso a los servicios y tecnologías, ya que también se han conocido inconvenientes en la comunicación entre las IPS y las EPS al momento de cargar al sistema la información de las decisiones que se toman, ocasionando que los usuarios en muchas oportunidades deban regresar a las entidades mencionadas en búsqueda de su prescripción médica, situación que se convierte en una dificultad que se antepone al goce efectivo del derecho a la salud. Casos como los mencionados, se constituyen en barreras para los pacientes al momento de obtener los servicios y tecnologías que requieren y que generan, en algunas ocasiones, la radicación de quejas en la Supersalud, las cuales han sido dadas a conocer a través de los informes presentados ante la Corte, que señalan el total de las que se relacionan con los tiempos de respuesta de las juntas de profesionales, esto es, nueve para el RS¹⁷² y cuarenta y dos para el RC¹⁷³.

Sin embargo, no significa lo anterior que las juntas no realicen un trabajo que deba ser resaltado, toda vez que los datos dados a conocer por el ente ministerial en cuanto al número de aprobaciones realizadas, evidencian que entre el año 2017 y el 2019 se han emitido 170.624 prescripciones dentro del RC y desde el cuarto trimestre del año 2018 al segundo trimestre del 2019 fueron 5.837 servicios y/o tecnologías en el RS vía MIPRES, lo que da cuenta de la labor que las mismas cumplen al interior del SGSSS¹⁷⁴, que no es una que tenga menor importancia.

En este punto, cabe mencionar que la regulación señala¹⁷⁵ que las juntas que no se pronuncien dentro de los términos establecidos en la normatividad, deberán proceder a suministrar lo requerido por el paciente dentro de las veinticuatro horas

¹⁶⁸ Cfr. AZ XXIII-D, Gestarsalud, folios 1521-1525.

¹⁶⁹ “Cobro de la Junta de Profesionales de la Salud. La IPS no podrá cobrar por la conformación y actuación de sus juntas de profesionales de la salud, por hacer parte de la integralidad de la prestación del servicio”.

¹⁷⁰ Informe del Ministerio de Salud, AZ-I auto transversal, folios 135.

¹⁷¹ Id.

¹⁷² Reportadas desde el año 2017 al 2019. Sobre lo que se debe manifestar que las Juntas de Profesionales en este régimen comenzaron a operar en el cuarto trimestre del año 2018 de forma paulatina y no desde el 2017.

¹⁷³ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1463-1469.

¹⁷⁴ Cfr. Id.

¹⁷⁵ Resolución 1885 de 2018, artículo 24 que señala: “Si en la herramienta tecnológica se reporta por parte del secretario técnico de la junta la no procedencia de la realización de la misma, la cual solo aplica de conformidad con el artículo 23 de la presente resolución, la EPS a EOC deberá informar al afiliado y garantizar el suministro efectivo de dicha prescripción”.

siguientes, en garantía y protección del usuario, Sin embargo, en la actualidad no se acata; por lo tanto, desde lo formal se ha creado una protección al paciente, pero en el día a día la misma no genera impacto de ningún tipo.

39. Analizado lo anterior, referente a los CTC y su eliminación del ordenamiento jurídico, desde la expedición de la Resolución 1328 de 2016 para el RC y las resoluciones 2438 y la 5871 de 2018 en el RS, sus funciones pueden aún existir a través de las llamadas Juntas de Profesionales en Salud, toda vez que los mencionados tenían un funcionamiento que de alguna forma se asemeja a lo que ahora se observa. Por consiguiente, se enunciarán las similitudes que tienen las juntas de profesionales con los antiguos CTC: (i) las juntas se conforman con tres profesionales de la salud, como en efecto lo hacían los entonces CTC; (ii) la forma de iniciar el trámite ante las juntas es mediante una solicitud ante la misma para la autorización del servicio PBS no UPC, equivalente a la manera en que se llevaba a cabo con los CTC¹⁷⁶; (iii) las decisiones de las juntas se registran en un acta por cada usuario, mientras que los CTC se pronunciaban de la misma manera. Sin embargo, existe una gran diferencia, dado que las juntas de profesionales no resuelven sobre toda clase de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, sino que se encargan de tramitar las autorizaciones referentes a servicios complementarios, nutricionales y del listado UNIRS prescritos por los encargados de la formulación, mientras los CTC inicialmente resolvían sobre medicamentos No POS y después de proferida la sentencia T-760 de 2008¹⁷⁷ sobre todo lo que no hiciera parte de este.

En definitiva, es viable manifestar que la función de las juntas al estudiar lo concerniente a los servicios complementarios de soporte nutricional y los del listado UNIRS, resulta adecuada, sin que ello impida la adopción de nuevas medidas tendientes a: (i) que se reúnan en los tiempos establecidos para no dilatar la prestación del servicio requerido por el usuario¹⁷⁸; (ii) que no se cobre por su realización, y (iii) que sea la junta la que resuelva sobre servicios complementarios, para así evitar que la acción de tutela continúe siendo el mecanismo que permita acceder a ellos.

Formato de contingencia y anulación de prescripciones

40. El formato aludido se encuentra regulado en el artículo 16 de las resoluciones 2438 y 1885 de 2018, y establece las causas que pueden originar una prescripción mediante el mismo, pudiendo darse por (i) dificultades técnicas; (ii) ausencia de servicio eléctrico; (iii) falta de conectividad; e (iv) inconsistencias de afiliación o identificación. Asimismo, en cuanto a la anulación de la prescripción, se indica que debe diligenciarse de manera excepcional en un plazo de veinticuatro horas siguientes a la formulación inicial y que es tramitada por la EPS en un tiempo máximo de cuarenta y ocho horas después de elevada la solicitud por el profesional de la salud; tiempo insuficiente para cumplir con lo requerido¹⁷⁹, lo que ocasiona

¹⁷⁶ Cuando los profesionales de la salud de una IPS verificaban la necesidad de que un paciente hiciera uso de los medicamentos No POS, debían elevar una solicitud al CTC para que este analizara su viabilidad.

¹⁷⁷ Antes de proferir la misma los CTC solo resolvían sobre medicamentos NO POS.

¹⁷⁸ Artículo 24 id.

¹⁷⁹ Cfr. AZ XXXIII-D, folios 1457-1462. Informe Defensoría del Pueblo.

la subsistencia en el sistema de muchas órdenes que requieren ser invalidadas, dado que el tiempo establecido para ello no es suficiente, lo que genera doble prescripción para muchos usuarios. Adicionalmente, debe decirse que realizar cualquiera de las actividades mencionadas, ya sea tener que anular la prescripción o diligenciar el formulario de contingencia, representa necesariamente que el paciente deba regresar a recoger su fórmula médica, lo que en muchas ocasiones genera desinformación para el usuario o en el peor de los casos, su desistimiento de obtener los servicios y/o tecnologías¹⁸⁰. Lo anterior, constituye una barrera para el acceso al servicio de salud, contrariando lo consagrado en el parágrafo 1° del artículo 30 de la Resolución 3951 de 2016¹⁸¹.

41. Gestarsalud¹⁸² refiriéndose a este punto, dio a conocer que los profesionales de la salud hacen uso de los formatos de contingencia sin tener en cuenta las cuatro condiciones establecidas¹⁸³. Por su parte la Defensoría Pública¹⁸⁴ informó que el diligenciamiento del formato mencionado por parte de los prescriptores se torna complejo, toda vez que contiene ítems repetidos que dilatan el proceso de formulación y limitan el tiempo de la atención al paciente.

En este punto cabe destacar que si bien el formato de contingencia que se analiza cumple una función que resulta de gran importancia dentro de MIPRES, por cuanto resuelve los inconvenientes que impiden en un momento determinado prescribir a través de la herramienta, también es claro que el mismo debe ser usado de forma excepcional, ya que la regla general es realizar la formulación mediante el aplicativo para así garantizar, entre otras cosas, que el usuario salga de la consulta con la fórmula autorizada que le permita acceder a su servicio o tecnología, así como la trazabilidad de lo llevado a cabo.

42. Por lo anterior, la Sala considera necesario que el Ministerio de Salud realice una verificación en cuanto al formato de contingencia, sobre (i) la eficiencia del formulario; y (ii) el manejo por parte de los prescriptores, lo que merece especial atención por parte del ente ministerial, ya que si bien el formato puede resultar útil para subsanar en algunas ocasiones los problemas que puedan impedir llevar a cabo la prescripción, este debe reevaluarse y modificarse para que el servicio que preste sea más eficiente y facilite a los prescriptores su diligenciamiento.

En cuanto a la anulación de la prescripción por parte de los profesionales de la salud, debe señalarse que no poder corregir los errores generados dentro de la herramienta, limita la prestación del servicio de salud al paciente, que soporta las mayores cargas al no lograr acceder al ejercicio del derecho fundamental. Por lo tanto, se requiere que el rector de la política pública brinde mayor capacitación a

¹⁸⁰ Id.

¹⁸¹ “En ningún caso la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, bien sea por el diligenciamiento del aplicativo o por la prescripción realizada mediante el formulario que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin”.

¹⁸² Cfr., AZ XXIII-D, folios 1521-1525.

¹⁸³ La resolución 1885 de 2018 establece que se diligencia el formulario por: i) Dificultades técnicas, ii) Ausencia de servicio eléctrico, iii) Falta de conectividad e, iv) inconsistencias de afiliación o identificación.

¹⁸⁴ Cfr. AZ XXXIII-D, folios 1457-1462.

los prescriptores para que puedan realizar la anulación en los tiempos establecidos o de ser necesario, modificar los mismos, en pro de garantizar el acceso a los servicios de salud de los usuarios.

La mesa de ayuda

43. El Ministerio ha dispuesto una mesa de ayuda para brindar a los profesionales encargados de diligenciar la herramienta MIPRES, soporte sobre los temas que a esta conciernen. Sin embargo, algunos de los peritos voluntarios¹⁸⁵ informaron no conocerla y tener que recurrir directamente al ente ministerial para buscar apoyo cuando tienen dudas.

De igual forma, se dio a conocer que en ocasiones las EPS, IPS y los profesionales de salud han elevado solicitudes a la mesa de ayuda, quien se tarda hasta una semana en brindar respuesta, lo que evidencia la falta de efectividad y eficacia del mecanismo de soporte, ya que si bien las contestaciones que otorgan frente a normatividad y procesos son adecuadas y satisfactorias, con los tiempos no sucede lo mismo¹⁸⁶.

44. Sobre este particular, la Defensoría del Pueblo, informó que la mesa de ayuda “no [responde] a las inquietudes, y novedades de manera clara y oportuna”¹⁸⁷ y a pesar de que la misma cuenta con canales por línea telefónica y correo electrónico, la información en ocasiones puede tardar meses. Además ha sucedido que se recibe una respuesta diferente para la EPS y la IPS¹⁸⁸.

45. La Universidad Nacional¹⁸⁹ también manifestó que los médicos en general no conocen la mesa de ayuda, ya que quienes recurren a ella son los administrativos o líderes del proceso, pero cuando han requerido consultarle sobre los medicamentos UNIRS no ha contestado de forma adecuada, aunado a la tardanza para la emisión de la respuesta, por lo tanto, más que ser un apoyo se ha convertido en una forma de dilación de los procesos.

46. Respecto a este punto debe decirse que la creación de la mesa de ayuda por parte del rector de la política pública resulta ser un buen método para apoyar y brindar acompañamiento a los prescriptores y las entidades de salud, siempre y cuando la misma gestione y solucione todas las consultas que se presenten en el manejo del aplicativo en tiempo real, que brinde soporte a los profesionales de la salud, para que así pueda emitir respuestas que lleguen de forma oportuna, ya que de lo contrario el trabajo realizado por la llamada mesa de ayuda se torna ineficaz.

47. Por lo tanto, esta Corporación considera que debe realizarse un seguimiento técnico por parte de la cartera de salud a la mesa de ayuda para que funcione en tiempo real y tenga la capacidad necesaria para responder a quienes se encuentren en línea en búsqueda de soporte.

¹⁸⁵ Asociación Pacientes de Alto Costo;

¹⁸⁶ Gestarsalud, Así Vamos en Salud.

¹⁸⁷ Defensoría del Pueblo. Id.

¹⁸⁸ Acemi. AZ XXIII-D, folios 1526-1533.

¹⁸⁹ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1599-1607.

La autonomía médica de los prescriptores

48. La autonomía médica se encuentra protegida en la Ley Estatutaria en Salud¹⁹⁰ y las resoluciones proferidas por el ente ministerial¹⁹¹, así como en el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007¹⁹², modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011¹⁹³ que indica que el acto propio de los profesionales de la salud, se caracterizan por la autonomía y la relación entre estos y el usuario, la cual genera una obligación de medio basada en la competencia profesional.

Adicionalmente, la última norma mencionada consagra la responsabilidad que tienen los profesionales de la salud de regular la conducta y las actividades de sus pares sobre la base de no permitir el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite e impida el acceso a los servicios a quienes los requieren. De igual forma, el precepto¹⁹⁴ establece a la autonomía profesional en el ámbito de la salud como la garantía para que el profesional pueda emitir con toda libertad su opinión respecto a la atención y tratamiento con calidad de sus pacientes, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su carrera.

De lo anterior se deduce la necesidad de respetar de forma irrestricta la autonomía médica en todos los escenarios donde sea requerida la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud, lo que inevitablemente incluye a la herramienta MIPRES que en algunos momentos podría afectar la determinación que, como consecuencia del análisis médico, se adopte por quien formula. Asimismo, se han evidenciado restricciones a los prescriptores, quienes en ocasiones se ven abocados a tomar decisiones distintas a lo que podría necesitar el usuario, dada la ausencia de servicios y/o tecnologías dentro del aplicativo, los segundos usos y los tratamientos no registrados en la base de datos de MIPRES¹⁹⁵.

49. Las anteriores afirmaciones se corroboran desde la jurisprudencia constitucional, la cual ha fallado casos en donde los médicos han emitido órdenes para el suministro de tecnologías que pese a no estar en el listado de exclusiones, tampoco pueden ser prescritos por MIPRES al no encontrarse en el aplicativo, de ello dan cuenta las sentencias T-336 de 2018, T-239 de 2019 y T-485 de 2019, que analizaron situaciones donde a los pacientes se les formuló un cheque neurológico

¹⁹⁰ “Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente.

La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.

Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos médicos o similares.

¹⁹¹ 3951 de 2016, 532 de 2017, 1885 de 2018.

¹⁹² “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”

¹⁹³ “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

¹⁹⁴ Artículo 105.

¹⁹⁵ Defensoría del Pueblo. AZ XIX-M, folios 5849-5858.

y dos sillas de ruedas respectivamente. Teniendo en cuenta esta situación la Corte en la sentencia T-239 de 2019 indicó lo siguiente:

“En el caso de las sillas de ruedas, se encuentra que la Resolución 5857 de 2018, en su artículo 59, párrafo 2°, dispuso que “no se cubren con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos”. Sin embargo, esto no quiere decir que se trate de instrumentos excluidos del PBS, pues estos se encuentran listados en la Resolución 244 de 2019 y ésta omite referencia alguna a las sillas de ruedas.

(...)

Mucho menos puede afirmarse que no pertenecen al ámbito de la salud, como lo refirió el Ministerio de Salud y Protección Social en el presente caso, pues se trata de instrumentos prescritos por razones médicas que tienen como fin menguar las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentra una persona por una determinada afección clínica y, además, permitir que tenga una vida en condiciones de dignidad humana, más aún, tratándose de un sujeto de especial protección constitucional.

Así las cosas, la Sala reitera lo resuelto en la sentencia T-464 de 2018, en la cual se clarificó que las sillas de ruedas sí hacen parte del sistema de salud bajo el segundo supuesto de los tres recién mencionados, esto es, que hacen parte del PBS pero no son financiadas por la UPC, sino que las EPS deben adelantar el procedimiento establecido en la Resolución 1885 de 2018 para su suministro y recobro al ADRES, para lo cual deben hacer uso de la herramienta MIPRES.

Al respecto, la Sala concluye que, si existen fallas u omisiones en este aplicativo, no resulta aceptable, bajo concepto alguno, que sean los pacientes quienes deban asumir la negativa de un insumo o servicio por los errores del sistema, o la posible descoordinación entre las EPS y el Ministerio de Salud y Protección Social para cumplir una prescripción médica”. (Resaltado fuera de texto)

De lo anterior se deduce la necesidad de actualizar la base de datos de MIPRES con el fin de que puedan encontrarse allí todos los servicios y tecnologías que hacen parte del PBS pero que no son financiadas por la UPC, con el fin de garantizar al prescriptor la materialidad de su autonomía médica, que en casos como el mencionado puede verse afectada dada la forma en que opera la herramienta, ya que no se ubican dentro de la misma los servicios y tecnologías que los profesionales requieren prescribir.

50. Ahora bien, hay que tener en cuenta las manifestaciones que ante esta Corporación se han dado a conocer por algunos de los peritos voluntarios¹⁹⁶ y la Defensoría Pública, quienes informaron que una de las limitantes que de forma especial se genera respecto de medicamentos existentes en los listados, es la exigencia de que lo formulado coincida plenamente con el medicamento que tiene el dispensador, lo que de no cumplirse, causa devolución de las prescripciones. Situación que se da debido a la dificultad que tiene quien fórmula de conocer en que unidades está el medicamento en MIPRES y si viene en presentaciones fraccionadas, lo que afecta las fórmulas que van a emitirse, ya que de no ser coincidente lo requerido con lo que se ubica en la plataforma, será inútil e imposible de materializar por el usuario.

¹⁹⁶Cfr. AZ-XIX-D, folios 1530 y ss, Así Vamos en Salud, Acemi, la CSR y Fedesalud tuvieron comentarios en favor y en contra

Pese a lo citado, se conocieron pronunciamientos que niegan la existencia de quejas radicadas por los prescriptores en cuanto a la afectación de su autonomía médica¹⁹⁷, agregando que los errores cometidos por estos se deben a la variedad que ofrece MIPRES en cuanto a concentración mínima de los medicamentos, sin que ello signifique obligación alguna a la hora de formular¹⁹⁸.

51. Adicionalmente, se tiene la denuncia allegada por el señor Aníbal Rodríguez Guerrero ante esta Corporación¹⁹⁹, quien indicó entre otras cosas que la implementación de MIPRES afecta la autonomía de los profesionales de la salud, toda vez que sus decisiones sobre los tratamientos a prescribir dependen del *software* que “controla” lo que ordena el médico. En suma, aseguró que el rector de la política pública desborda su función, ya que por vía electrónica asume un papel de intermediario en la aprobación de atención en salud, afectando la libertad para decidir de los profesionales. Lo anterior, según el denunciante tiene como fin ajustar las finanzas del sistema, vulnerando así los derechos y afectando el goce efectivo a la salud de los colombianos.

En relación con lo anterior la Defensoría señaló que algunos profesionales a los que elevaron la consulta manifestaron su preocupación en cuanto al uso que la cartera de salud le pueda dar al aplicativo, toda vez que podría presentarse un control de gasto por el que se les pueda penalizar, a pesar de que en el ejercicio de su profesión solo buscan lo mejor para el paciente²⁰⁰. Sin embargo, el MSPS contradujo lo indicado por el quejoso, agregando que el aplicativo no permite la manipulación por parte de esta entidad.

52. La Sala debe manifestar que lo declarado por el denunciante no pudo ser verificado y que contrario a ello, se desconoce la existencia de un elemento que permita dar total credibilidad a sus dichos. Lo anterior, debido a que Minsalud negó contar con posibilidad alguna de manipular la herramienta, y si bien se han conocido manifestaciones de los galenos que fueron consultados por la Defensoría Pública, quienes refieren sentir temor por el posible control del gasto, ello no demuestra el supuesto manejo que de la herramienta hace el MSPS. Sin embargo, cabe reiterar que en virtud del control que por temas financieros pueda darse, no se debe afectar de ninguna forma la autonomía médica de los prescriptores.

53. De igual forma, se tiene la exigencia que se impone a los prescriptores como criterio para ordenar a un paciente un servicio o tecnología que haciendo parte del PBS no es financiado con la UPC, esto es, que previo a ello, agoten las alternativas PBS UPC, tal como se desprende del numeral 4 del artículo 9, de las resoluciones 1885 y 2438 de 2018 que expone:

“La prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios deberá en cualquier caso observar los siguientes requisitos...”

¹⁹⁷ Cfr. Id., folios 1514 ss, Pacientes Alto Costo, Gestarsalud, CSR y Fedesalud

¹⁹⁸ Id., folios 1526, Pacientes de Alto Costo y Acemi.

¹⁹⁹ Cfr. Id, folios 5720-5725.

²⁰⁰ Id. Informe Defensoría del Pueblo.

(...)

4. *Que se hayan agotado o descartado las posibilidades tecnológicas, científicas y técnicas, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en la herramienta tecnológica”.*

Ahora bien, tal requerimiento fue implementado durante la vigencia del POS regulado por la Resolución 5521 de 2013²⁰¹, el cual consistía en un sistema de inclusiones implícitas, es decir, lo que no se encontrara en tales listados evidentemente no haría parte de las coberturas del POS y requería de un trámite más especializado para el acceso a los mismos con la operación de los CTC, regulados a través de la Resolución 2933 de 2006²⁰², que tenían como obligación la autorización de lo no incluido en el Manual de Medicamentos del POS. Norma que en el artículo 6º establecía los criterios para aprobar la entrega del medicamento y en el literal c)²⁰³ repetía la exigencia citada líneas atrás. No obstante, se hace necesario recordar que de conformidad con la Ley 1751 de 2015 y la sentencia C-313 de 2014, el sistema que ahora rige es el de exclusiones explícitas y, contrario a lo mencionado, hace parte del PBS todo lo que no se halle en tal listado.

54. Dicho lo anterior, mantener tal imposición a los prescriptores no tiene justificación alguna y en cambio, afecta el ejercicio del profesional de la salud, al tener que presentar argumentos adicionales a los que exige la responsabilidad médica para emitir una orden en pro del bienestar de su paciente, como es el haber agotado las opciones que contempla el PBS. Así mismo, desconoce que los usuarios del sistema de salud tienen derecho a acceder a ellos, cuando el médico tratante considere que es lo adecuado para su tratamiento, y no deben sufrir de manera alguna la diferenciación realizada por Minsalud, con ocasión de la fuente de financiación.

Por lo tanto, exigir a los prescriptores el agotamiento en primera medida de las opciones que haciendo parte del PBS, son financiadas por la UPC, genera una barrera que en muchas ocasiones puede hacerlos desistir de formular un tratamiento, servicio o tecnología PBS no UPC afectando la autonomía médica y el acceso de los usuarios a aquello que, con ocasión de su diagnóstico, requieren. En conclusión, no puede haber una transcripción de las normas que regulaban en

²⁰¹ “Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)”.

²⁰² “Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela”.

²⁰³ “El Comité Técnico-Científico deberá tener en cuenta para la autorización de los medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud los siguientes criterios: ; c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica”.

vigencia del POS a los extintos CTC, a lo ahora denominado PBS y las Juntas de Profesionales de la Salud, toda vez que el espíritu de la ley y la operación en ambos casos es diferente, y por ende, la regulación también debe serlo.

Sobre este punto, ha sido amplia la jurisprudencia de esta Corporación, al establecer que en principio, la competencia para determinar si una persona requiere un procedimiento, intervención o medicamento recae en el médico tratante²⁰⁴, agregando además lo siguiente:

“En armonía con ello, la Ley 23 de 1981 estableció que el ejercicio de la profesión médica “(...) tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso”. En un sentido semejante, ese precepto también determinó que el profesional de la salud “(...) no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen” y que, además, “(...) no expondrá a su paciente a riesgos injustificados”²⁰⁵.

Asimismo, señaló que la opinión del médico que se encuentra vinculado a la EPS se constituye en el principal criterio para determinar qué servicios o tecnologías requiere un paciente, por cuanto es esta la *“(...) persona capacitada, con criterio científico y que conoce al paciente”²⁰⁶*. En virtud de lo anterior, cuestionar sus decisiones resulta desconocer su capacidad y el criterio científico que lo determinan para prescribir una determinada tecnología o servicio.

55. En conclusión, es preciso recordar la obligación de respetar de manera irrestricta la autonomía de los profesionales que prescriben a través de la herramienta tecnológica MIPRES, quienes deberán contar con la tranquilidad de poder maniobrar en cuanto a la formulación, conforme a sus principios y a sus criterios médicos, por ser quienes tienen los conocimientos idóneos para emitir la orden que en favor de su paciente considere pertinente, sin que exista una obligación de argumentar la razón de su decisión más allá de lo que la medicina exige.

El listado UNIRS

56. Sobre los medicamentos de usos no indicados en el registro sanitario, expuestos en el numeral 14 de la parte considerativa de esta providencia, debe decirse que se ha dado a conocer que en ocasiones los profesionales encargados de la prescripción no encuentran los que requieren dentro de los listados, ya que si bien allí reposan los más comunes²⁰⁷, en varias oportunidades se prescriben moléculas que no hacen parte de estos, obligando a los pacientes a que acudan a la acción de amparo para su obtención. Lo anterior, toda vez que según Pacientes

²⁰⁴ Sentencias T-508 de 2019, T-651 de 2014, T-345 de 2013, T-873 de 2011, T-410 de 2010, T-344 de 2002, T-786 y T-414 de 2001 y SU-819 de 1999.

²⁰⁵ Ley 23 de 1981, artículo 15.

²⁰⁶ Sentencias T-508 de 2019, T-235 de 2018, T-742 de 2017, T-686 de 2013, T-872 de 2011 y T-435 de 2010, entre otras.

²⁰⁷ Pacientes Alto Costo y Gestarsalud.

de Alto Costo, es la única forma de que a la EPS e IPS no le glosan la cuenta de la Adres²⁰⁸.

En suma, algunos peritos voluntarios²⁰⁹ indicaron que, si bien las moléculas hasta ahora requeridas se hallan en el listado, muchas de las que deberían estar, se quedan por fuera. Ello pese a las solicitudes de inclusión de más de cuarenta moléculas con fuerte evidencia científica elevadas al MSPS, sin que se haya llevado a cabo, generando que al menos un hospital que fue consultado por la Universidad Nacional, deba suministrar aquellos medicamentos que, sin estar en la lista mencionada, son requeridos por los pacientes, toda vez que, según su dicho, prima la vida, aunque ello implique una gran pérdida económica²¹⁰.

En este punto vale la pena hacer alusión a lo que fuera mencionado por la Universidad Nacional, referente a que pudieran los grandes hospitales presentar su evidencia científica para la inclusión de medicamentos en el listado UNIRS dada su amplia experiencia y la fortaleza de su evidencia científica. Sobre lo anterior, cabe manifestar que es el rector de la política pública quien en una labor que despliega con las sociedades científicas, el competente para modificar o incluir moléculas en el listado UNIRS, lo que impide que la Sala Especial de Seguimiento emita algún tipo de orden o concepto al respecto.

57. Ahora bien, cabe citar la manifestación que realizara el Observatorio Así Vamos en Salud, quien dio a conocer que el 39,1% de los galenos por ellos interrogados informaron no tener conocimiento sobre el listado UNIRS, en cuanto al análisis del registro de moléculas de soporte clínico, científico y bibliográfico para el manejo de las patologías el 69,6% señaló que el listado no se encuentra completo, lo que da a conocer que existe desinformación desde los prescriptores en torno a la existencia del listado y su contenido, por lo que se hace necesaria la implementación de mecanismos que brinden publicidad a los mismos para así asegurar que en caso de ser requeridos a la hora de formular, puedan hacer uso de ellos.

Por lo tanto, no pueden dejarse de lado las manifestaciones realizadas por algunos peritos voluntarios que señalaron que los medicamentos requeridos se han encontrado dentro del listado, así como tampoco, las de aquellos que pusieron de presente que los requeridos no se hallan incluidos y que se quedan por fuera del mismo, moléculas que aún siguen siendo prescritas.

Lo anterior demuestra la necesidad de continuar aumentando las tecnologías que hacen parte del listado²¹¹, sin que ello signifique desatender los procedimientos establecidos por el rector de la política pública para ello. No obstante, la Sala encuentra que los UNIRS han cumplido con su finalidad, por cuanto han permitido a los pacientes recibir tratamientos basados en usos terapéuticos distintos a los reconocidos por Invima. Adicionalmente, y referente a la ausencia de medicamentos en el listado UNIRS se ha dicho, pueden generar un problema que

²⁰⁸ Cfr. AZ XXIII-D, folios 1514-1520.

²⁰⁹ Pacientes Alto Costo, Gestarsalud, Acemi, Así Vamos en Salud y la Universidad Nacional.

²¹⁰ Universidad Nacional. AZ XXIII-D, folios 1599-1607.

²¹¹ Conclusión con la que concuerdan la Asociación de Pacientes Alto Costo, Gestarsalud y Acemi.

afecta la financiación del sistema, ya que, si la EPS los suministra a través de un fallo de tutela, se corre el riesgo de que la Adres niegue el recobro²¹². Sin embargo, Pacientes de Alto Costo²¹³ dio a conocer que en algunos casos los usuarios deben acudir a tal acción para acceder a un medicamento que no hace parte del listado UNIRS, siendo esta la única forma de que la Adres no le glose la cuenta a las IPS y EPS.

En este punto, vale la pena referirse a la manera en que algunos usuarios del SGSSS, logran acceder a lo ordenado, quienes, según lo dicho, son motivados a interponer acciones de tutela, lo cual no es garantía de prestación del servicio, dado el desgaste que genera en los pacientes tener que acudir a la jurisdicción para obtenerlo. Ahora bien, respecto de la afirmación realizada por Acemi en relación con la negativa de pago de la solicitud de recobro en casos en que el suministro de los medicamentos UNIRS fue ordenado a través de fallo de tutela, la Sala encuentra necesario aclarar que dicho aplicativo cuenta con un mecanismo mediante el que las EPS pueden registrar la prestación de servicios ordenados por los jueces constitucionales, motivo por el cual no existe justificación para que la Adres glose la solicitud cuando el servicio fue efectivamente prestado y el trámite de solicitud se ajusta al procedimiento establecido.

58. Dicho lo anterior, se hace menester requerir al Ministerio de Salud para que actualice el listado UNIRS atendiendo a los lineamientos y requisitos que se han establecido en cuanto a eficacia y seguridad, con el fin de garantizar el acceso de los pacientes a aquellos medicamentos que pese a no estar autorizados por el INVIMA para el tratamiento de sus patologías, tienen suficiente identidad para mejorarla y por ello hacen parte del listado en mención.

La operación de la herramienta

59. En cuanto a la operatividad y eficacia de la herramienta dentro del RC, vale señalar que los informes reportados por Minsalud respecto de la cantidad de prescripciones realizadas a través de MIPRES, esto es, de servicios y tecnologías que no son financiadas por la UPC, se tiene que se generaron con corte al 31 de agosto de 2019, 13.205.885 prescripciones a 3.132.402 pacientes, de las que se autorizaron el 86% para medicamentos, 7% procedimientos, 4% suplementos de soporte nutricional y 3% servicios complementarios²¹⁴.

En el RS se prescribieron desde el 1º de octubre de 2018 hasta el 31 de agosto de 2019, 741.366 a 364.054 pacientes, de las cuales el 74% fueron medicamentos, 6% procedimientos, 12% suplementos de soporte nutricional y 10% servicios complementarios. Lo anterior, demuestra que en efecto la herramienta implementada ha venido operando y de ello dan cuenta los anteriores guarismos, pero contrariando a la eficacia con la que pueda funcionar, se tienen los datos aportados por el rector de la política pública, quien desde el informe de acciones de amparo remitido para los años 2017 y 2018 ha reportado las siguientes cifras:

²¹² Manifestación realizada por Acemi, AZ XXIII-D, folios 1526-1533.

²¹³ ID., folios 1514-1520.

²¹⁴ Informe del 4 de octubre de 2019, remitido Ministerio de Salud dentro de la sesión técnica de la orden 27. AZ-XXVII-J, folios 283-312.

Para el año 2017, para ambos regímenes y dentro de las categorías (i) servicio de salud no POS que fue aprobado, pero esta demorado; y (ii) servicio de salud ordenado por el médico tratante y negado por ser No POS, se reportó que el porcentaje de acciones de amparo llegó a 17,1% y 5,0% respectivamente²¹⁵.

Para el año 2018, en RS y RC, dentro de las categorías (i) servicio de salud no incluido en el PBS que fue aprobado, pero esta demorado; y (ii) servicio negado por ser PBS no UPC, se reportó que el porcentaje de acciones de amparo llegó a 14,99% y 14,42% respectivamente²¹⁶.

60. Situación que preocupa a la Sala Especial y que evidencia un incremento del 9.42% en las acciones que por el segundo de los ítems se han radicado, dado que habiéndose implementado el aplicativo con el que se asegura la prescripción de forma inmediata para los pacientes y sin necesidad de que se realice trámite administrativo adicional debería observarse una reducción en las acciones constitucionales que buscan el acceso a lo mencionado, lo que con claridad puede decirse no ha sucedido dado el número de acciones de amparo que por servicios PBS no UPC año tras año se radican.

Cabe manifestar que, si bien el rector de la política pública aseveró tener como próximo reto las acciones de tutela, también indicó que para la entidad existen algunos “incentivos” en cuanto a la radicación de estas, dando por sentado que no podrá observarse su disminución en cuanto a servicios complementarios, por ser esta la forma en que se pueda realizar el respectivo recobro. Ello de la siguiente manera²¹⁷:

“claramente hay unos incentivos que tenemos para seguir aplicando tutelas y es que nosotros en tutelas pues, cada vez más tenemos en el análisis que estamos haciendo que les voy a contar, pues tenemos unos análisis donde según algunos servicios por la relación con las exclusiones, creemos que hay tutelas que no se van a reducir simplemente porque hay servicios complementarios que para poder financiarlos solamente es posible cuando media un fallo de tutela”.

61. Lo dicho, demuestra la imposición de una carga innecesaria y vulneratoria de los derechos de los usuarios del sistema al exigirles la presentación de una acción de tutela que implica además pérdida de tiempo en la obtención del suministro requerido; pero aunado a ello, activar la jurisdicción y generar congestión en la administración de justicia cuando debe resolver a través de decisiones judiciales, lo que es función de los diferentes actores del SGSSS.

Ahora bien, que el rector de la política pública considere un incentivo la radicación de una acción de tutela por parte de los usuarios del sistema para garantizar el acceso a los servicios complementarios de soporte nutricional y así aliviar sus padecimientos, resulta desconocedor de las garantías que debe brindar un Estado,

²¹⁵ Informe orden trigésima año 2017. AZ XXX-C, folios 1279-1326.

²¹⁶ Informe orden trigésima año 2018. AZ XXX-D, folios 1443-1472.

²¹⁷ Sesión técnica realizada el 10 de octubre de 2019 dentro del seguimiento que se realiza a la orden 27. Minuto 2:32:41 del audio.

que como el colombiano, se funda en el respeto de la dignidad humana, lo que además denota la ausencia de medidas de política pública que garanticen los servicios de salud y, dicho sea de paso, disminuyan el número de acciones de tutela que se radican.

No obstante, y pese a lo dicho, se tiene que desde el mismo Ministerio de Salud²¹⁸ se dieron a conocer los datos de las prescripciones de servicios complementarios²¹⁹ evaluadas y aprobadas por la Junta de Profesionales de la Salud en los años 2017, 2018 y primer y segundo trimestre de 2019, las cuales ascienden a 170.624. Por lo tanto, se vislumbra que las juntas están dando trámite a este tipo de solicitudes y dejando de lado la manifestación que en la sesión técnica realizara la cartera de salud, la cual no puede obviarse dado que procede de la misma entidad.

En cuanto a la entrada en operación del MIPRES en el RS, se pudo verificar²²⁰ que a la fecha todos los departamentos se encuentran prescribiendo mediante el aplicativo, con diferentes fechas de iniciación, como se evidencia en el cuadro citado en el numeral 27 de la parte considerativa de esta providencia. Así mismo, la cartera de salud reportó el número de prescripciones realizadas desde la implementación del aplicativo en el RS, esto es que, en el cuarto trimestre del año 2018, en el que se realizaron 14.072 y hasta el mes de mayo de 2019, 295.118. Sin embargo, no se puede llevar a cabo un paralelo entre lo que se fórmula ahora y lo que se autorizaba a través del CTC, ya que, pese a haberse solicitado la información, esta no pudo ser remitida, toda vez que Minsalud no cuenta con ella y la misma reposa en cada EPS.

Número de prescripciones del Régimen Subsidiado por trimestre		
Trimestre	No. de personas	No. de prescripciones
2018 – 4 trimestre	9.772	14.072
2019 – 1 trimestre	53.118	82.835
2019 – 2 trimestre	150.452	212.283
TOTAL	193.966	309.190

Fuente. Página Ministerio de Salud y Protección Social

En este punto, se hace sustancial detenerse en las acciones de amparo que fueron radicadas en el año 2018, por tecnologías y servicios de salud (i) no incluidos en el PBS que fue aprobada, pero esta demorada; y (ii) negados por ser PBS no UPC, que llegan a un total de 778 y 749²²¹ acciones de tutela respectivamente. Sin embargo, no puede dejarse de lado que la herramienta en este régimen solo comenzó a operar el primero de octubre de 2018 en el departamento de Nariño, lo que dificulta la evaluación que desde la radicación de acciones se pueda realizar en torno a la eficacia de MIPRES.

²¹⁸ Cfr. AZ-XXIII-D, folios 1487-1500.

²¹⁹ Que puede incluir a los de soporte nutricional ambulatorio o medicamento incluido en el listado.

²²⁰ En la página web del ente ministerial consultado el 01 de noviembre de 2019.

²²¹ Del total de la muestra recaudada que fue de 4.160, que corresponde al 8.6% de las tutelas en salud radicadas.

62. De igual forma y respecto de la trazabilidad con la que cuenta la herramienta, esta se da en torno a los siguientes procesos adelantados por los profesionales de la salud (i) cambio de contraseña; (ii) intento de ingreso fallido; (iii) intento de recuperación de clave exitoso; (iv) intento de recuperación de clave fallido; y (v) usuario bloqueado y deshabilitado por fallecimiento, información que si bien tiene cierto nivel de relevancia, no reporta datos de fondo respecto de las formulaciones que habiendo sido intentadas, no se pudieron finiquitar o de las dobles prescripciones que un mismo paciente recibió en un día o una semana, así como, tampoco sobre las negaciones que a través de esta se realizan. Lo anterior, aportaría respecto del control de las prescripciones generadas, por lo que será necesario que el ente ministerial implemente lo necesario para garantizar la trazabilidad de los ítems mencionados.

Por lo tanto, de lo que fuera remitido se concluye, entre otras cosas, que a la fecha se tiene poco tiempo desde la implementación del aplicativo en este régimen, es decir, que el ente ministerial tardó tres años para dar materialidad a la orden emanada del auto de valoración emitido en 2017. No obstante, es claro que se han realizado esfuerzos por equiparar las medidas implementadas en ambos regímenes y así proteger a una población que hace parte del RS, que *per se*, tiene mayores dificultades para acceder al sistema de salud y requieren de una atención especial para salvaguardar sus derechos.

En suma, debe decirse que la cartera de salud estableció como objetivos principales de la implementación de MIPRES (i) la autonomía médica; y (ii) la eliminación de las barreras de acceso, es decir, la desaparición del requisito de contar con autorización emitida por los CTC²²², se pueden evidenciar avances en las medidas adelantadas, sin dejar de lado que pese a que ahora los CTC han dejado de funcionar, la figura de las Juntas de Profesionales de la Salud tienen características que no se alejan mucho de lo que estos fueron, con problemas que tampoco se desconocieron por aquellos y que siguen apareciendo como dificultades que impiden el acceso al SGSSS.

63. Dicho lo anterior, debe hacerse mención a que, si bien Minsalud ha creado los mecanismos de protección individual y colectiva, a través de los cuales realiza una diferenciación en servicios y tecnologías según su forma de financiación, también lo es que habiendo creado e implementado MIPRES se ha facilitado la forma de prescripción de los servicios PBS no UPC, disminuyendo en parte, las barreras que se generaban con la operación de los CTC.

b) Segundo componente: prescripción y autorización directa y excepcional de tecnologías y servicios explícitamente excluidos de financiación con recursos públicos de la salud

64. El artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, regula lo concerniente a los servicios y tecnologías que no serán financiados con recursos públicos de la salud, además

²²² Informe del MSPS del 4 de octubre de 2019, sesión técnica orden 27.

establece los criterios²²³ que serán tenidos en cuenta para ello. Sin embargo, la sentencia C-313 de 2014 y el auto 001 de 2017, señalaron que las entidades prestadoras, “*están obligadas a garantizar todo lo que haya ordenado este profesional, cuando no esté excluido acorde con los criterios establecidos por el legislador de conformidad con el alcance fijado en la jurisprudencia. Si lo prescrito no está incorporado, su autorización está sujeta a las reglas establecidas por este Tribunal*”²²⁴, así mismo el auto de valoración indicó al momento de aclarar el parámetro de análisis de la orden vigésima tercera en atención a la regulación vigente, lo siguiente “*...pese a la existencia de un nuevo catálogo que cubre todas las prestaciones a excepción de las explícitamente excluidas, persistirán situaciones en las que según el criterio del médico tratante, los pacientes requerirán de estas últimas tecnologías y se debe contar con un trámite para su autorización*”²²⁵.

De lo anterior se deduce que, siempre y cuando se cumplan los requisitos fijados en la jurisprudencia de esta Corporación, puede de forma excepcional prescribir y autorizar servicios y tecnologías explícitamente excluidos del PBS, por lo que se hace necesario contar con un mecanismo que permita la autorización de lo mencionado. Resta mencionar que, la Corte en virtud del seguimiento que realiza a las órdenes 17 y 18²²⁶, cuestionó a Minsalud sobre la existencia de una herramienta que permita a las personas que requieran con necesidad acceder a una tecnología o un servicio expresamente excluido del PBS²²⁷; quien informó que a la fecha de emisión de la respuesta²²⁸ no contaba con ninguno.

65. Así mismo, las entidades asistentes a la sesión técnica²²⁹ manifestaron no conocer de la existencia de un medio que permitiera a los usuarios del sistema acceder a los servicios o tecnologías contenidos en el listado de exclusiones. No obstante, Acemi advirtió de uno, señalando que se trata de la posibilidad de suministrar tecnologías para un uso no aprobado por el Invima a través de MIPRES, los cuales requieren ser empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el Invima, por lo que cita el numeral 22, artículo 3 de la Resolución 1885 de 2018²³⁰.

Sobre el particular, la Sala debe aclarar que dicho concepto hace referencia a los medicamentos incluidos en el listado UNIRS²³¹, los cuales no hacen parte de las exclusiones, sino que se trata de aquellos que ya tienen un registro sanitario aprobado y cuentan con un uso o prescripción excepcional que requieren ser

²²³ “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”.

²²⁴ Sentencias T-840 de 2011; T-355 de 2012 y T-155 de 2013, entre otras.

²²⁵ Numeral 4.2 de la parte considerativa.

²²⁶ Cfr. AZ XVII-M, folios 5259-5263.

²²⁷ Cfr. Auto del 26 de febrero de 2019. AZ-XVII-M, folios 5259-5263.

²²⁸ Id., folios 5336-5352.

²²⁹ Asociación Pacientes Alto Costo, Asociación Colombiana de Neurología Infantil, CSR y Fedesalud.

²³⁰ Id., folio 5323.

²³¹ Uso no incluido en registro sanitario.

empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro otorgado por el Invima²³².

En este punto debe decirse que las tecnologías allí incluidas, pueden ser nominadas por las Sociedades Científicas ante el Ministerio de Salud para hacer parte del listado cuando tengan un uso no incluido en el registro sanitario, siempre y cuando cuenten con evidencia de eficacia y seguridad y, que sea necesario para salvaguardar la vida. La información para demostrar la idoneidad debe ser presentada de manera sistemática a la agencia sanitaria y el INVIMA para la evaluación farmacológica del uso nominado al interior de la Sala Especializada. Posterior a ello y en caso de que el uso del medicamento sea seguro, eficaz y efectivo, se iniciará un proceso de revisión de oficio con los titulares del registro sanitario de los medicamentos con el mismo principio activo, para así incluir el nuevo uso en el registro sanitario. Culminado dicho procedimiento y si algún titular no está de acuerdo con la inclusión del uso en su registro sanitario, el ente ministerial podrá solicitar la modificación del mismo.

66. De otro lado, el rector de la política pública manifestó²³³ de forma clara su negativa en cuanto a la existencia de un procedimiento que permita acceder a las tecnologías o servicios excluidos, bajo el argumento de que cada exclusión está dada para proteger el derecho a la salud, como ocurre en el caso de servicios no financiados por carecer de evidencia de seguridad, eficacia o falta de autorización por autoridad competente. Asimismo, aclaró que no se ha previsto mecanismo para este tipo de servicios ya que la finalidad de tal listado, es excluir la posibilidad de financiar con recursos públicos lo allí consagrado.

Por lo anterior, resulta válido señalar que el rector de la política pública no ha implementado un procedimiento que permita a los usuarios que requieran con necesidad, acceder a servicios y tecnologías explícitamente excluidas, las que si bien en principio no deben ser financiadas con recursos públicos asignados a la salud, podrían ser ordenadas por el médico tratante y su suministro debe darse, excepcionalmente y cuando se cumplan los requisitos fijados por esta Corporación para la entrega de servicios y tecnologías no incluidas en el PBS²³⁴.

67. En tales términos, se observa que a la fecha, si bien el ente ministerial ha creado e implementado el mecanismo de prescripción directa para los insumos y tecnologías PBS no UPC, no se ha ampliado la función que tiene la herramienta MIPRES para que cuando se cumplan los requisitos establecidos en la jurisprudencia de esta Corporación, se prescriban y autoricen servicios y tecnologías expresamente excluidas de financiación con recursos públicos de la salud. Lo anterior, toda vez que atendiendo a la aplicabilidad que tiene “Mi prescripción”, los usuarios no cuentan ni siquiera con la opción de que le sea

²³² <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/abc-medicamentos-con-unirs.pdf>

²³³ Id., folios 5336-5352.

²³⁴ “i) que la falta del servicio o medicina ponga en riesgo los derechos a la vida e integridad del paciente; ii) que no pueda ser sustituido por otro que sí este incluido en el POS; iii) que haya sido ordenado por un médico adscrito a la EPS (regla general); y iv) que no cuente con la capacidad económica para asumir el costo”. Ver entre otras las sentencias SU-480, T-640 de 1997, T-236 de 1998, T-683 de 2003, T-1331 de 2005, T-760 de 2008; T-124 de 2016; T- 405 de 2017; T-552 de 2017; T-014 de 2017; T-032 de 2018.

autorizado directamente por la EPS, dada la imposibilidad que tienen de tramitarlo ante su aseguradora, situación que menoscaba de alguna manera, el derecho fundamental a la salud y del goce efectivo de los usuarios del sistema, quienes tienen como único recurso acudir a la acción de amparo para que allí se emita la orden en su favor.

Valoración del nivel de cumplimiento de la orden

68. De acuerdo con la metodología de evaluación fijada paulatinamente desde el auto 411 de 2015²³⁵, la Sala procederá a determinar: (i) las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social respecto del seguimiento realizado a la orden vigésima tercera; (ii) su conducencia; y (iii) los resultados y avances obtenidos.

69. En esta oportunidad corresponde a la Sala verificar si las actuaciones desarrolladas por el Ministerio cumplieron con los lineamientos de la Ley Estatutaria en Salud, el auto 001 de 2017 en cumplimiento de la orden 23 y por lo tanto, la Sentencia T-760 de 2008, para ello, la Corte analizó los documentos remitidos por los diferentes actores del sistema, la Supersalud y la Defensoría del Pueblo; las normas emitidas por el rector de la política pública; así como la información contenida en la página del MSPS y los conceptos emitidos por los peritos constitucionales voluntarios.

Sea lo primero manifestar que en virtud del cumplimiento de la orden que se analiza el Ministerio creó e implementó la herramienta “Mi prescripción”, que permite a los profesionales de la salud formular de manera directa y sin necesidad de trámites adicionales, los servicios y tecnologías que si bien hacen parte del PBS no son financiadas por la UPC²³⁶, la cual ha resultado ser una medida conducente respecto de lo mencionado pero insuficiente para dar cumplimiento al mandato respecto de uno de los componentes de la orden, dado que no permite la prescripción y excepcional autorización para que pueda dispensarse lo explícitamente excluido a la población que lo requiere con necesidad cuando acredite el cumplimiento de las reglas establecidas en la jurisprudencia de esta Corporación.

Notesé como desde la misma cartera de salud, la Defensoría del Pueblo y los peritos voluntarios se dio a conocer de forma clara que no se cuenta con un procedimiento que permita la autorización excepcional de los servicios y tecnologías explícitamente excluidas de financiación con recursos públicos de la salud, es decir, en caso de que un paciente requiera con necesidad un servicio o tecnología incluido en aquel listado, será la acción de tutela la única opción que permita su suministro. Dicho de otro modo, la omisión a lo dispuesto en el auto 001 de 2017, actualmente se convierte en un incentivo para la interposición de acciones de amparo.

70. Ahora bien, en virtud de la creación del aplicativo tecnológico, el MSPS ha proferido las resoluciones 1328 y 5884 de 2016, 1885, 2438 y 3055 de 2018, 1343,

²³⁵ Cfr. Considerando 3.3.

²³⁶ Mecanismo de Protección Individual.

3951 y 737 de 2019, mediante las que se reguló la herramienta de prescripción y autorización de servicios y tecnologías PBS no UPC, en los regímenes contributivo y subsidiado. De igual forma, cabe manifestar que persisten falencias en el aplicativo implementado por el MSPS, como las siguientes:

a) Aún se observa desconocimiento en el manejo de la herramienta por los prescriptores, generado en parte por la falta de capacitación que debe brindar el Ministerio de Salud y las IPS, lo que ocasiona la comisión de errores de forma repetitiva que se ven reflejados en la dilación de la autorización y consecuentemente en la obtención de la tecnología y/o servicio médico que requiere el paciente, lo que demuestra que si bien la cartera de salud ha implementado medidas en torno a este punto, las mismas no han resultado ser optimas, lo que impide la acreditación de resultados.

Adicionalmente, la existencia de dos mecanismos de protección, esto es, colectiva e individual suscita confusiones en los profesionales de la salud sobre las coberturas del PBS y negación de servicios no enlistados en las resoluciones 5267 de 2017 y 244 de 2019, toda vez que persisten las dudas en torno al funcionamiento de MIPRES²³⁷. Sin embargo, cabe manifestar que los prescriptores han realizado un esfuerzo considerable con el fin de avanzar en el manejo de la herramienta, lo que ha facilitado su labor y el acceso al sistema por parte de los usuarios, pese a que ello hace parte de las competencias de Minsalud y las IPS.

b) Las Juntas de Profesionales de la Salud tienen algunas semejanzas en su funcionamiento con los extintos CTC, las que además ocasionan dilaciones en la emisión de las autorizaciones de los servicios complementarios y productos de soporte nutricional, así como los UNIRS, ya que no se llevan a cabo en los periodos requeridos, de igual forma tienen problemas en el cargue de la información por parte de las IPS que demoran la entrega del suministro al usuario e incluso, se reporta por la cartera de salud que realizan cobros por cumplir con su función.

Por lo dicho, resulta claro que el funcionamiento de las juntas requiere ser mejorado, así mismo, se dio a conocer por el rector de la política pública que algunos servicios complementarios no se están autorizando a través de estas, lo que incentiva que se acuda a la acción de amparo como medio de acceso a lo requerido. En consecuencia, la Sala observa la necesidad de que se garantice su funcionamiento, con el fin de que se reúnan conforme a lo requerido, resuelvan en tiempo oportuno las solicitudes, no se genere ningún costo por ello y en general, se cumpla con lo establecido en la normatividad vigente.

De igual forma, la Corte conoce que el MSPS encuentra un incentivo en la radicación de las acciones de amparo para el suministro de productos de soporte nutricional, lo que pone en duda la operatividad de las juntas, generando un problema aún mayor como lo es la congestión del aparato jurisdiccional, quien debe resolver lo que el rector de la política pública no logra.

²³⁷ Gestarsalud, CSR y Fedesalud.

c) El formato de contingencia y la anulación de la prescripción se ha convertido en muchas ocasiones en una barrera administrativa más que en una ayuda para los prescriptores, toda vez que el diligenciamiento del mismo toma mucho tiempo por la cantidad de ítems que trae. Además, el término fijado para realizar la anulación de las prescripciones resulta insuficiente lo que, en algunos casos, al no poderla finiquitar, genera doble prescripción para los pacientes. Por lo tanto, si bien resulta ser una medida conducente a la hora de resolver los impases que puedan aparecer, no presenta resultados que logren acreditarse.

d) La mesa de ayuda no cuenta con la publicidad requerida, ya que muchos de los profesionales de la salud desconocen su existencia y los que saben de la misma, no reciben las respuestas en el tiempo oportuno, generando la búsqueda de apoyo tecnológico en terceros que, en algunos casos también lo desconocen, lo que conduce a la comisión de aquellos errores que pretendían evitarse y peor que ello, no logren anularse.

Debido a lo anterior, la mesa de ayuda no se muestra como tal para los prescriptores, pues acudir a esta y recibir una respuesta que tarda semanas en llegar, deja en evidencia su inoportunidad. Por consiguiente, la misma debe funcionar en tiempo real para que así las preguntas que se eleven, sea respondidas de inmediato y se logre brindar el soporte que da origen a este tipo de herramienta. Lo anterior, permite concluir que en efecto el MSPS implementó una medida conducente que busca brindar acompañamiento a los prescriptores, sin embargo, los tiempos de respuesta no han permitido que la misma ofrezca el apoyo requerido por los profesionales de la salud.

e) La autonomía médica de los prescriptores que manipulan MIPRES se cuestiona, dado que no encuentran de forma precisa lo que requieren ordenar al paciente, situación que de igual forma se convierte en una carga para el usuario, al tener que regresar para la corrección de la fórmula ya que la misma debe coincidir con la que reposa en la farmacia, pues de no hacerlo no se le entrega lo requerido.

Adicionalmente, la exigencia que se realiza al prescriptor para que agote en primera medida los servicios y tecnologías PBS UPC, para poder formular aquellos denominados PBS no UPC representa una restricción a la autonomía médica, toda vez que impide al profesional emitir la fórmula de acuerdo a los requerimientos del paciente y contrario a ello, lo limita a buscar en lo UPC un sustituto que no genere mayores gastos a la entidad de salud. Situación que debe ser moderada buscando el respeto irrestricto del criterio médico, que debe primar en este tipo de decisiones.

f) El listado UNIRS según dicho, se encuentra incompleto, pese a las múltiples solicitudes elevadas por parte de las sociedades científicas para la inclusión de muchos más que cumplen con los requisitos establecidos, sin que se haya recibido respuesta. Sin embargo, se ha establecido que aquellos que hacen parte del listado resultan pertinentes para muchas de las fórmulas prescritas, no obstante, han

permitido a los pacientes recibir tratamientos basados en usos terapéuticos distintos a los reconocidos por Invima.

g) En cuanto a la operación de MIPRES, debe decirse que, según lo consagrado en la página del Ministerio de Salud, el aplicativo se encuentra operando en todos los departamentos del país para ambos regímenes, en los que se vienen emitiendo prescripciones de lo PBS no UPC conforme a lo que fue creado.

Así mismo, cabe manifestar que por tratarse de una herramienta que funciona en línea, el internet tiene que ser de muy buena calidad en todos los lugares en los que se utiliza, situación que no acontece en algunos departamentos que por su localización geográfica, presentan problemas de conectividad; lo que implica que deban hacerse prescripciones manuales y dejar de usar el aplicativo. Por lo tanto, las medidas implementadas en torno a la operación del aplicativo han sido conducentes ya que sus resultados demuestran avances en temas de acceso a servicios y tecnologías PBS no UPC, mismas que requieren ser mejoradas para garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

Ahora bien, se ha observado un evidente aumento en la radicación de las acciones de tutela por la falta de suministro o demora en los servicios y tecnologías PBS no UPC, lo que se convierte en un indicativo en cuanto a la eficacia de las medidas que se implementan por el rector de la política y que si bien no demuestran por sí solas el buen o mal funcionamiento de aquellas, sí permiten comprender el impacto que tienen en cuanto al acceso a los servicios de salud por estas causas.

Por lo anteriormente expuesto, se concluye que el mecanismo de prescripción y autorización directa creado e implementado por la cartera de salud permite el acceso a los servicios y tecnologías PBS no UPC, pero deja de lado la posibilidad de que a través de dicha herramienta se prescriban y autoricen de manera excepcional y solo cuando se cumplan los requisitos establecidos en la jurisprudencia constitucional, los servicios y tecnologías explícitamente excluidos de financiación con recursos públicos de la salud, tal como lo ordenó el auto 001 de 2017. Por lo tanto, la Sala observa que se han adoptado medidas conducentes que de acuerdo a la información verificada, exponen avances en la implementación de la herramienta, sin embargo, dichas mejoras se muestran parciales toda vez que no abarca la totalidad de los componentes, impidiendo concluir el acatamiento de la orden emitida en la Sentencia T-760 de 2008 y el auto 001 de 2017. En consecuencia, se declarará el **nivel de cumplimiento medio** respecto de la orden vigésima tercera de la sentencia T- 760 de 2008 y el auto 001 de 2017.

Órdenes por impartir

71. Atendiendo al nivel de cumplimiento definido y ante la necesidad de que se superen las fallas estructurales que dieron origen a la orden analizada, se impartirán las siguientes órdenes:

Al Ministerio de Salud y Protección Social

a) Permitir que a través de Mipres también puedan ser prescritos y autorizados los servicios y tecnologías en salud excluidas de financiación con recursos de la salud, cuando los usuarios del sistema afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, acrediten los requisitos señalados en la sentencia C-313 de 2014 para que excepcionalmente y como consecuencia de las especiales circunstancias de necesidad del paciente puedan ser dispensados por la EPS. Para ello, deberá remitir un cronograma en el que dé a conocer la forma en que implementará lo mencionado, de tal manera que en un término de seis meses halla sido materializado.

b) Difundir información entre los profesionales de la salud que les permita mejorar sus conocimientos en cuanto al uso de “Mi prescripción” de tal forma que (i) facilite el manejo de la misma; (ii) acorte los tiempos en su diligenciamiento; (iii) disminuya los errores en los que incurren; y (iv) garantice el acceso a los servicios de salud.

c) Realizar las modificaciones pertinentes en la herramienta y mejorar su trazabilidad para que en ella queden registradas, además de las prescripciones, los intentos realizados por los profesionales de la salud que por algún motivo no se pudieron finalizar. Asimismo, las dobles prescripciones que un paciente recibe en un día o semana.

d) Adelantar el estudio de las solicitudes elevadas en torno a la inclusión de medicamentos en el listado UNIRS, atendiendo al procedimiento establecido para ello, que permita ampliar el contenido del mismo.

En mérito de lo expuesto, la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008,

III. RESUELVE:

Primero. Declarar el nivel de cumplimiento **medio** de la orden vigésima tercera de la sentencia T-760 de 2008, con base en las consideraciones expuestas en esta providencia, la sentencia estructural y en el auto 001 de 2017.

Segundo. Ordenar al Ministerio de Salud y Protección Social que con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el numeral veintitrés de la sentencia T-760 de 2008 y el auto 001 de 2017 adopte las siguientes medidas:

a) Permita que a través de Mipres también puedan ser prescritos y autorizados los servicios y tecnologías en salud excluidas de financiación con recursos de la salud, cuando los usuarios del sistema afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, acrediten los requisitos señalados en la sentencia C-313 de 2014 para que excepcionalmente y como consecuencia de las especiales circunstancias de necesidad del paciente puedan ser dispensados por la EPS. Para ello, deberá remitir un cronograma en el que dé a conocer la forma en que implementará lo mencionado, de tal manera que en un término de seis meses halla sido materializado.

b) Difunda información entre los profesionales de la salud que les permita mejorar sus conocimientos en cuanto al uso de “Mi prescripción” de tal forma que (i) facilite el manejo de la misma; (ii) acorte los tiempos en su diligenciamiento; (iii) disminuya los errores en los que incurren; y (iv) garantice el acceso a los servicios de salud.

c) Realice las modificaciones pertinentes en la herramienta y mejorar su trazabilidad para que en ella queden registradas, además de las prescripciones, los intentos realizados por los profesionales de la salud que por algún motivo no se pudieron finalizar. Asimismo, las dobles prescripciones que un paciente recibe en un día o semana.

d) Adelante el estudio de las solicitudes elevadas en torno a la inclusión de medicamentos en el listado UNIRS, atendiendo al procedimiento establecido para ello, que permita ampliar el contenido del mismo.

Tercero. Proceda la Secretaría General de esta Corporación a librar las comunicaciones correspondientes, acompañando copia integral de este proveído.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS
Magistrado Ponente

ALEJANDRO LINARES CANTILLO
Magistrado
Salvamento parcial de voto

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA
Secretaria General