



CORTE CONSTITUCIONAL
Sala Especial de Seguimiento

AUTO 1191 de 2021

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

Asunto: Valoración de cumplimiento orden vigésima tercera – mecanismo de autorización directa.

Magistrado Sustanciador:
JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS.

Bogotá, D.C., catorce (14) de diciembre de dos mil veintiuno (2021).

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-, para que se corrigieran las fallas estructurales y los problemas de regulación identificados. Decisión que evidenció las dificultades que existían y que obligaban a los usuarios del sistema a interponer acciones de tutela para acceder a servicios de salud, distintos a medicamentos, del entonces Plan Obligatorio de Salud -POS-, hoy Plan de Beneficios en Salud -PBS-.

2. Lo anterior, dado que los entonces, Comités Técnicos Científicos -CTC- resolvían únicamente las solicitudes de aprobación de los medicamentos que no hacían parte del POS. Por lo tanto, para los 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 Entidades Prestadoras de Salud -EPS- para presentar recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- hoy Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -Adres-.

3. Así las cosas, se profirió la directriz 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. En ese sentido, dispuso 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”.

4. Mediante auto 001 de 2017¹ la Sala valoró por primera ocasión, el acatamiento de la orden y declaró el nivel de cumplimiento bajo. Concluyó que si bien el Ministerio adoptó medidas para el Régimen Contributivo -RC-², no se acreditaron resultados y avances reales en su implementación. No obstante, reconoció los esfuerzos realizados hasta ese momento y señaló que la normatividad creada podría a futuro, arrojar resultados satisfactorios ya que recogerían el fin de la disposición estudiada.

El auto que se cita precisó que la orden vigésima tercera contemplaba otras obligaciones para declarar su materialidad, entre ellas: (i) la creación de un trámite interno para que los usuarios tanto del RC como del 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 para 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; (iii) la presentación de un informe antes del 15 de marzo de 2009, sobre el cumplimiento de la orden ante la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia Nacional de Salud - Supersalud- y del que debería remitir copia a la Corte.

5. De igual forma, en cuanto al régimen implementado, indicó que la Ley Estatutaria en Salud³ fijó una nueva forma de actualización del POS basada en un sistema de exclusiones que señaló que el PBS cubría todos los tratamientos y tecnologías que no estuvieran expresamente excluidas para garantizar el derecho fundamental a través de la prestación de servicios. Justamente, estableció que el derecho a la salud no era absoluto y por el contrario admitía algunas limitaciones, como la posibilidad de no financiar determinados servicios y/o tecnologías con recursos públicos asignados a la salud.

6. Bajo tal escenario, la Sala estableció que en atención a la nueva regulación estatutaria, el mandato analizado no debía dirigirse al procedimiento de verificación de autorización directa para los servicios de salud no incluidos y procedimientos e intervenciones explícitamente excluidas, sino que se debía *“enfocar exclusivamente hacia la autorización de los servicios de salud excluidos del plan de beneficios”*. Lo anterior, dado que podrían presentarse situaciones en las que según el criterio del médico tratante, los pacientes requerirían de su autorización y para ello era necesario establecer un trámite.

7. Adicionalmente, concluyó que el 13 de marzo de dicha anualidad⁴ se radicó el

¹ Proferido el 13 de enero de 2017. AZ XXIII-D, folios 1385-1429.

² 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.

³ Ley 1751 de 2015.

⁴ Se había fijado el 15 de marzo como fecha máxima.

informe por parte del ente ministerial ante la Defensoría del Pueblo y la Supersalud con copia a esta Corporación; sin embargo, el documento se refirió al procedimiento de recobros y no a los CTC.

8. Ahora bien, concluyó que no se había cumplido a cabalidad la obligación de ampliar las funciones de los CTC, mientras se regulaba el trámite de las EPS, por cuanto la medida perdió su temporalidad y desnaturalizó lo ordenado por la Corte. Lo anterior, dado que la orden bajo análisis fue clara en señalar que la falla evidenciada y que se relacionaba con la falta de un mecanismo para la aprobación de tecnologías no incluidas o explícitamente excluidas del PBS diferentes a medicamentos, no fue superada, pues se tardó mucho tiempo en corregirse.

9. En cuanto a la expedición de la Resolución 1328 de 2016⁵ 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 servicio que no estuviera contenido en el PBS UPC. En torno a la formulación excepcional de las tecnologías en salud definidas en virtud de los criterios consignados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015⁶, el 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 la emisión de la orden del servicio para su aprobación o rechazo. Lo anterior, no se había regulado con claridad hasta la fecha en que se profirió el auto de valoración, 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, situación que solo aplicaba para el RC y dejó por fuera al subsidiado, que abarcaba a la población más vulnerable y con menos recursos económicos.

10. Agregó que dado el corto tiempo desde la expedición de la Resolución 1328 de 2016⁷ no era posible valorar su efectividad, por ello, 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 RS.

11. Posteriormente, mediante auto 92A de 2020, la Sala valoró por segunda ocasión el cumplimiento de la orden vigésima tercera y declaró el nivel de cumplimiento medio. En esa oportunidad encontró que persistían las falencias en el aplicativo implementado por el MSPS, pues no se había brindado la capacitación requerida a

⁵ “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”.

⁶ “...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”.

⁷ “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”.

los profesionales de la salud, lo que ocasionaba la comisión de errores y confusión en aquellos, dada la existencia de dos mecanismos de protección. Adicionalmente, las Juntas de Profesionales de la Salud debían ser mejoradas, pues dilataban la emisión de autorizaciones de servicios complementarios y productos de soporte nutricional, por tal razón tendrían que resolver en el tiempo oportuno las solicitudes y no podrían cobrar ningún valor por esa función.

Asimismo, el formato de contingencia y la anulación de las prescripciones era en ocasiones, una barrera administrativa para los prescriptores. Respecto de la autonomía médica de estos, se concluyó que debido a la manera de operar de Mipres podría cuestionarse, pues no se hallaba de forma precisa lo que se requería prescribir y se exigía en primera medida, el agotamiento de los servicios y tecnologías PBS UPC para acceder a los no UPC, lo que según el auto de valoración, debía moderarse, pues se requería brindar a los prescriptores la tranquilidad de poder maniobrar en cuanto a la formulación, conforme a sus principios y sus criterios médicos, sin que hiciera parte de sus obligaciones argumentar la razón de su decisión más allá de lo que la medicina exigía.

En cuanto a la operación de Mipres, indicó que se utilizaba en todos los departamentos del país para ambos regímenes. Sin embargo, evidenció que en muchos de ellos, la calidad del internet no era la mejor, lo que implicaba tener que llevar a cabo prescripciones manuales. Finalmente, ordenó a Minsalud lo siguiente:

“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 (sic) 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 incurrir; 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”.

12. Ahora bien, la Sala Especial dentro del seguimiento que adelanta a las órdenes emitidas en la sentencia estructural, ha proferido algunos autos en los que ha requerido al MSPS y ha decretado pruebas⁸; además, ha corrido traslado a los grupos

⁸ Autos del 23 de agosto de 2021 y 10 de junio de 2019.

de expertos⁹, con el fin de obtener información que evidencie el estado del cumplimiento de la directriz.

13. El 10 de octubre de 2020, la Supersalud indicó que la Adres trasladó 37 NURC¹⁰ de requerimientos a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, debido a omisiones en el diligenciamiento de las prescripciones sin suministro, dispuestas en el Protocolo Seguro de Transferencia de Archivo -SFTP-, en los periodos comprendidos entre el 1 de diciembre de 2016 al 29 de febrero de 2020, a quienes se solicitó subsanaran la obligación omitida.

Agregó que las multas por temas relacionados con tecnologías en salud durante el tercer trimestre de 2020 ascendieron a \$395.011.350 y fueron impuestas a la EPS Cruz Blanca y Coomeva EPS. Asimismo, que iniciaron investigaciones relacionadas con presuntas infracciones en materia de tecnologías en salud¹¹.

14. El 8 de febrero de 2021, la Supersalud manifestó que durante el tercer trimestre del 2020 se iniciaron cuatro procesos administrativos sancionatorios por presuntas infracciones relacionadas con (i) los CTC; (ii) la omisión en la rendición del informe trimestral de CTC y, (iii) la negación de medicamentos y tecnologías. Precisó que para el segundo trimestre del 2020, la entidad reportó un monto total de sanciones por \$4.470.650.679.

15. El 30 de abril de 2021 la Supersalud indicó que para el mes de mayo se reportaron 561.961 prescripciones de servicios de salud que superaron los cinco días que establece la norma, en junio disminuyeron en 39% respecto de mayo y para julio se identificó un aumento del 42% de inoportunidad en la emisión de las autorizaciones.

Para los meses de agosto, septiembre y octubre de 2020 se analizó la demora en la autorización de servicios PBS no UPC para las EAPB del RC y se evidenció que las entidades registraron un 10.5% de inoportunidad en la expedición de autorizaciones. Manifestó haber identificado que junio con un 15.8%, fue el mes con mayor participación en cuanto a servicios PBS no UPC. Afirmó que la EPS SOS fue la entidad con mayor número de autorizaciones inoportunas PBS no UPC y que aquellas con menos dilaciones fueron Salud Total EPS y Nueva EPS. Señaló que entre los meses de noviembre de 2020 a enero de 2021 se identificaron cuatro EAPB del RC¹² que no realizaron el reporte de las autorizaciones generadas mediante la plataforma de Sistema de Recepción y Validación de Archivos -NRVCC- en el mes inmediatamente anterior, por lo que fueron requeridas. Adicionalmente, adujo que durante el primer trimestre del 2021 se iniciaron seis procesos administrativos sancionatorios por presuntas infracciones relacionadas con (i) los CTC, (ii) falta de rendición del informe trimestral CTC y, (iii) negación de medicamentos y tecnologías¹³. Asimismo, expuso que las multas ascendieron a un total de \$635.968.200 y fueron impuestas a la Nueva EPS y Coomeva EPS.

⁹ Auto del 5 de octubre de septiembre de 2021.

¹⁰ Número Único de Radiación de Correspondencia.

¹¹ En contra de Savia Salud EPS, el Secretario de Salud del Putumayo y el Gobernador del Departamento de Guaviare.

¹² Sanitas, Famisanar, Compensar y Sura.

¹³ Contra el Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia, el representante legal de Suramericana EPS, Libreros de Coomeva EPS, Sanitas EPS, representante legal de la ESE Metrosalud y Saludvida EPS.

16. A través de auto del 23 de agosto de 2021, la Sala Especial solicitó a Minsalud, la Supersalud, la Defensoría del Pueblo y a la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas -ACSC-, información concerniente al funcionamiento e implementación de Mipres dentro de ambos regímenes.

17. En respuesta a lo mencionado, el Ministerio dio a conocer¹⁴ que dispuso un simulador en producción *on line* con diferentes roles, entre los que se encontraba el de prescripción, dirigido a los profesionales de la salud para que realizaran pruebas sobre la herramienta sin temor a cometer errores en la consulta, así mismo, publicó un video que presentaba la manera de formular a través del aplicativo. Así, concluyó haber dispuesto insumos para los procesos de capacitación, pero también herramientas de aprendizaje autónomo e individual¹⁵. Adicionalmente, reportó capacitaciones presenciales realizadas en las vigencias 2019, 2020 y lo corrido del 2021.

Afirmó que para el 2019 efectuó 32 procesos de socialización en todo el país relacionados con Mipres¹⁶, dirigidos a todos los actores del SGSSS¹⁷. De igual forma, efectuó la socialización pedagógica de Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, exclusiones y PBS y 17 capacitaciones exclusivas para Mipres, en las que se abordaron temas específicos¹⁸, con un promedio de duración de 2:30 minutos, con un total de 1.945 personas capacitadas.

Indicó que en el año 2020 se llevaron a cabo 14 sesiones de formación sobre Mipres y su utilización. Para ello, el MSPS con el apoyo de la Adres y algunas Entidades Territoriales -ET- realizaron una convocatoria amplia entre todos los actores del sistema, en Bogotá -13- y San Andrés -1- en las que abordaron los mismos temas mencionados para el año 2019. Agregó que la participación de las EPS fue del 35.8%, seguida de entidades estatales con un 25.3% y las IPS con un 22.5%, con un total de 505 actores capacitados.

Para la vigencia del 2021 se realizaron jornadas virtuales de información pedagógica, dirigidas a distintos actores del sistema¹⁹. Entre mayo y agosto se ofrecieron 23 jornadas en Bogotá, Pasto, Barranquilla, Norte de Santander, César, Cauca, Huila, Cundinamarca, Magdalena, Arauca, Bolívar, Tolima, San Andrés, Córdoba, Boyacá, Putumayo, la Guajira, Chocó, Casanare y Antioquia, con un total de 2.832 participantes y un promedio de duración de 3 y 4 horas aproximadamente²⁰.

Igualmente puso de presente haber programado ejecutar 13 jornadas de capacitación

¹⁴ Informe electrónico recibido el 14 de septiembre de 2021.

¹⁵ Como la versión 2.0 publicada en la página *web* del Ministerio.

¹⁶ Uno en Anserma, Arauca, Cali, Duitama, Florencia, Ibagué, Leticia, Manizales, Medellín, Mitú, Mocoa, Montería, Puerto Inírida, Riohacha, Santa Marta, Tumaco y Yopal; once en Bogotá y dos en Bucaramanga y Cúcuta.

¹⁷ Profesionales de la salud, personal administrativo de los prestadores de salud, de las EPS y de las Entidades Obligadas a Compensar, así como los profesionales de salud independientes.

¹⁸ (i) marco normativo; (ii) estructura, finalidad y objetivos de la herramienta; (iii) uso del aplicativo, presentación del ejercicio práctico y exposición de los errores comunes presentados en la misma o causas de glosas; (iv) modelo de operación de la plataforma y, (v) sesión de socialización de casuística expuesta por los usuarios de Mipres.

¹⁹ Entre otras, a las EPS e IPS, sociedades científicas, profesionales de la salud, agremiaciones y veedurías de pacientes, industria farmacéutica, academia, ET y entidades estatales con las temáticas mencionadas para vigencias anteriores.

²⁰

<https://www.minsalud.gov.co/imgLayout/bg.jpg> y
<http://mixoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/procesos/frmTematicasActivas2.asp?x?cod=19>

y sensibilización presenciales, dirigidas a los profesionales de la salud de las IPS del territorio nacional ciudades como Barranquilla, Cali, Popayán, Bucaramanga, Medellín, Pasto, Leticia, Pereira, Valledupar, San Andrés, Montería, Cartagena y Villavicencio, enfocadas especialmente en el uso de Mipres, presentación del ejercicio práctico y exposición de los errores comunes o causas de glosas. Por último, adujo que entre el 2016 y 2021 se formaron a través de la herramienta de auto capacitación publicada en la página *web* del MSPS, 292.029 profesionales.

Afirmó que el número de prescripciones efectuadas a través de Mipres entre el 2017 y el 2021, fue de 79.012 en el RC y 64.844 en el RS y que el tiempo de la prescripción varía de acuerdo con conocimiento y manejo de la herramienta, así, el menor período de elaboración de una fórmula es de 2.5 minutos para un medicamento. En cuanto a las anulaciones, indicó que estas representaron el 2.1% de las prescripciones elaboradas, siendo el 1.6% por solicitud del prescriptor.

Mencionó que aún se cuenta con la mesa de ayuda de Mipres, la cual opera a través del Centro de Contacto Ciudadano con un canal telefónico y otro por correo electrónico como mecanismos de interacción. Dio a conocer que entre enero y agosto de 2021, se atendieron 162 consultas por el primero de ellos y 234 por el segundo. Así, la mesa de ayuda cuenta con dos niveles de solución, el primero, que recibe el 80% de las solicitudes y el segundo, al que pasan en promedio el 20% de los temas de ayuda por ser especializados y que son operados por dependencias de Minsalud del mismo nivel, según la temática de la petición, que se integran por aquellas que conforman el Comité Técnico de Mipres, respecto de las cuales citó los principales temas de consulta²¹. Lo anterior, se atiende mediante un *call center*, operado por un tercero en un promedio de siete minutos para llamadas telefónicas y menos de cinco horas a través del correo electrónico. Además, señaló que a través del Sistema de Gestión Documental -Orfeo- se brinda respuesta a solicitudes de usuarios en relación con Mipres, donde el reparto se hace en función de la temática consultada, versus las competencias de las dependencias.

En efecto, la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación -TIC- del MSPS atendió 736 solicitudes hasta agosto de 2021 y dio a conocer los principales temas resueltos²². De otra parte, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento -DRBCTAS- dio trámite a 328 consultas en el 2020 y 128 en el primer semestre del 2021, para un total de 452, con un promedio de respuesta de 6.81 días²³. Desde la Dirección de Promoción y Prevención -Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas -SSNAB-, se atendieron entre 2020 y 2021, 33 consultas relacionadas con Mipres y la prescripción de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales -APME-²⁴. Adicionalmente, se atendieron 421 y 266 solicitudes para el año 2020 y 2021²⁵ respectivamente, por parte de la Dirección de

²¹Aplicativo/delegados, credenciales inválidas, error de prescripción, inscripción y registro, módulo de prescripción/profesionales, tablas de referencia medicamentos, usuario deshabilitado, *web services* y, versión de capacitación.

²² Estado de afiliación del paciente con 11.8%, consulta servicio *web* facturación con 7.6%, incidencia servicio *web* con 5%, solicitud ambiente de pruebas con 4.9% y consulta estado de activación medicamento con 4.5%

²³ Como las primeras causas de consulta para ambos periodos, se tienen: 45 solicitudes para medicamentos; 42 para prescripción; 39 por suministro; 31 para Covid-19 y procedimientos.

²⁴ Reportaron como primeros temas de consulta sobre los APME: dudas sobre su prescripción 42.4%, consulta sobre un APME inhabilitado en Mipres con 15.2%, inclusión de uno nuevo con 15.2%, ajuste del nombre o presentación comercial con el 12.1% y dudas sobre su negación por la EAPB con 6.1%.

²⁵ Hasta agosto.

Medicamentos y Tecnologías en Salud -DMTS-²⁶. Agregó que en las capacitaciones brindadas, se ha publicitado la existencia de la mesa de ayuda creada para los temas de medicamentos de soporte nutricional.

El Ministerio aclaró que el tiempo otorgado al profesional de la salud para prescribir no tiene límite, por lo que este puede culminar su trámite cuando lo considere. Lo anterior, siempre y cuando se cuente con la infraestructura tecnológica y de conectividad que lo permita, que debe ser garantizada por la EPS. Aseguró que tampoco se restringe el número de prescripciones realizadas a un paciente, ya que ello depende de la atención en salud brindada. Sin embargo, en cuanto a las dobles prescripciones iguales que puedan realizarse, Mipres tiene dos mecanismos de control: (i) la posibilidad de ver en línea las tecnologías que han sido formuladas y; (ii) las causas de no redireccionamiento, en las cuales, si ya se prescribió un servicio o tecnología en salud, se debe indicar el número del reporte. También informó el número de prescripciones emitidas, así:

Regímen	Año	Número de prescripciones	Número de pacientes
Régimen Contributivo	2019	5.530.502	4.464.653
	2020	6.607.900	5.309.720
	2021	2.957.990	2.620.401
Régimen Subsidiado	2019	1.174.560	916.447
	2020	2.044.745	1.580.068
	2021	1.255.968	950.764
Total	2019	6.705.062	5.381.100
	2020	8.652.645	6.889.788
	2021	4.213.958	3.571.165

Fuente. MSPS

Agregó que aquellas aumentaron en 2020, debido a la emisión de órdenes para la práctica de pruebas Covid. Dio a conocer los principales diagnósticos para el RC²⁷ y afirmó que existen servicios que no hacen parte de las tablas de soporte de Mipres, debido a que (i) no están autorizadas por la autoridad competente, conforme a lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015 y/o, (ii) no tienen una codificación o estandarización semántica para una adecuada interoperabilidad de datos en el marco de la normatividad vigente. Adujo que los servicios complementarios no deben ser reconocidos con recursos públicos asignados a la salud. No obstante, de acuerdo con lo previsto en las resoluciones 1885 y 2438 de 2018, este tipo de productos no deben codificarse en la herramienta, además indico sus novedades²⁸.

Respecto del trámite que se brinda a los medicamentos de Usos no Incluidos en Registro Sanitario -Unirs-, mencionó que entre el año 2019 y agosto de 2021, se nominaron 52 medicamentos, los cuales han sido remitidos desde la cartera de salud

²⁶ Allí, los principales temas de consulta fueron la prescripción de medicamentos con un 32.8%, estandarización de medicamento con 17.9%, reporte de suministro con 4.4%, prescripción vital no disponible con 4.2% y Unirs Covid-19 con 3.2%.

²⁷ Covid-19, hipertensión esencial primaria, diabetes mellitus no insulino dependiente, síndrome de Sjogren y otro dolor crónico. Para el RS Covid-19, incontinencia urinaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, síndrome de Sjogren y desnutrición proteico-calórica moderada.

²⁸ <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx,ruta:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/Codigos-mipres.zip> y archivo: Códigos MIPRES v2.5.

al Invima para su evaluación. Agregó que aquellas presentadas por la entidad, fueron consecuencia de las acciones de tutela en las que fue vinculada y por ende, en el 2020, a través de un convenio interadministrativo con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS-, se seleccionaron 16 medicamentos candidatos a Unirs, priorizados por expertos clínicos y sociedades científicas. Informó que durante el 2021 estaba desarrollando el convenio que buscaba replicar dicha labor.

Refirió que de acuerdo con lo informado por la comisión revisora del Invima, ya fueron evaluadas todas las remitidas en 2019 y 2020; para lo corrido del 2021, se había evaluado un 27% de las presentadas y en torno a los resultados obtenidos, se indicó que para el 2019, fueron aprobadas para ser incluidas en el listado Unirs, el 25.7% -9 nominaciones-. De otra parte, que el 5.7% -2 nominaciones- decidió mantenerse en el listado Unirs, pese a no presentar evidencia robusta para conceptuar un balance beneficio-riesgo favorable, por último, el 68.6% -24 nominaciones- no contó con evidencia suficiente y por ello se solicitó a la sociedad científica allegar información adicional.

Sobre la vigencia 2020, se aprobó el 50% -3 nominaciones- para inclusión en el listado Unirs, así mismo, la exclusión de tres usos. Finalmente, a agosto de 2021, se había autorizado el 18.2% -2 nominaciones- de los usos para ser incluidos en el listado y se había determinado que el 9.1% -1 nominación-, no contó con evidencia suficiente y se requirió ampliar la información.

18. En cuanto al formulario de contingencia, adujo que de acuerdo con lo establecido en el artículo 16 de la Resolución 1885 de 2018, el usuario no tendría que realizar ningún trámite cuando este se utiliza y recordó las condiciones puntuales en que procede su diligenciamiento²⁹. Además, remitió el número de solicitudes presentadas ante la Junta de Profesionales de la Salud desde enero de 2019 a agosto de 2021, periodo que arrojó un total de 921.064 aprobadas, 93.200 no aprobadas, 24.493 que no requerían de junta, 71.686 sin evaluación, para un total de 1.111.584. Finalmente, aportó el dato por departamentos.

19. La Supersalud³⁰ brindó respuesta a los interrogantes elevados. Dio a conocer que durante la vigencia 2019 se realizaron 46 auditorías a las EPS, de las que 8³¹ fueron visitas en campo a nivel central y 38 documentales. Así, las primeras se adelantaron con el fin de verificar la garantía de la atención de sus afiliados, en las que se incluyeron servicios PBS no UPC. En cuanto a las segundas, indicó que se aplicaron en todas las EPS que operaban para dicha anualidad -38³²-, con el fin de verificar el cumplimiento de la sentencia T-760 de 2008 y los autos de seguimiento proferidos por la Corte y en las que se identificaron 14 criterios, 2 de ellos³³, relacionados con

²⁹ Dificultades técnicas, ausencia de servicio eléctrico, falta de conectividad e inconsistencias en la afiliación o identificación. Indicó que el usuario deberá recibir una copia del formulario que sirve como orden médica.

³⁰ Respuesta allegada el 9 de septiembre de 2021 vía correo electrónico.

³¹ Coomeva, Coosalud, Famisanar, Medimas, Convida, Comfasucre, Comfacundi y Cajacopi.

³² Anas Wayuu EPSI, Comfamiliar Huila, Asociación Indígena del Cauca A.I.C, Dusakawi, Mallamás, Comfaoriente, Comfasucre, Cajacopi, Aliansalud, Capresoca, Comfenalco Valle, Ecoopsos, Convida, Coomeva, Salud Total, Pijaos, Comfachocó, Nueva EPS, Sura, Savia Salud, Famisanar, Comfaguajira, Mutualser, Asmetsalud, Compensar, Coosalud, Emssanar, SOS, Capital Salud, Sanitas, Medimas, Comfacartagena, Comfacundi, Comfanariño, Ambuq, Comparta, Emdisalud, Salud Vida.

³³ Criterio 2: “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada”

la autorización y prestación de servicios PBS no UPC. Añadió que todas las EPS auditadas tuvieron hallazgos de autorización y prestación de los servicios referidos.

Sobre los hallazgos de las visitas realizadas en esta vigencia, adujo que contaron con relevancia aquellos relacionados con (i) inoportunidad en la entrega de medicamentos PBS no UPC; (ii) Mipres con tiempo de respuesta mayor de 90 días; (iii) falta de suscripción de contratos para garantizar la dispensación de suministros de medicamentos e insumos PBS e; (iv) inoportunidad en la entrega de medicamentos PBS no UPC a pacientes con fallo de tutela. Respecto de las auditorías documentales, se halló inoportunidad en (i) la respuesta -tramitados por Mipres- para servicios PBS no UPC para casos priorizados y no priorizados; (ii) la prestación de servicios PBS no UPC para casos priorizados -no mayor a 24 horas- y no priorizados -no mayor a 5 días; (iii) la respuesta -tramitados por Mipres- para servicios PBS no UPC a menores de edad y; (iv) la prestación de los servicios PBS no UPC que requieren los menores de edad³⁴.

20. Respecto a la vigencia del 2020, señaló que se adelantaron 38 auditorías con el objeto de verificar la garantía de la atención a sus afiliados y en los que incluyeron servicios PBS no UPC. Agregó que las presenciales se llevaron a cabo en Comfacundi, Comfacartagena y Comfahuila y las documentales, en 35 EPS, de las cuales 29³⁵ reportaron hallazgos relacionados con (i) autorización y prestación de servicios PBS no UPC y; (ii) suministro de insumos y medicamentos PBS no UPC. En cuanto a las auditorías documentales, en las que se verifican los criterios 2 y 8 de la sentencia T-760 de 2008, se obtuvieron los mismos hallazgos que en la vigencia del 2019.

Así las cosas, para la vigencia 2021 informó que se había efectuado una auditoría de campo a la EPS Comparta, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la garantía al acceso a los servicios de salud en condiciones de oportunidad, continuidad, seguridad de sus afiliados, a través del modelo de atención, la contratación, información jurídica, técnico-científica, contable, financiera y administrativa. Allí, se encontró un hallazgo relacionado con la inoportunidad en el suministro de medicamentos para adultos mayores y usuarios catalogados como población especial con enfermedades crónicas de base, PBS no UPC tramitados por Mipres. En consecuencia, fue liquidada mediante la Resolución 202151000124996 del 16 de julio de 2021³⁶.

Bajo tal escenario, dio a conocer las medidas adoptadas para superar los hallazgos, entre las que se observó la suscripción de un plan de mejoramiento que se revisa y puede ser aprobado o no por la entidad de vigilancia, quien le otorga a la EPS un año como tiempo máximo para su ejecución y del cual, se realiza seguimiento semestral.

Criterio 8: “Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación”.

³⁴ Aunque la Supersalud en su escrito cuando se refiere a servicios prescritos por Mipres, habla de servicios excluidos del PBS, la Corte ajustó dicha terminología conforme la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia Constitucional.

³⁵ Anas Wayuu EPSI, Comfamiliar Huila, Asociación Indígena del Cauca A.I.C, Dusakawi, Mallas Comfasucre, Comfaoriente, Cajacopi, Aliansalud, Capresoca Comfenalco Valle, Ecoopsos, Convida, Coomeva, Salud Total, Pijaos, Comfachocó, Nueva EPS, Sura, Savia Salud, Famisanar, Comfaguajira, Mutual Ser, Asmet Salud, Coosalud, Compensar, Emssanar, SOS, Capital Salud

³⁶ Página 4 del informe de la Supersalud.

Asimismo, enunció otras medidas implementadas como la emisión de sanciones ejecutoriadas, medidas cautelares, medidas especiales y liquidación de las EPS. Manifestó que cuenta con el aplicativo de gestión PQRD como sistema único oficial de radicación y gestión que contiene todas las peticiones, quejas, reclamos y denuncias formuladas por los usuarios del SGSSS que acuden a la entidad. Sin embargo, ninguno de los motivos estandarizados en este, corresponde a Mipres, por lo que fue necesario ubicar la información mediante minería de datos en relación con las vigencias 2019 a julio de 2021. En consecuencia, reportó lo siguiente:

Motivos específicos	2019	2020	A julio 2021	Total
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS no UPC	3856	8729	2228	14813
Demora en la autorización de medicamentos PBS no UPC	2269	7760	2673	12702
Demora en la autorización de insumos PBS no UPC	818	2543	746	4107
Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS	0	3231	573	3804
Demora en la autorización de medicamentos PBS	0	1395	331	1726
Falta de oportunidad en la asignación de citas con especialista de otras especialidades médicas	0	1709	268	1347
Negación para la entrega de medicamentos PBS no UPC	260	424	140	824
No aplicación de normas, guías o protocolos de atención	70	537	187	794
Demora en la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos	169	439	135	743
Cáncer	157	498	84	739
Total principales 10 motivos específicos	7599	26635	7365	41599
Total general	10622	34141	9206	53969

Tabla 1. Elaborada por la Supersalud.

Territorio	2019	2020	Julio 2021
Bogotá	2.331	8.019	2.008
Valle del Cauca	1.458	4.869	1.444
Antioquia	673	4.109	976
Atlántico	835	1.931	675
Cundinamarca	525	2.202	395

Año	RC	RS	Otros
2019	6.533	3.87	219
2020	23.045	10.908	188
Julio 2021	6.803	2.336	67
Total	36.381	17.114	474

Fuente. Supersalud.

Referente a las medidas implementadas por el Ministerio de Salud, aseguró haber observado disminución en los tiempos de respuesta de las solicitudes de servicios PBS no UPC, ya que no deben surtir los pasos del CTC. Además, los médicos tratantes son autónomos para la formulación de medicamentos, insumos y procedimientos que requiere el usuario, por lo que se han reducido las barreras administrativas para la prestación de los servicios PBS no UPC.

Territorio	2019	2020	Julio 2021	Año	RC	RS	Otros
Antioquia	106	215	236	2019	475	357	53
Bogotá	157	88	49	2020	179	233	41
Valle del Cauca	124	28	12	Julio 2021	112	258	3
Cundinamarca	77	16	6	Total	767	848	65
Cauca	45	11	4				

Fuente. Supersalud.

Por tal razón, se expidieron 21 medidas cautelares de cesación provisional a seis EPS³⁷ y se ordenó la suspensión inmediata de las acciones que ponían en riesgo la vida o integridad de los pacientes por diferentes motivos, entre ellos los relacionados con “*exceso en tiempos de respuesta por parte de las juntas de profesionales de salud*”. Adicionalmente, realizó seguimiento a trece PQRD relacionadas con demora en la Junta de Profesionales de Salud, a través de la formulación de requerimientos de información a cuatro entidades vigiladas. Indicó que entre las vigencias de 2019 y septiembre de 2021, sancionó con un monto final de \$629.368.170 a la Nueva EPS, la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, la Caja de Compensación Familiar del Atlántico y la EPS Cruz Blanca correspondientes a Mipres³⁸. Finalmente, dio a conocer que en la actualidad se adelanta una investigación en contra de la EPS Medimás por presuntas vulneraciones a las normas que regulan el SGSSS y que tienen que ver con incumplimientos de Mipres.

23. El 9 de septiembre de 2021 la Supersalud refirió haber recibido proveniente de la Adres, oficios remitidos a 43 EPS en los que se daba a conocer la ausencia en el reporte de suministro correspondiente a las prescripciones, durante el periodo de diciembre de 2016 a febrero de 2020, a quienes se les solicitó diligenciar lo requerido de forma inmediata. Por lo tanto, la Supersalud en el seguimiento que ejecuta, ofició a las 43 entidades, de las cuales 14 no dieron respuesta alguna³⁹. Agregó que de acuerdo con sus funciones de inspección y vigilancia, inició las acciones correspondientes a aquellas que incumplieron en la contestación a los requerimientos solicitados. Manifestó que en el segundo trimestre de 2021, se iniciaron 12 investigaciones administrativas por presuntas infracciones relacionadas con (i) los CTC, (ii) falta de presentación del informe trimestral y; (iii) negación de medicamentos y tecnologías. Periodo en el que se reportaron multas por \$408.836.700 y en el primer trimestre fueron de \$635.968.200.

24. La Defensoría del Pueblo radicó el informe anual en esta Corporación⁴⁰. Dio a conocer los reportes allegados por el MSPS en torno a Mipres, entre los que mencionó que hasta el 30 de diciembre de 2020 se habían realizado 1.533.482 prescripciones

³⁷ Ambuq (Barrios Unidos de Quibdó), Capitalsalud, Comparta, Coomeva, Medimás y Saviasalud EPS.

³⁸ Que fueron identificados como (i) irregularidades en la entrega de medicamentos formulados vía Mipres - pacientes con diabetes, hipertensión arterial, preinfarto, inflamación próstata, entre otros- y, (ii) contar con personal de salud no inscrito en la plataforma Mipres.

³⁹ Medimás EPS, EPS Sanitas, Saludtotal EPS, SOS EPS, EPS Comparta, EPS Comfamiliar de Nariño, Empresas Públicas de Medellín, Mallamas EPS Indígena, EPS Comfamiliar de la Guajira, EPS Comfamiliar Cartagena, EPS Dusakawi, EPS Comfaboy, Asociación Indígena del Cauca y Carta Copia de EPS Comfacor.

⁴⁰ Informe electrónico adiado el 17 de septiembre de 2021.

por Covid-19, 938.908 por diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación, 891.639 por hipertensión esencial (primaria) y 757.728 por síndrome seco. Aseguró que dentro de las tecnologías, los dispositivos médicos fueron los más frecuentes con 27.227, seguido de medicamentos con 19.266.105, procedimientos con 3.420.158, productos nutricionales con 1.456.507 y servicios complementarios con 1.028.344. Además, indicó haber emitido 6.919.671 para el 2020.

25. Refirió que la Nueva EPS tenía el mayor número de prescripciones con 6.275.938, seguida de Sura con 3.691.641, Sanitas 2.648.114, Salud Total 1.805.657, Famisanar 1.568.307, Coomeva 1.455.212, Compensar 1.454.480, Medimás contributivo 1.086.998, EPS SOS 619.713 y Coosalud 329.200.

En cuanto a los Unirs, afirmó que según el Ministerio fueron 1.559.385 prescripciones -a marzo de 2021-, distribuidos así: RC, 1.396.506 y RS, 162.768. Adicional, en torno a las Juntas de Profesionales de la Salud, Minsalud relacionó que en 2020 se aprobaron 133.114 medicamentos, 726.021 productos de soporte nutricional y 296.314 para servicios complementarios; y que no fueron aprobados 17.367 medicamentos, 69.825 productos soporte nutricional y 49.315 servicios complementarios; agregó que se tenían para evaluación 18.422 medicamentos, 34.120 productos nutricionales y 29.214 servicios complementarios.

Respecto de lo informado por la Supersalud con relación al Mipres, añadió que la entidad no contempló la parametrización de PQRD de manera específica para “implementación de MIPRES”. No obstante, indicó que para el año 2020 fueron 18.131 PQRD y mencionó los principales motivos⁴¹. Asimismo, que en el 2020 no se realizaron visitas a EPS para constatar el funcionamiento del Mipres, sino para verificar el cumplimiento en la garantía en la atención de sus afiliados, las cuales fueron realizadas bajo la metodología de caso trazador, donde se solicitó un número de PQRD, se seleccionó una muestra aleatoria y se analizó cada caso desde el proceso de afiliación hasta la prestación efectiva del servicio y que las EPS visitadas fueron la Nueva EPS, Coomeva, Comfacartagena y Comfahuila. Adujo en torno a las sanciones impuestas por la orden vigésima tercera, que de conformidad con el reporte de información obtenido a través del Sistema de Investigaciones Administrativas - SIAD-, entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2020, la Delegada de Procesos Administrativos, impuso sanciones por valor de \$ 9.339.062.044,00 por negación de tecnologías en salud, incluidos los hallazgos relacionados con los resultados de las visitas realizadas, además de iniciar 18 investigaciones por los mismos hechos.

Adicionalmente, afirmó observar interés del Ministerio por agilizar los trámites en torno a la salud, las plataformas digitales y herramientas electrónicas que permiten a los usuarios realizar consultas, agendar citas médicas y obtener autorizaciones entre otros servicios médicos. Sin embargo, mencionó algunos obstáculos o retrocesos⁴².

⁴¹ Falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS no UPC con 5.028, demora de la autorización de medicamentos PBS no UPC con 4.855, demora de la autorización de insumos PBS no UPC con 1.457, falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS, 1.257, demora de la autorización de medicamentos PBS, 549, falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas, 495 y negación para la entrega de medicamentos PBS no UPC con 318 y 126 peticiones relacionadas con Juntas de Profesionales de la Salud.

⁴² (i) el desconocimiento generalizado de las responsabilidades por los actores del SGSSS, de forma especial las resoluciones 1885 y 2438 de 2018; (ii) la falta de capacitación por las EPS y EOC a los profesionales de la salud para una correcta utilización de la herramienta; (iii) la limitación de las IPS y EPS a los profesionales de la salud para el acceso y prescripción de tecnologías en salud o servicios complementarios; (iv) falta de inscripción de

Finalmente, la Defensoría realizó entre otras, las siguientes observaciones (i) falta de oportunidad en la entrega de tecnologías en salud PBS no UPC, pues la información no estaba disponible en el cubo de Mipres; (ii) deficiencias en la capacitación de los profesionales de la salud, lo que impide una correcta interacción entre el prescriptor y las herramientas tecnológicas, con afectación al usuario; (iii) dificultades originadas por condiciones propias de las regiones y la infraestructura de las ET; (iv) retrocesos en el sector salud ocasionado por el Covid-19 y; (v) la necesidad de aumentar los niveles de control, inspección y vigilancia del sistema de salud.

26. A través de auto del 30 de septiembre de 2021, la Sala Especial requirió a la Defensoría del Pueblo para que allegara la información solicitada a través de auto del 23 de agosto de 2021, pese a ello, no se recibió ninguna respuesta.

27. Finalmente, la ACSC a través de escrito recibido el 1º de octubre de 2021⁴³, remitió los pronunciamientos de las diferentes sociedades médicas. Así, la Sociedad Colombiana de Oftalmología, manifestó que los profesionales de la salud sienten limitada su autonomía médica cuando deben agotar servicios y/o tecnologías PBS UPC antes de prescribir las PBS no UPC, pues ocasionalmente los presionan para utilizar aquellas que no son de rápida respuesta o no son las más indicadas de acuerdo a los conocimientos actuales o a las tecnologías para determinados eventos o patologías; además, se aumenta el tiempo de respuesta del paciente en detrimento de su salud. Agregó que hay tecnologías ya probadas que disminuyen el tiempo de mejoría, incapacidad, posibilidades de iatrogenia, lo que optimiza los resultados para el usuario, la institución y el médico. Asimismo, señaló encontrar adecuado el trámite que se brinda a los medicamentos Unirs, pues estos se nominan por la sociedad científica con los soportes necesarios a través del *link* del MSPS, quien los remite al Invima para ser evaluados.

28. Por su parte, el Colegio de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular, indicó que el 100% de los colegiados que participaron en la encuesta⁴⁴ afirmaron que sí se afecta su autonomía médica, ya que el PBS se encuentra desactualizado en tecnologías y medicamentos, adicionalmente, que las aseguradoras no tienen en cuenta el criterio médico, pues cuando dan su opinión los tildan de “*mercaderes*” y lo que está en el PBS no es siempre lo que necesita el paciente. De igual forma, que algunos dispositivos requieren de Mipres porque no pueden ser reemplazados por medicamentos ni insumos. Igualmente, precisaron que el trámite de la herramienta es complejo y genera desgaste, pues son procesos lentos, además, se imponen por parte de las instituciones los medicamentos y dispositivos. Finalmente, dio a conocer que el 71% de los encuestados consideró que el trámite brindado a los Unirs resulta adecuado, ya que permite ampliar el espectro de las indicaciones de un medicamento, mientras que el 39% afirmó lo contrario, pues se trata de un trámite muy complejo y demorado en el que no se tiene en cuenta la opinión de los especialistas expertos y no se hacen discusiones abiertas para llegar a consensos.

profesionales en el Rethus; (v) limitación en el acceso a la formulación, suministro efectivo y reporte del mismos bajo los criterios del artículo 16 de la Resolución 1885 de 2018; (vi) no respuesta a los requerimientos realizados por la Supersalud a las diferentes EAPB; (vii) la imposibilidad del saneamiento definitivo de las deudas asociadas con servicios y tecnologías PBS no UPC, entre otras.

⁴³ Quien a través de escrito allegado el 15 de septiembre de 2021, solicitó ampliación del término, el cual fue concedido mediante auto del 17 del mismo mes y año.

⁴⁴ Según lo informado, en la encuesta participó el 53% de los 126 colegiados.

29. La Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica informó que la autonomía médica se limita cuando los servicios y medicamentos se aprueban para una patología, pero no para otra que también tiene un efecto beneficioso para el paciente⁴⁵. Además, cuando las EPS e IPS no se actualizan respecto de los nuevos procedimientos incluidos en el PBS, exigen Mipres y así retornan al paciente cuando no es necesario, lo que en ocasiones causa que las órdenes se venzan, se deba iniciar nuevamente el proceso y mientras ello, se desmejora la salud del usuario; sin contar los costos económicos y la radicación de órdenes.

Añadió que hay medicamentos PBS no UPC que aún no están incluidos en Mipres o que no se hallan al momento de realizar la fórmula; además, no se encuentran todas las presentaciones comerciales codificadas, lo que deja al paciente sin un manejo inicial. Indicó que el proceso al que se someten los Unirs es apropiado, pues ofrece una mayor posibilidad de acceder a los medicamentos PBS no UPC, sin que sean condicionados por diagnóstico para iniciar de forma oportuna un tratamiento específico.

30. La Asociación Colombiana de Hepatología, adujo encontrar afectada la autonomía médica, ya que existen medicamentos y tecnologías que son primera línea de manejo en diferentes patologías hepáticas acorde a guías internacionales, que son PBS no UPC y exigir que se agote lo existente en el PBS UPC es exponer a los pacientes a malos manejos y riesgo de progresión de enfermedades, pese a contar con evidencia suficiente de mejores resultados con los PBS no UPC. Asimismo, por efectividad en la que incluye la posibilidad de adherencia en varias patologías, en los tratamientos de primera elección no es el financiado con la UPC y cuando Mipres exige registrar una alternativa PBS UPC usada previamente, enfrenta al médico al registro de un fármaco relacionado que no ha usado por su menor efectividad.

Manifestó haber recibido comentarios de agremiados que son presionados por las IPS para no formular medicamentos PBS no UPC, por riesgo de transferir costos al prescriptor en caso de no lograr ser recobrados. Por lo tanto, se teme que a corto plazo se impongan topes de formulación PBS no UPC a las IPS y se aumente la presión para no formularlos. La sociedad considera que Mipres ha afectado la relación médico-paciente, pues el primero dedica más tiempo a generar la orden que al interrogatorio, examen al paciente, análisis del caso y toma de conductas, lo que en ocasiones obliga a los prescriptores a formular PBS UPC para evitar demoras en la atención, llamados de atención y corrección de Mipres, pese a que existen mejores medicamentos y tecnologías PBS no UPC, lo que les impide cumplir con su juramento hipocrático.

Aseguró que aún no se hallan en el país opciones terapéuticas para el manejo de situaciones clínicas previsibles como por ejemplo la hepatitis crónica por virus delta y la hepatitis crónica por virus C resistente a Sofosbuvir/Velpatasvir -entre el 2.5% de todos los tratados con ese esquema-. Además, que aún no se pueden formular medicamentos PBS UPC en indicaciones descritas y demostradas desde hace más de 20 años con evidencia suficiente de sustento⁴⁶. Referente a los Unirs, señaló que no existe una ruta definida para nominar los medicamentos y una vez se realiza la

⁴⁵ Ejemplo de ello citó la Claritromicina en neumonía -PBS- y la infección por helicobacter pylori -PBS UPC-.

⁴⁶ Ejemplo: Propranolol en hipertensión portal como profilaxis primaria y secundaria, Cianoacrilato en el manejo de varices esofágicas, sin existir muchas opciones terapéuticas adicionales, etc.

postulación, no existe una retroalimentación del proceso al postulante, la cual le permitiría subsanar o ampliar la información que sustente la pertinencia de la inclusión. Consideró que el MSPS y las comisiones científicas o revisoras deberían estar actualizadas en el avance de la medicina y sugerir al Invima realizar estas inclusiones, para dar un buen uso a los medicamentos. Afirmó que se les exige hacer las postulaciones con trámites engorrosos que gastan tiempo.

31. La Asociación Colombiana de Hematología y Oncología dio a conocer que el PBS no ha sido actualizado a la misma velocidad con que cambian las tecnologías en medicina. Agregó que en Hematología y Oncología, aproximadamente el 20-30% de los medicamentos que se usan en primera línea son PBS no UPC, así que exigir agotar los servicios PBS UPC coarta la autonomía médica. No obstante, Mipres permite indicar que los medicamentos PBS UPC fueron descartados, es decir no exige su agotamiento. Por lo tanto, consideró que lo que restringe de manera relevante su autonomía médica y pone en riesgo la vida de los pacientes, es la exigencia de formular exactamente según el registro Invima que depende de la industria farmacéutica y sus intereses comerciales y no de las guías de tratamiento basadas en la mejor evidencia, lo que implica una amenaza mucho más importante a su autonomía y a la salud de los pacientes.

Refirió que el hecho de limitar la posibilidad de prescribir únicamente al registro Invima en forma exacta, hace que los tratamientos se suscriban a los intereses de la industria farmacéutica en cuanto a registro y *“a lo que más le convenga”*, los cuales en muchas ocasiones no están en línea con las guías internacionales de manejo de patologías, en especial aquellas que son de bajo costo e incluso en las de alto costo limita los tratamientos a las combinaciones que la industria decide registrar. Agregó que el proceso de postulación de los Unirs es muy dispendioso y en su caso particular, han asumido el costo de pagarle a una persona experta para llenar estos formularios, lo cual no tendría por qué ser sufragado por las Sociedades Científicas, pero han decidido hacerlo por el bienestar de los pacientes.

Informó que realizada la postulación, el Invima analiza la información sin acudir a la Sociedad Científica y en ocasiones niega indicaciones, pero si antes consultara con expertos, estos podrían aclarar que si bien en muchos casos no tienen evidencia de óptima calidad como ellos la consideran (estudios fase 3 y meta-análisis), por tratarse de enfermedades de baja frecuencia o condiciones particulares, están indicadas en guías y consensos de expertos, por lo que son necesarias. Aseguró que el trámite puede durar más de seis meses, tiempo en el que un gran número de postulaciones son negadas sin que exista ninguna posibilidad de interlocución. Preciso que cuando se incluyen nuevas moléculas en el listado Unirs, se requiere de un proceso adicional por parte del galeno, que es una Junta Médica, lo cual no tiene mucho sentido, pues estos medicamentos en teoría ya fueron sometidos por la sociedad científica. Finalmente, una vez el Invima realiza la revisión y aprueba la indicación, transcurre mucho tiempo para que pueda ser hallada en el registro.

32. Finalmente, la Asociación Colombiana de Reumatología manifestó que su autonomía se limita, ya que en algunos pacientes no hay posibilidad de agotar recursos incluidos en el PBS UPC, pues no existen tratamientos para determinadas patologías o porque las condiciones individuales que ponen en riesgo la salud y la vida del paciente hacen que sea imposible pasar por otras tecnologías. Por tal razón,

consideran que la herramienta tecnológica podría modificarse con el fin de tener la posibilidad de prescribir, cuando se considere, medicamentos sin el requerimiento de agotar las posibilidades de los PBS UPC, con la justificación científica aportada por el profesional de la salud.

Referente a los Unirs, encuentran que el procedimiento debería ser más eficiente, pues se trata de un proceso que busca proporcionar mejores opciones de tratamiento a los pacientes, especialmente a los grupos con patologías en las que cuentan con información científica limitada, tales como los pacientes pediátricos, enfermedades de baja frecuencia, pero que no se podrían considerar en el grupo de las huérfanas o manifestaciones severas de las enfermedades autoinmunes, donde la mejor evidencia disponible son las series de casos, teniendo en cuenta que para los pacientes podría ser la única alternativa para lograr recuperar su salud. En el caso específico de la reumatología, indica necesitar un trámite más expedito para la inclusión de medicamentos Unirs, para beneficiar a los usuarios que en el momento tienen opciones terapéuticas limitadas.

A través de auto del 5 de octubre de 2020, la Sala corrió traslado de los pronunciamientos emitidos por Minsalud y la Supersalud a los peritos voluntarios⁴⁷. Así, la Asociación de Pacientes de Alto Costo⁴⁸ encontró que no se han codificado todos los servicios y tecnologías PBS no UPC y presupuestos máximos para ser formulados vía Mipres, ejemplo de ello es la silla de ruedas que si bien aparece en la tabla 31 de los servicios complementarios con código 1, en realidad no puede prescribirse mediante la herramienta. Por lo tanto, manifestó *“que el MSPS no cumple con la ley, no le cumple al país, ni a los pacientes y no informa la verdad ante la Corte”*.

Asimismo, aseguró en lo referente a la capacitación brindada en torno a Mipres que al inicio de la implementación, fueron pocas las actividades desarrolladas para darla a conocer, especialmente en municipios pequeños; no obstante, dado el tiempo de implementación y la necesidad de publicitarla, su difusión se amplió. De otra parte, en cuanto a los videos tutoriales publicados en la página del Ministerio, afirmó que no se hace una encuesta sobre su utilidad, es decir, su eficacia no se mide. Así, afirmó que para la entidad no fue fácil aprender a manejar la herramienta con el aplicativo virtual, por lo que sugirió se implemente una encuesta de satisfacción de aprendizaje. Concluyó que la necesidad del uso facilitó que fuera utilizada más rápido con el apoyo de quienes ya la sabían manejar.

33. De igual forma, advirtió que el número de anulaciones si bien es un indicador válido, no se cuantifica el número de Mipres anulados por errores como que no coincidan las dosis diarias con el total del medicamento prescrito, dato que se obtiene de cada EPS por ser las que generan la orden de servicios cuando se presentan errores. En consecuencia, consideró que para mejorar la calidad de la plataforma, esta debería hacer cálculos automáticos de dosis por día al darle total de días. A su vez, resaltó la

⁴⁷ La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08 y por una Reforma Estructural en Salud -CSR-, Observatorio Así Vamos en Salud, Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad -Dejusticia-, Universidad Nacional de Colombia, Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-, Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud -Gestarsalud-, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, Asociación de Pacientes de Alto Costo y, Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos -ACESI-.

⁴⁸ Oficio recibido en la Sala Especial el 27 de octubre de 2021.

situación que se ha presentado en aquellos lugares donde no hay conectividad o acceso a TIC y donde los pacientes sí se ven afectados, ya que no se realiza la prescripción manualmente, por lo que deben acudir de forma recurrente a la tutela. Adicional, afirmó que en el RS los médicos les informan a los pacientes que “*no tienen derecho a Mipres*” y por ello, no formulan por el aplicativo y generan en el usuario la obligación de comprar lo ordenado, lo que finalmente termina en radicación de una tutela⁴⁹. En consecuencia, encontró imperioso la revisión de cuáles acciones constitucionales contienen tecnologías PBS no UPC y que se han codificado en Mipres.

Manifestó que el promedio de respuesta en los problemas reportados para los APME es de 21 días, lo que considera se aleja de brindar un goce efectivo del derecho a la salud y que tiene como génesis la imposición del requisito para que aquellos alimentos tengan que ir a comité, lo que se convierte en una barrera administrativa y viola la autonomía médica. Agregó que no han observado la implementación de medidas para corregir las consultas de mayor número. Asimismo, adujo que las EPS controlan las dobles formulaciones de Mipres y no este, razón por la que se pierden algunos Mipres. Lo anterior, en algunas ocasiones termina en una dilación de la aprobación hasta el empalme de fecha, en otras, en la cancelación de la fórmula, lo que obliga al paciente a que pida nuevamente la cita con su médico para que le prescriba. Por lo tanto, consideró que tal inconveniente debe ser corregido en el sentido de que el aplicativo permita formular con el ajuste de fechas.

34. Mencionó que según las resoluciones 1885 y 2438 de 2018 no es obligación prestar los servicios complementarios, lo que desconoce el concepto de integralidad que contiene la sentencia C-313 de 2015. Ejemplo de ello, es la indicación que establece el cuidador de acuerdo a la capacidad de pago -8 smmlv-, lo que considera contrario a los principios de la Ley Estatutaria en Salud en torno a los derechos a la igualdad y la no discriminación. Adicionalmente, informó que el regreso a la ciudad de residencia de los pacientes que han estado en otro lugar, no se ha codificado en Mipres, siendo una de las razones por la que se abandonan a los pacientes cuando la IPS les da de alta; asimismo, que la silla de ruedas no se puede formular por el aplicativo, pues no está habilitada y los gastos de transporte y viáticos para pacientes de zonas que no tiene UPC diferencial tampoco están en Mipres, servicios que solo se brindan a través de tutela. En torno a las inclusiones de los Unirs, indicó que le llamó la atención el tema de seguridad para solicitar más información, la cual se ha sustentado en el RS y solo si la dosis del nuevo uso superaba la de los estudios de seguridad, serían válidas. Concluyó que Minsalud debería trabajar con compartidos de este tipo de otros países.

35. Referente al formulario de contingencia, afirmó que desde su experiencia, su uso es una distracción, pues la EPS nunca lo encuentra y argumenta no haberlo recibido, lo que genera cargas al paciente, quien generalmente debe esperar para hacerlo de nuevo por el aplicativo. Agregó que la causa principal del uso del formulario de contingencia es la inconsistencia en la afiliación o identificación 57%.

36. Finalmente, en lo que respecta a las juntas de profesionales, afirmó que la información ofrecida por Minsalud fue incompleta, pues no separa lo concerniente a

⁴⁹ Situación se presenta con mayor frecuencia en IPS de integración vertical, en especial para Dermatología, Oftalmología y Ortopedia.

EPS e IPS, la frecuencia de reuniones tampoco hace un análisis de las cifras por departamento, además, no relacionaron las tecnologías que fueron a junta. Señaló que le llamó la atención las 71.686 -6,44%- prescripciones que no fueron evaluadas y que en parte confirman su manifestación sobre esa barrera administrativa impuesta por el MSPS que no se soporta en las dudas del médico tratante. Consideró que 93.200 - 8.38%- que no hayan sido aprobados es un número igual de pacientes que se quedaron sin tratamiento, lo que encuentran violatorio de la autonomía médica, pues no se mencionaron las causas del rechazo. Así las cosas, que 164.886 -14,8%- prescripciones no les hayan llegado a los pacientes sin estar expresamente excluidas, es una clara demostración del tamaño de la barrera administrativa. Igualmente, indicó que no se informó sobre los tiempos de espera de aprobación de estos comités.

37. Además, en cuanto al reporte emitido por la Supersalud, afirmó que no se muestra como resultado de un trabajo serio sobre el seguimiento al cumplimiento de la orden analizada, los hallazgos de 90 días de espera para cumplir con la misma, pues no se da a conocer que se hayan abierto investigaciones, no se anexan los planes de mejoramiento y a que EPS les fueron impuestos, lo que califica como una total indiferencia al problema.

Agregó que se desconocen los reportes y se presenta una información basada en informes de PQRD que no coinciden con la revisión llevada a cabo por la entidad, pues se brindaron unos datos que combina UPC y Mipres y que reportó que las PQRD de 2020 por demora en la entrega de medicamentos PBS no UPC fueron 67.944 - 8.0% y por demora en la autorización 38.283 -4.5%-. Llamó la atención sobre el hecho de que las cinco principales EPS que afilián al 50% de la población no tengan ninguna investigación por Mipres, por lo tanto, consideró que la Supersalud no ejerce sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre este tema ni pide acciones para disminuir estas PQRD.

38. Posteriormente, Así Vamos en Salud⁵⁰ dio a conocer que la funcionalidad de la plataforma y que se relaciona con las tecnologías PBS no UPC⁵¹ ha sido superada, pues ahora se encuentran bajo la gestión directa de las EPS y no operan los recobros, lo que no ocurría hasta antes del 2020, cuando la prestación de los servicios se pagaba posteriormente. Asimismo, indicó que en el RS, las tecnologías PBS no UPC fueron asumidas por el Gobierno central a partir del 2020. Agregó que con la implementación de presupuestos máximos se aceleró el acercamiento entre servicios PBS UPC y PBS no UPC, debido a que las tecnologías financiadas pueden gestionarse de forma mancomunada. No obstante, destacó que a la fecha no hay unidad de caja en estas dos fuentes, lo que dificulta la gestión de las tecnologías.

En cuanto al proceso de exclusiones, señaló que si bien es un proceso establecido de forma adecuada, consideró que si los pacientes, actores y el Gobierno declaran que una tecnología en salud debe ser excluida, la misma no debería ser financiada con recursos del sistema de salud y no estar incluida en Mipres, pues se debe cumplir con el proceso técnico científico y consulta ciudadana que así lo avale.

39. Respecto de las capacitaciones sobre la plataforma, afirmó que las implementadas

⁵⁰ Informe electrónico recibido el 28 de octubre de 2021.

⁵¹ Si bien se hace relación a tecnologías no PBS, la Corte comprende que dado el contexto se hace referencia PBS no UPC.

han cumplido adecuadamente con el objetivo de formar al talento humano en salud, las instituciones y los pacientes, las cuales han impactado la disminución de errores y facilitado acortar los tiempos en su diligenciamiento. Sin embargo, destacó que las enfermedades huérfanas no se han integrado al registro del Instituto Nacional de Salud -INS-, lo que se exige desde la expedición de la Resolución 586 de 2021, a pesar de no haber definido un plazo para cumplir con tal requerimiento.

40. En relación con la mesa de ayuda, afirmó que las respuestas que esta emite en el segundo nivel se brindan dentro de los plazos otorgados por la normatividad relacionada con los derechos de petición. En torno a la forma de prescribir, indicó que las órdenes médicas deben darse citando la denominación común internacional y con la cita de las marcas o genéricos de los medicamentos, lo que ha sido objeto de exposición en las capacitaciones adelantadas por la cartera de salud.

41. Referente a los Unirs y su trámite, adujo encontrarlo adecuado ya que busca proteger la salud de la población y garantizar el derecho fundamental, pese a ello, consideró necesario que el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud -IETS- realice una evaluación para consultar las autorizaciones en agencias de orden internacional. Añadió que el proceso de autorizaciones de ingreso de medicamentos a Colombia a cargo del Invima se ha deteriorado, pues los tiempos se han incrementado sin causa aparente, por lo que sugirió se llame la atención a la entidad, lo que también impactaría el trámite de Unirs y concluyó que se trata de un aspecto netamente técnico en el que está en juego la seguridad del paciente, que debe primar.

42. En torno al formato de contingencia, realizó un breve recuento de las situaciones en las que se debe utilizar y agregó que *“consultó a los pacientes, pero no encontró razón para que exista una carga administrativa que se imponga a dicho actor, a pesar de que lo mencionado por sus representantes señala que hay carga”*. Manifestó que existen algunos insumos que se encuentran incluidos en los procedimientos en salud correspondientes⁵², lo que libera de la obligación de que estén en Mipres, pues si la realización del procedimiento lo exige, debe agregarse a este, ya que lo importante es que la finalidad del tratamiento y de la atención se cumpla. Señaló que existen agentes que presionan por la codificación de lo mencionado, pues solo piensan en la facturación y no en el procedimiento que materializa el derecho, adicionalmente, tener desagregados los insumos induce en forma adicional a un exceso de uso, sobrecostos y glosas, lo que afecta el derecho. Por lo tanto, consideró innecesario que estos se codifiquen en la plataforma.

43. Aseveró que los servicios complementarios se ubican dentro de la herramienta de prescripción. Pese a ello, se debe tratar de identificarlos a todos y codificarlos, por ende, sugiere a la Corte que ordene al Departamento Nacional de Planeación -DNP- y al Departamento de Prosperidad Social -DPS- llevar a cabo un acuerdo intersectorial para definir cuáles servicios sociales deben quedar a cargo de otras agencias estatales. Lo anterior, para coadyuvar a organizar la oferta social del Estado y a liberar al sector salud de responsabilidades que no le corresponden para liberar recursos que permitan garantizar el derecho a la salud de mejor manera.

44. Respecto de la autonomía médica, indicó que Mipres sí la respeta, toda vez que las tecnologías PBS UPC son las más costo-efectivas basadas en la evidencia.

⁵² Gasas, vendas, yeso, jeringas, cánulas, tapabocas, válvulas, pinzas, trocares, engrapadoras quirúrgicas entre otros.

Adicionalmente, el MSPS ha priorizado la inclusión de tecnologías de primera línea en UPC, lo que implica que se continúe el proceso terapéutico correspondiente, ello armonizado con la implementación de las Rutas Integrales de Salud -RIAS-, que permiten conocer la ruta terapéutica, desde las primeras líneas de atención.

En cuanto a las acciones de tutela radicadas, afirmó que estas obedecen a diferentes acciones, unas asociadas al efecto positivo de las capacitaciones del Ministerio -entre más conocimiento mayor exigencia-; otras a la cultura del país de todo quererlo ya, como la oportunidad de las citas -que no son Mipres-; otras más a la negación efectiva de servicios que se pueden dar por parte de algunos de los actores, por lo que no se trata de un problema de la plataforma si no de identificar las causas primarias de las tutelas. Adujo que Mipres debe incorporar todo el proceso de atención sin diferenciar si se trata de tecnologías financiadas o no por la UPC, sin atarse a la aplicación de una herramienta tecnológica, pues ello induce a la segmentación en la operación.

Así Vamos en Salud agregó no disponer de información sobre la evaluación del cumplimiento de los hallazgos obtenidos por la Supersalud para dar una opinión sustentada. Sin embargo, aseguró tener claridad de que la reiteración en el incumplimiento de las EPS o no superación de una situación puede generar una medida de vigilancia o control especial, lo que al parecer no está sucediendo, pues las EPS de ambos regímenes ya intervenidas no están superando la condición que ocasiona la intervención y en virtud de ello, avanzan hacia la liquidación, de forma lenta o hacia el cierre de autorizaciones de afiliación en algunas regiones, lo que pone en riesgo el derecho de la salud y puede evidenciar la falta de efectividad de las medidas de la intervención previa al cierre

45. Añadió que la pandemia del Covid-19 trajo nuevos retos para el sistema de salud, pues no estaba preparado para afrontar la demanda domiciliaria, es por esta razón que hasta el 2020 se debe analizar tratando de aislar el efecto pandemia, que aún estaba presente en 2021, aunque con una situación que tiende más a la presencialidad. Respecto de PQRD y dado que la Supersalud afirmó no contar con un indicador de Mipres, consideró necesario se precise qué es atribuible a la herramienta y qué no lo es, para hacer un mejor análisis. Ahora, dado que actualmente los presupuestos máximos se encuentran en gestión de la EPS, lo que debe llevarse a cabo es una auditoría integral y no una segmentada.

Acemi⁵³ dio a conocer que tal y como lo ha establecido esta Corporación, exigir un fallo judicial para garantizar el derecho a la salud, constituye una barrera injusta y arbitraria, en la medida que genera un desgaste gravoso para la administración de justicia, como ocurre con la silla de ruedas, que no puede ser prescrita vía Mipres, sino que se circunscribe a la acción de tutela, pues de lo contrario la EPS no asegura que la Adres le reconozca y pague el costo de la prestación. Por lo tanto, sugirió que para resolver este tipo de situaciones, el proveedor y prestador sea quien emita la factura de forma directa a la Adres, ya que la EPS no ha sido delegada por la ley para proveer dicho financiamiento. Aseguró que desde que se inició la implementación de la herramienta, se han ocasionado algunas dificultades⁵⁴.

⁵³ Informe electrónico recibido el 8 de noviembre de 2021.

⁵⁴ (i) imprecisión con la ordenación del gasto, pues termina siendo un acto complejo integrado por la prescripción del médico tratante y la aprobación sobre los recursos públicos que imparte Mipres; (ii) insuficiencia de recursos, ya que no todo lo que se prescribe vía Mipres tiene respaldo presupuestal, pues los presupuestos máximos han sido insuficientes y lo que no se financia con estos, se prescriben sin que se asegure la asignación de recursos, lo que

En cuanto a los servicios sociales complementarios manifestó que como no corresponden al ámbito de la salud, deben ser reconocidos con otros recursos que se determinen para ello. Respecto del traslado de acompañantes, indicó que el MSPS insiste en que debe financiarse con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de servicios y tecnologías en salud y por ende, las ET deben garantizarlos, sin embargo, cuando se ordenan a través de tutela, se agregan a Mipres como servicios complementarios y quedan a cargo de los presupuestos máximos, lo que demuestra que solo se autorizan mediante la plataforma si existe una orden judicial. Por lo tanto, se requiere una regulación que precise las condiciones en que se presta el servicio.

46. De otra parte, reconoció el esfuerzo que ha realizado el Ministerio en cuanto a las capacitaciones sobre Mipres, ya que a través de estas se ha facilitado el manejo de la herramienta y la ruta de gestión de tecnologías PBS no UPC, así como han disminuido los errores cometidos al momento de emitir las prescripciones. No obstante, las temáticas siguen siendo muy generales y ello hace que aún se identifiquen algunos errores frente a los que es pertinente profundizar de manera más detallada. Resaltó que algunos actores, si bien no prescriben, se encargan del Módulo de Dispensador–Proveedor, que también debe ser tenido en cuenta para los cursos de formación, para los que algunas EPS han realizado videos ilustrativos, pues se ha dado a conocer que la cartera de salud no suministró información adicional más allá de los anexos. Por último, aseguró que aún se presentan problemas en torno a la posología e indicación Invima, lo que hace necesario aumentar la formación de los profesionales en estos aspectos.

47. Sobre la mesa de ayuda, reconoció su mejoramiento en la oportunidad de las respuestas, pese a ello, expuso que se continúan presentando algunas dificultades en cuanto a su precisión, pues en ocasiones se debe hacer énfasis en los anexos enviados para que exista mayor claridad. Adicionalmente, se generan demoras en los procesos ya que algunas contestaciones no son inmediatas.

48. Referente a los Unirs, manifestó que la última actualización se llevó a cabo en julio de 2020 con 94 principios activos. Lo anterior, demuestra que le falta celeridad al trámite, además, no se evidencia suficiente socialización de la agenda ni un cronograma expedito y oportuno ante la necesidad de los pacientes, sobre todo de patologías oncológicas. Agregó que algunas asociaciones han realizado solicitudes sin obtener respuesta⁵⁵. Finalizó señalando que para este tipo de medicamentos es necesaria una política que delimite de forma definitiva su exclusión o incorporación, para ser financiados con recursos públicos del SGSSS.

En lo que al formato de contingencia se refiere, adujo que pese a lo establecido, se han recibido solicitudes por fuera de lo indicado en la normatividad vigente, además cuando no se encuentra la prestación codificada en la aplicación o se superan los tiempos regulados, es necesario retroalimentar al prescriptor y/o IPS. Pese a ello, aclaró que este formato no puede aplicarse a las tecnologías que no estén previamente en Mipres, las que solo se autorizan cuando media orden judicial. Igualmente, afirmó que es común que el prescriptor no utilice el formato actualizado, lo que impide su

implica que las EPS y los proveedores deban suministrar el bien o servicio sin garantía por parte del Estado de que serán pagados oportuna e integralmente.

⁵⁵ Ejemplo de ello es lo acontecido con la solicitud que desde el año 2017 realizó Asocolderma para que se incluyera el uso de Rituximab en el Pénfigo, quien no ha conocido la respuesta sobre ello

transcripción por no poseer toda la información necesaria para el proceso, en otras ocasiones el profesional o la IPS no lo envía a la entidad responsable y delega esta actividad en el usuario, lo que genera cargas que afectan su derecho a la salud, sin contar que la herramienta posee validaciones que impiden prescribirle a los pacientes con cédula de extranjería y Permiso Especial de Permanencia -PEP-. Dejó de presente que el aplicativo no cuenta con la posibilidad de generar trazabilidad en algunos campos vacíos, entre otros⁵⁶.

49. Adicionalmente, manifestó que el Ministerio consolidó los insumos, elementos y servicios en una gran bolsa, lo que afecta la variabilidad de la tarifa *“de cada servicio y el cálculo del presupuesto máximo para la EPS, lo que genera además que un código Mipres tenga varias representaciones de códigos internos disponibles entre EPS y los oferentes del servicio, ya que no tienen el mismo valor”*. Por ende, consideró necesario que se realice una codificación en Mipres de los servicios complementarios, para que todos los actores utilicen los mismos códigos y se facilite la trazabilidad de la prestación a lo largo del ciclo⁵⁷. Finalmente, enunció los servicios complementarios que se hallan en la plataforma⁵⁸ y aseguró que su ausencia sí afecta la prestación de los servicios.

50. En cuanto a la autonomía médica de los prescriptores, aseguró que se afecta cuando estos solicitan tecnologías que desconocen los elementos de la auto regulación, la racionalidad y la evidencia científica, pues se registran en Mipres prestaciones que no cuentan, por ejemplo, con indicaciones del Invima. Asimismo, dio a conocer que la exigencia que se realiza de agotar un servicio PBS UPC antes de formular uno PBS no UPC, no afecta la discrecionalidad de los prescriptores, ya que la necesidad, evolución y evaluación clínica del paciente son los que determinan el uso de una tecnología. Agregó que la autonomía médica debe ejercerse de acuerdo a los principios de costo efectividad, pertinencia médica y racionalidad del sistema y concluyó este punto con la siguiente afirmación *“Lo que no tendría sentido, es que estando cubierta la prestación por el mecanismo de protección individual (PB-UPC), se utilice el de MIPRES trasladándole al Estado la resolución de un problema de salud que se ha podido resolver de manera científica y satisfactoria a través del aseguramiento a cargo de la EPS”*.

51. Señaló que la herramienta Mipres ha reducido las tutelas ya que permite que el profesional de la salud registre la información que considera necesaria para la autorización de la prestación en un solo formato. Sin embargo, que las acciones constitucionales continúan por otros motivos como la prescripción de servicios que no cuentan con registro Invima y resaltó que el único mecanismo que existe para que

⁵⁶ Mal diligenciados, extemporáneos, usuario no afiliado a la EPS, documentación incompleta, tecnología no existente en Mipres, prestados sin convenio, desactualizado, prestación PBS o con cargo a la UPC y criterio Unirs vencido

⁵⁷ Como ejemplo, mencionó que *“...el prescriptor solicita no solo bloqueador solar, sino alguno con especificaciones tan detalladas que le exigen a la EPS la entrega de una opción específica, la cual puede diferir de otra prescripción hecha por otro profesional, con lo cual, cada una debe tener un código interno diferente para ser reconocida y direccionada al oferente. Lo que no esté allí descrito no se podría prescribir y mucho menos garantizar a través de la EPS. En este sentido, cuando la prestación se entrega en cumplimiento de un fallo de tutela, se genera un problema en la prestación y en temas reputacionales, pues no existe la forma de legalizarla a través de MIPRES”*.

⁵⁸ Bloqueadores solares, champú y lociones capilares, medias de compresión graduada y antiembólicas, pañales, zapatos y plantillas ortopédicas, tratamientos de ortodoncia y periodoncia, implantología dental, lentes de contacto, transporte ambulatorio diferente a ambulancia PBS-UPC, transporte ambulancia no cubierto por el PBS-UPC y hospedaje, alimentación y viáticos contemplados en leyes especiales a los otorgados a las comunidades indígenas.

el Estado otorgue servicios que se ajustan a criterios de exclusión de la LES es la acción de tutela, con excepción de los Unirs, dado que aún se mantienen servicios y tecnologías que no son susceptibles de solicitarse por Mipres, para cuyo pago se precisa de la tutela que ordene la prestación.

52. Referente a la función que despliega la Supersalud, adujo que en algunas ocasiones la entidad no “*entiende las limitaciones que tienen las EPS*”, lo que afecta el desarrollo del alcance del concepto de PBS UPC y no UPC fijado por esta Corte, así como la reputación de la EPS, quienes se exponen a críticas por considerarse que obstaculizan el suministro de prestaciones como la silla de ruedas y servicios excluidos, cuando en realidad estos no pueden prescribirse por Mipres.

Consideró oportuno que la Supersalud incluya como criterio de verificación, la validación no exitosa por errores en la posología, pues el prescriptor no válida de forma correcta la información. Igualmente, que los medicamentos que no poseen indicación Invima no se deberían prescribir, pues lo procedente es nominar al listado Unirs cuando se estime pertinente. Adicional, afirmó que en algunos casos se han incluido aspectos positivos, pues algunas EPS consideran que estos planes han contribuido a mejorar el acceso a los servicios PBS no UPC, pese a ello, la entidad de vigilancia no válida muchas explicaciones ante posibles fallas, aun siendo razonables y comprensibles y exigen planes de mejora que no siempre son pertinentes por no corresponder al ámbito de gestión⁵⁹ y tratarse de fallas que son atribuibles a los proveedores o prestadores de servicios de salud o por las carencias de algunos territorios en cuanto a infraestructura.

53. Manifestó que después de la implementación de Mipres algunas EPS observaron reducción en las quejas y reclamos de sus usuarios por servicios o tecnologías PBS no UPC; sin embargo, encontró necesario fortalecer la correcta formulación por los médicos tratantes para reducir los errores.

54. Gestarsalud⁶⁰ dio a conocer que las capacitaciones impartidas por Minsalud han disminuido la comisión de errores, pese a ello, no han tenido el impacto requerido para beneficiar a los usuarios del SGSSS, pues se siguen presentando inconvenientes con el manejo de la herramienta, que pueden mejorar con la implementación de acciones de automatización que permitan la agilidad y su disminución. Por lo tanto, espera que pronto se liberen versiones de actualización de la plataforma y que se fortalezcan los cursos de formación para que se obtengan los indicadores de impacto y resultados que demuestren mejoras en el uso de la plataforma y la calidad de su información

55. Aseguró que no es viable dar a conocer de forma precisa cual es el comportamiento de la mesa de ayuda de cara a los prescriptores, no obstante, pudo deducir que no ha sido muy utilizada o que sus respuestas no permiten aplicar medidas correctivas al momento de ingresar y ajustar lo requerido, pues el porcentaje de reducción de errores no había sido muy significativo. Añadió que las respuestas emitidas a los aseguradores suelen ser apropiadas para la consulta elevada y que

⁵⁹ Por ejemplo, indicó que en algunos casos no se reportan traslados y manutención durante pandemia, lo cual obedece a la prestación de servicios ambulatorios virtuales. No obstante, se exige plan de mejora para reportar casos.

⁶⁰ Id. Recibido el 10 de noviembre de 2021.

tienen un tiempo de respuesta promedio de una hora y cuando son de fondo, de cuatro días.

56. Asimismo, propuso que se revise el proceso de socialización que se aplica con los actores del sistema en torno a los Unirs, para que decrezcan los tiempos en el proceso de autorización y suministro, pues en ocasiones se desconocen los cambios una vez son aprobados, lo que implica que se agoten trámites administrativos manuales que deben ser automatizados para disminuir los tiempos de respuesta. Agregó que dado que los Unirs no se financian por la UPC y que se prescriben a través de Mipres, resulta necesario revisar el proceso de aprobación que se aplica, pues toma tiempos muy extensos que imponen al paciente una carga sobre la gestión administrativa para su entrega. Igualmente, trabajar sobre la simplificación de requisitos y la automatización de este proceso redundará en la posibilidad de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los usuarios.

57. Indicó que el uso del formulario de contingencia no es alto, por ende, se observó que los procesos dispuestos por las entidades permiten lograr su entrega en los términos de la norma. Sin embargo, resaltó que si en el formato de contingencia se prescriben servicios y tecnologías que deben ser aprobados por las Juntas de Profesionales, el tiempo de atención se incrementa, por ende, su utilización no ha generado cargas a los pacientes.

58. Respecto de los servicios complementarios, precisó que existe un código genérico en la plataforma que posteriormente y con el fin de ser homologado en el sistema para identificar las características del servicio, tecnología, insumo o elemento a dispensar, debe surtir un proceso para ser suministrado y entregado. Consideró que de acuerdo con el uso eficiente de los recursos del SGSSS y la aplicación de los principios de la autonomía médica, la herramienta no solo respeta el ejercicio de los profesionales de la salud, sino que además ha permitido avanzar en la identificación las exigencias de agotar un servicio PBS UPC antes de formular uno PBS no UPC, lo que no afecta la discrecionalidad de los prescriptores.

59. Adicionalmente, argumentó que la implementación de la herramienta ha impactado el número de acciones de amparo radicadas con el fin de obtener servicios y tecnologías PBS no UPC, pues de acuerdo con la estadística del 2021 de la Defensoría el Pueblo, en los primeros cinco meses del año se radicaron 22.973 tutelas, lo que genera un promedio de 4.595 por mes y permite afirmar que la acción de tutela asociada a salud ha decrecido, lo cual no se da solamente por la creación de Mipres.

En relación con el informe de la Supersalud, manifestó que se contabilizan los tiempos sin tener en cuenta los plazos que concede la norma para el direccionamiento, suministro y entrega, en tal sentido, consideró que los criterios fijados por la entidad de vigilancia no abarcan todos los problemas que se pueden presentar en la implementación del aplicativo. Agregó que el control que se ejerce sería más efectivo si al actualizar la plataforma se generan acciones de auditoría, seguimiento o vigilancia para identificar las causas que impactan negativamente la prestación de los servicios a los usuarios.

De igual forma, afirmó que para que la suscripción de los planes de mejora sea efectiva para generar medidas preventivas y no solo correctivas, deben integrar las

acciones con diferentes actores del proceso. Por último y en torno a las PQRD, afirmó que la forma en que la Supersalud clasifica la información puede generar sesgos y solo asume una parte de las quejas que llegan a los usuarios y deja de lado las que realizan las aseguradoras por temas de funcionamiento del aplicativo o los demás actores del sistema. Por lo tanto, la percepción sobre las PQRD reportadas entre los años 2019 a julio de 2021 relacionadas con el funcionamiento de Mipres, no brindan certeza a las EPS e impiden identificar las causas en forma precisa para tomar medidas y superarlas.

60. El 3 de noviembre de 2021, la Supersalud refirió que de acuerdo con los resultados obtenidos para la vigencia del 2020 se encontraba adelantando las acciones de control correspondientes sobre aquellas entidades⁶¹ que incurrieron en negación e inoportuna autorización y prestación de servicios de salud PBS no UPC⁶², con la aplicación de los mismos criterios⁶³.

Agregó que de los procesos mencionados, seis se remitieron a la Delegada para Investigaciones Administrativas, los restantes están en proceso de remisión. Adicionalmente, que en tercer trimestre del 2021 se iniciaron dos investigaciones administrativas sancionatorias por presuntas infracciones relacionadas con (i) los CTC, (ii) falta de rendición del informe trimestral CTC y (iii) negación de medicamentos y tecnologías. De otra parte, que las penalidades impuestas y que se relacionaban con tecnologías en salud, ascendió a un total de \$417.921.960 por multas.

61. La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760/08 y por una Reforma Estructural en Salud -CSR⁶⁴- manifestó que la implementación de Mipres ha tomado tiempo, sin que ello se constituya en una barrera adicional de acceso a los servicios de salud. Asimismo, y en torno a las capacitaciones indicó que no se ha evidenciado el porcentaje de cada sector de la salud que ha sido formado, solo el número de participantes por año, sin tener claro la meta ni el nivel de progreso, sin embargo, afirmó que la versión 2.0 está enfocada a mejorar el uso de la plataforma, pero no se tiene claro el avance.

En cuanto a la mesa de ayuda, señaló que brinda respuesta a todas las solicitudes elevadas; no obstante, el canal que más se tarda en responder es el correo electrónico, pese a ser el más utilizado. Agregó que no se conoce el porcentaje de uso de los tutoriales y si se lleva a cabo la auto capacitación de manera completa, toda vez que sólo se registran las entradas. Por tal razón, considera necesario se implemente un

⁶¹ Aliansalud, Anas Wayuu EPSI, Asmetsalud, Asociación Indígena del Cauca A.i.C, Cajacopi, Capitalsalud, capresoca, Comfachocó, Comfaguajira, Comfamiliar Huila, Comfamiliar Nariño, Comfaoriente, Comfasucre, Comfenalco Valle, Comparta, Compensar, Coomeva, Coosalud, Dusakawi, Ecoopsos, Emsanar Sas, EPS Convida, Famisanar, Mallamas, Mutual Ser, Nueva EPS, Pijaos Salud, S.O.S Servicio Occidental de Salud, Saludtotal, Savia Salud Alianza Medellín y Sura.

⁶² Aunque la entidad de vigilancia se refiere a este tipo de servicios “No incluidos en el plan de beneficios en salud (No PBS)” la Corte entiende que se trata de servicios PBS no UPC.

⁶³ “Criterio 2. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada” y “Criterio 8. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad de menor depende de su prestación”.

⁶⁴ Informe electrónico recibido el 26 de noviembre de 2021.

sistema de monitoreo que permita medir la efectividad y el uso de encuestas de satisfacción.

Referente al listado Unirs, dio a conocer que si bien se han tenido en cuenta las postulaciones, no se ha aprobado la inclusión de quince medicamentos. De otro lado, adujo que el uso del formato de contingencia se adhiere a lo contemplado en el artículo 16 de la Resolución 1885 de 2018, el cual deja por fuera servicios y tecnologías en salud que deben reconocerse con recursos diferentes a los presupuestos máximos y vía recobro ante la Adres, según corresponda. Pese a ello, mencionó que en los territorios donde no hay acceso a sistemas digitales o hay dificultades en la conectividad, los pacientes se ven afectados por que no prescriben manualmente y deben acudir a la vía judicial, resaltó las especialidades de Dermatología y Oftalmología como las que reportan más problemas.

Agregó que el tiempo de espera que se ofrece para los APME es de 21 días o más, lo que vulnera el goce efectivo del derecho fundamental y que la ausencia de los servicios complementarios en la plataforma sí dificulta la prestación del servicio de salud y hace más largo el proceso, así como también lo hace la obligación de conformar un comité para la toma de decisiones. En lo que atañe a la autonomía médica, aludió que esta puede verse comprometida toda vez que las EPS son quienes tienen el control de Mipres y afirmó que en varias ocasiones se deben diferir formulaciones por ajustes de fecha, lo cual se convierte en barrera para los usuarios. Adicionalmente, en cuanto a las tutelas, manifestó que Mipres no ha impactado su radicación pues en ocasiones hace que procesos sencillos sean dispendiosos con aumento en el tiempo de espera, lo que obliga a los usuarios a acudir ante el juez constitucional.

Precisó que los criterios presentados por la Supersalud son insuficientes, pues la percepción de los usuarios debe ser un criterio de medición; agregó que los informes remitidos requieren abarcar todos los problemas que se pueden deducir de un esquema de vigilancia, prevención y control que realice cruce de información. En cuanto a los planes de mejoramiento adujo que estos presentan tres retos: *(i)* sin seguimiento y control, los problemas se pueden prolongar en el tiempo; *(ii)* superar la falta de claridad sobre quien es el encargado de la formulación, implementación y ejecución y; *(iii)* la ausencia de mecanismos coactivos, ante la reiteración o vulneración de los derechos por parte de las EPS e IPS. Argumentó que para superar de forma real y efectiva los inconvenientes se requiere de un trabajo conjunto bajo mecanismos estrictos de vigilancia sobre el enfoque del modelo.

Manifestó que es de público conocimiento que existe una diversidad de dificultades centradas en la relación costo – beneficio, donde pagar una multa puede ser más económico que la prestación del servicio. De otra parte, señaló que en el 2020 la pandemia trajo consigo la paralización de la prestación de diversos servicios del área de la salud, lo que repercutió en la calidad de su prestación al presentarse mayores obstáculos, la cantidad de PQRD aumentó; no obstante, la pandemia del Covid-19 solo agravó una situación que se venía presentando desde antes. Asimismo, puso de presente algunas observaciones formuladas por profesionales de la salud, quienes aseguraron sentir que Mipres coarta su autonomía médica, pues se exige agotar en primera medida los servicios PBS UPC previo a formular un PBS no UPC y así, se corre el riesgo de que no se autorice.

De igual forma, dio a conocer que para el usuario resulta difícil gestionar lo ordenado, que en ocasiones se pueden “*demorar de una semana a un mes para autorizarlo y muchas veces la farmacia donde se suponen se lo despachan dicen que no lo tienen*”, situación que encontró como compleja y que dificulta realizar la modificación de tratamiento, ya que al considerarse falla terapéutica se debe iniciar de forma rápida con otro medicamento para evitar en algunos casos la hospitalización.

Otro profesional argumentó que los treinta minutos concedidos para el control no están mal, pero se debe tomar un tiempo para diligenciar la plataforma, que en ocasiones “*se cae*” y se debe realizar manualmente, lo que generalmente no es aceptado por las EPS. Otro más afirmó que Mipres “*Tiene un diseño con muchos espacios susceptibles de errores mínimos de registro, tiene lista limitada de servicios o medicamentos, y luego va a un comité de personas administrativas que envían un mensaje Mipres no exitoso*”⁶⁵.

CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

Competencia

1. En virtud de las facultades otorgadas por la Sala Plena de la Corte Constitucional en sesión del 1º de abril de 2009; el artículo 86 de la Constitución Política; y el artículo 27 del Decreto Estatutario 2591 de 1991⁶⁶, esta Sala Especial de Seguimiento es competente para proferir el presente auto.

Metodología de la valoración

2. La Corte evaluará por tercera ocasión el grado de cumplimiento de la orden vigésima tercera emitida en la sentencia T-760 de 2008 y los autos 001 de 2017 y 92A de 2020, en atención a los niveles de cumplimiento establecidos paulatinamente a partir del auto 411 de 2016⁶⁷, lo indicado por la Sala en diferentes ocasiones, en relación con la intervención excepcional del juez constitucional en materia de políticas públicas⁶⁸ y los documentos recaudados dentro del seguimiento que realiza esta Corporación y que reposan en el expediente.

3. Bajo tal contexto, la Corte efectuará la valoración prescindiendo del empleo de indicadores, cuya ausencia no imposibilita la verificación del goce efectivo del

⁶⁵ “*Además, usan mal la tabla Invima de registros para negar medicamentos, a los pacientes les dicen MIPRES no exitoso por error diagnóstico del médico*”, “*Tal cual me parece a mí. Además de un año a otro queda claro que todos eran pertinentes pues no tuvieron más remedio que ingresarlos a PBS, pero se ahorraron varios años de costos a expensas de los pacientes y expensas de culpar al médico ante los pacientes y las mismas instituciones*”.

⁶⁶ “*Artículo 27. Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirlo sin demora.*”

Si no lo hiciera 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.”

⁶⁷ Mediante el cual se valoró la orden décima novena de la sentencia T-760 de 2008.

⁶⁸ Cfr. Autos 440 y 287 de 2021, 92A de 2020, 122, 122A, 140B, 470A de 2019.

derecho a la salud, como lo ha señalado la jurisprudencia constitucional.⁶⁹ Respecto de la metodología para determinar el grado de obediencia de las órdenes, en el desarrollo de las labores de seguimiento, esta Corporación ha asegurado que es válida la utilización de niveles que permitan valorar los avances, rezagos o retrocesos en la ejecución y el seguimiento de las políticas públicas⁷⁰.

4. En efecto, el auto 92A de 2020 con fundamento en la Ley Estatutaria en Salud y el auto 001 de 2017 concluyó que el mandato emitido debía dirigirse a permitir la autorización directa de los servicios y tecnologías explícitamente excluidas de financiación con recursos públicos de la salud⁷¹. Agregó que su materialidad se verificaría cuando Mipres comprendiera el mecanismo de prescripción y autorización directa de servicios y tecnologías *a)* PBS no UPC y de forma excepcional, las *b)* explícitamente excluidas de financiación con recursos públicos de la salud⁷².

5. Ahora bien, la Corte valorará el cumplimiento de la directriz vigésima tercera desde lo ordenado en la sentencia T-760 de 2008 y los autos 001 de 2017 y 92A de 2020. Lo que en aplicación al principio de economía procesal⁷³, se llevará a cabo de forma conjunta, en el siguiente orden: *(i)* avances en la implementación del mecanismo de prescripción excepcional para servicios y/o tecnologías excluidas de financiación con recursos públicos de la salud; *(ii)* operación de Mipres en cuanto a prescripción de servicios PBS no UPC; *(iii)* avances en las problemáticas identificadas en el auto 92A de 2020⁷⁴ y; *(iv)* valoración del nivel de cumplimiento del mandato examinado.

Cuestiones previas

Imprecisión en el uso de la terminología para referirse a servicios y/o tecnologías PBS UPC, PBS no UPC y NO PBS

6. Sea lo primero manifestar que la Ley 1751 de 2015 trajo consigo la implementación de un modelo que pasó de inclusiones explícitas a uno de exclusiones explícitas dentro del SGSSS, el cual denominó Plan de Beneficios en Salud y que establece que todos los servicios y tecnologías en salud hacen parte de este, salvo lo señalado en el listado al que se refiere el artículo 15⁷⁵. Sin embargo, Minsalud creó los mecanismos de protección colectiva⁷⁶ -PBS UPC- y el de protección individual

⁶⁹ 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.

⁷⁰ Auto 373 de 2016.

⁷¹ 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.

⁷² Como dispuso el auto 001 de 2017.

⁷³ Artículo 42 CGP “*Son deberes del juez:*

1. Dirigir el proceso, velar por su rápida solución, presidir las audiencias, adoptar las medidas conducentes para impedir la paralización y dilación del proceso y procurar la mayor economía procesal”.

⁷⁴ Capacitación de los profesionales de la salud sobre Mipres, utilización del formato de contingencia, funcionamiento de las Juntas de profesionales de la Salud, procedimiento para la inclusión de los Unirs, la autonomía médica de los profesionales y la trazabilidad de la herramienta.

⁷⁵ Auto 94A de 2020.

⁷⁶ Del que hacen parte los servicios sufragados por la UPC o por los presupuestos máximos.

que cubre aquellas tecnologías en salud que no están expresamente excluidas, que no están en el de protección colectiva y son financiados con recursos dispuestos por la Adres -PBS no UPC-. 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 pertenece⁷⁷.

7. Bajo tal escenario, ahora existen servicios PBS UPC, PBS no UPC y explícitamente excluidos de financiación con recursos públicos de la salud, por lo que cuando se hable de aquellos que deban prescribirse a través de Mipres, debe hacerse referencia a PBS no UPC pero de ninguna manera, “No PBS” como erradamente lo definen muchos de los actores de sistema. Lo anterior, exacerbado por yerros como el siguiente: el MSPS tiene publicada en su página definición “***¿Qué es el Plan de Beneficios con cargo a la UPC? Son los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia***”⁷⁸. Concepto que contraría el sistema que predica la Ley Estatutaria en Salud, pues no son solamente los servicios y tecnologías PBS UPC a los que pueden acceder los usuarios del sistema de salud, como bien se estableció.

8. Por lo tanto, es necesario que el rector de la política pública corrija el concepto citado, pues se deja por fuera todo lo que al ser financiado con los presupuestos máximos debe autorizarse y entregarse a los pacientes del sistema, dicho concepto ocasiona dilaciones en los trámites y confusión entre los prescriptores y los pacientes, quienes al no comprender la importancia de estas definiciones, sufren las consecuencias de su desconocimiento con las cargas que les generan las entidades prestadoras de salud.

Orden semejante emitió esta Corporación en el auto 94A de 2020⁷⁹, en el que se señaló que Minsalud debía aclarar a la comunidad en general y en especial a la médica, que los servicios PBS no UPC y los que tampoco se encuentran contemplados en la Resolución 2480 de 2020⁸⁰, son tecnologías en salud incluidas en el Plan de Beneficios. Además, se le indicó se abstuviera de utilizar las expresiones servicios PBS y No PBS, refiriéndose en el primer caso a servicios financiados por la UPC y en el segundo a tecnologías financiadas con los presupuestos máximos.

(i) Avances en la implementación del mecanismo de prescripción excepcional para servicios y/o tecnologías excluidas de financiación con recursos públicos de la salud

9. Sea lo primero recordar que de conformidad con lo establecido en la sentencia C-313 de 2014, 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*”⁸¹. Asimismo, el auto 001 de 2017 al momento de aclarar el parámetro de análisis de la orden vigésima tercera en atención a la regulación vigente, dispuso lo siguiente “*...pese a la existencia de un nuevo catálogo*

⁷⁷ Auto 92A de 2020.

⁷⁸ <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>

⁷⁹ Auto de valoración de las órdenes 17 y 18.

⁸⁰ La orden inicial hizo referencia a la Resolución 244 de 2019 o en aquellas que las reemplacen o actualicen.

⁸¹ Sentencias T-840 de 2011; T-355 de 2012 y T-155 de 2013, entre otras.

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”⁸².

Posteriormente, en el último auto de valoración -92A de 2020- la Sala Especial le ordenó al ente ministerial habilitar la herramienta “Mi prescripción” para que a través suyo, de manera excepcional se prescribieran y autorizaran servicios y tecnologías excluidas de financiación con recursos públicos de la salud para ambos regímenes⁸³. Para ello, estableció que debería presentar un cronograma mediante el cual diera a conocer la forma en la que dicho mandato se haría efectivo, con el propósito de que en un término de seis meses, la estrategia hubiese sido puesta en marcha.

10. En primero lugar, y respecto del cronograma mencionado, cabe señalar que el auto 92A de 2020 fue notificado el 24 de abril de 2021⁸⁴, es decir, el plazo otorgado para implementar la estrategia que pondría en marcha la autorización excepcional vía Mipres de servicios y tecnologías excluidas de financiación con recursos de la salud para los regímenes contributivo y subsidiado, finiquitó el 24 de octubre de 2021. Sin embargo, superado ese término la cartera de salud no allegó cronograma alguno ni tampoco implementó el mecanismo, sin haber brindado una explicación sobre dicha omisión.

Por tal razón, se puede inferir que el MSPS incumplió con la radicación del documento mencionado, mediante el cual se pretendía conocer la forma en la que se ampliaría la función de Mipres y permitiría que a través de la plataforma, también se prescribieran y autorizaran de forma excepcional, servicios y tecnologías excluidas de financiación con recursos de la salud, cuando los usuarios del sistema afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, acreditaran los requisitos señalados en la sentencia C-313 de 2014 y como consecuencia de las especiales circunstancias de necesidad del paciente deberían ser dispensados por la EPS, tal y como lo ordenó esta Corporación mediante el auto 92A de 2020.

11. En segundo lugar, de acuerdo con la orden emitida en el último auto de valoración y con el fin de verificar su materialidad, la Sala interrogó al MSPS para conocer las novedades de la plataforma⁸⁵. Así, se pusieron de presente aquellas implementadas para las versiones existentes desde el 2018, pero toda vez que la orden que se analiza se emitió en el auto de valoración proferido en el 2020, será a partir de esa anualidad que se corrobore lo requerido. Por lo tanto, se evidenció lo siguiente:

⁸² Numeral 4.2 de la parte considerativa.

⁸³ “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”.

⁸⁴ Mediante Estado No. 149.

⁸⁵ “¿Cuáles son las novedades que se han presentado al interior de la herramienta?, ¿en qué consistieron? Indique las fechas en que estas fueron implementadas”.

Novedades reportadas desde el 2020 para Mipres			
Versión 2.8 - 2020.04.04.01	Versión 2.9 - 2020.04.22.01	Versión 2.10 - 2020.06.13.01	Versión 0.30 - Octubre de 2021
Inclusión de la funcionalidad anular, entrega en el rol dispensador del profesional independiente	Inclusión de la variable El paciente es un caso sospechoso o confirmado de Covid-19?	Transcripción IPS	Registro de enfermedad huérfana
Inclusión de la funcionalidad reportar facturación en el rol dispensador del profesional independiente		Registro de usuario	
Inclusión de la funcionalidad consultar facturación en el rol dispensador del profesional independiente	Inclusión de validaciones de la variable El paciente es un caso sospechoso o confirmado de Covid-19?	Funcionalidades transcripción IPS	Prescripción a paciente con enfermedad huérfana
		Componentes formulario registrar	
Inclusión de la funcionalidad anular entrega en el rol dispensador proveedor	Inclusión de validaciones de la variable El paciente es un caso sospechoso o confirmado de Covid-19?	Visualización de la prescripción	Profesionales autorizados para registrar una enfermedad huérfana
		Generación del número de prescripción y el plan de manejo	
		Inclusión tipo de transcripción en el anexo técnico	
		Publicación de la Resolución 894/20 y el manual de usuario del módulo de transcripción IPS en todo sobre Mipres	
		Inclusión del enlace "Ver detalle" en registrar dispensación	
		Inclusión de la variable valor de funcionalidad registrar dispensación para el profesional independiente	

12. En esos términos, puede concluirse que el rector de la política hasta octubre de 2021 no había modificado la plataforma de prescripción de servicios PBS no UPC en tal sentido y así, permitir que de la misma hicieran parte los servicios excluidos del PBS. Adicionalmente, superado el período establecido para dar materialidad a la orden que se revisa -24 de octubre de 2021-, el MSPS guardó silencio.

13. Por su parte, Acemi manifestó de forma clara que el único mecanismo que existe en la actualidad para otorgar servicios que se ajustan a criterios de exclusión de la Ley Estatutaria en Salud -LES-, es la acción constitucional, necesaria para que se realicen los pagos correspondientes, pues a excepción de los Unirs, aún existen tecnologías que no se prescriben ni autorizan vía Mipres. Lo anterior, permite corroborar la conclusión de incumplimiento que se ha dado en torno a la orden analizada y que evidencia que la cartera de salud ha omitido materializar lo mencionado, pese a que con tal desatención mantiene las barreras impuestas a los usuarios del SGSSS, que además impactan en la congestión judicial por el volumen de acciones de amparo que se radican por servicios y/o tecnologías PBS no UPC y explícitamente excluidos.

Adicionalmente, cabe resaltar que en efecto se mantiene la radicación de tutelas que tienen como causa principal la solicitud de servicios excluidos del PBS, de ello dan cuenta los datos aportados en los informes del 2019 y 2020. De un lado y para el primer año mencionado se reportaron 54⁸⁶ acciones constitucionales, que representan un 0.57%, en segundo lugar y para el 2020, se indicó que fueron 6⁸⁷ las acciones de amparo, lo que representa el 0.41%. Si bien los datos traídos no parecen ser representativos, debe resaltarse que se tratan de muestras muy bajas para el universo de tutelas que año tras año se radican⁸⁸.

⁸⁶ La muestra recaudada fue de 3876 expedientes.

⁸⁷ La muestra aportada fue de 1469 acciones de amparo.

⁸⁸ Como bien lo indicó esta Corporación en auto 440 de 2021, a través del cual se valoró la orden 30 de la sentencia T-760 de 2008.

14. En consecuencia, cabe exponer que el Ministerio de Salud no ha creado ni mucho menos implementado un procedimiento que permita a los usuarios que lo requieren, acceder a servicios y tecnologías explícitamente excluidas, de forma excepcional y cuando cumplan con los requisitos fijados por esta Corporación para la entrega de servicios y tecnologías no incluidas en el PBS⁸⁹. Lo que implica que pese al tiempo transcurrido desde que se emitió el auto 001 de 2017, los usuarios continúan sin contar con la posibilidad que se les prescriban de forma excepcional, servicios excluidos del PBS y así, se mantiene la afectación del derecho fundamental a la salud.

Ahora bien, como se ha señalado, las exclusiones se encuentran reguladas en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud y por ende su negación cuenta con respaldo normativo, sin embargo, existen casos excepcionales en los que son prescritos por los médicos tratantes por tener, en algunos casos, una finalidad médica y no cosmética, tal y como ha ocurrido con los implantes mamarios en pacientes con cáncer o de los medicamentos que no cuentan con un uso autorizado para una finalidad específica pero los estudios y la evidencia científica así la demuestra, denominados Unirs que serán abordados más adelante. Situaciones en las que los pacientes deben acudir ante el juez de tutela, ya que no cuentan con ninguna opción para acceder a lo que le fuera prescrito.

Como prueba de lo anterior, se tienen las decisiones que ha proferido esta Corporación en las que ante la inminente vulneración de derechos, ha tutelado y ordenado el suministro de servicios y/o tecnologías que se encuentran en la lista de excluidos. Así, la Corte en sentencia T-003 de 2019 protegió los derechos de una paciente de 59 años de edad, a quien se le había negado la autorización de la cirugía *“reconstrucción mamaria con implante de becker derecho de expansión del 50% de 300 gms texturizado pexia mamaria y reducción de la mama izquierda con envío de material para estudio patológico”*, pues según la entidad de salud, se trataba de un procedimiento estético, argumento que la Corte desestimó pues se trataba de uno que buscaba recuperar la función o forma perdida como consecuencia de una enfermedad⁹⁰.

Adicionalmente, se observa que en el informe de negación de servicios se dio a conocer que a julio de 2020 se negaron 474 prescripciones por tratarse de aquellas enunciadas en el artículo 15 de la LES⁹¹, equivalente al 7.2% y hasta febrero de 2021, 4.557, que representó el 7.8% de los servicios y/o tecnologías negadas bajo el mismo argumento. Así las cosas, es claro que existe una necesidad de implementar aquel mecanismo que permita el acceso de forma excepcional a dichas tecnologías, lo que contribuiría a disminuir los tiempos de espera de los pacientes, a reducir la radicación de acciones de tutela y con ello la congestión del aparato judicial.

⁸⁹ *“(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.

⁹⁰ En similar sentido las sentencias T-003 de 2019, T-381 de 2014, T-152 de 2012 y T-623 de 2000.

⁹¹ *“Es un servicio o tecnología que tiene como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas”, “Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su efectividad clínica”, “Es un servicio o tecnología que no tiene evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica” y “Es un servicio o tecnología que se encuentra en fase de experimentación”*. Así lo referenció la Sala Especial de Seguimiento en el auto 439 de 2021, cuando valoró la orden 19.

15. Por tal razón, se reiterará la orden emitida desde los anteriores autos de valoración y se solicitará al rector de la política pública que habilite Mipres para que permita la prescripción y autorización de 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 dispensarse por la EPS.

(ii) Operación de Mipres en cuanto a prescripción de servicios PBS no UPC

16. Pues bien, como es sabido, la herramienta de prescripción ha sido creada e implementada como un mecanismo directo para formular aquellos servicios PBS no UPC, por lo que la Sala verificara su desempeño y funcionamiento, el número de prescripciones emitidas durante el periodo que se estudia, las acciones constitucionales radicadas en torno a servicios y/o tecnologías Mipres, tendencia en la presentación de PQRD relacionadas con Mipres ante la Supersalud y los problemas que se reportan en torno a la no inclusión de servicios y/o tecnologías en la plataforma.

17. Sea lo primero indicar que el MSPS dio a conocer el reporte del número de prescripciones realizadas a través de Mipres desde el año 2019 hasta agosto de 2021, de la siguiente manera:

	Año	Número de prescripciones	Número de pacientes
Régimen Contributivo	2019	5.530.502	4.464.653
	2020	6.607.900	5.309.720
	2021	2.957.990	2.620.401
Régimen Subsidiado	2019	1.174.560	916.447
	2020	2.044.745	1.580.068
	2021	1.255.968	950.764
Total	2019	6.705.062	5.381.100
	2020	8.652.645	6.889.788
	2021	4.213.958	3.571.165

Fuente. MSPS

18. Igualmente, se brindaron los datos discriminados respecto de las tecnologías en salud y servicios complementarios prescritos por el aplicativo en el mismo tiempo, así:

Servicio	Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado			Total		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Medicamentos	5.604.115	5.247.513	3.243.255	937.935	1.255.054	897.253	6.542.050	6.502.567	4.140.508
Procedimientos	321.958	1.759.168	211.190	77.419	552.108	95.750	399.377	2.311.276	306.940
Dispositivos médicos	476	277	264	379	207	222	855	484	486
Productos nutricionales	314.800	313.047	269.823	159.960	228.759	216.233	474.760	541.806	486.056
Servicios complementarios	206.413	231.344	181.406	132.561	214.726	180.671	338.974	446.070	362.077
Total	6.447.762	7.551.349	3.905.938	1.208.254	2.250.854	1.390.129	7.756.016	9.802.203	5.296.067

Fuente. MSPS

19. Ahora bien, de lo reportado por la cartera de salud se evidencia que se han emitido múltiples prescripciones, en mayor medida por medicamentos, seguido de procedimientos, productos nutricionales, servicios complementarios y dispositivos médicos, lo que da cuenta que la herramienta ha venido operando de forma continua en ambos regímenes. De igual forma, se dio a conocer que aquellas tienen como principal diagnóstico de origen en el RC y entre el 2019 y 2021, Covid-19 -1.217.395-, hipertensión esencial (primaria) -524.229-, diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación -496.965-, síndrome de Sjogren -4237.846 y otro dolor crónico -387.751-. Por su parte, en el RS fueron Covid-19 -349.134-, incontinencia urinaria -193.569-, enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada -139.484-, síndrome de Sjogren -93.520- y desnutrición proteico calórica moderada -88.770-.

De otra parte, se tienen los datos que sobre lo anterior se han publicado en la página web del Ministerio de Salud⁹², en la que se dan a conocer por trimestres, las prescripciones emitidas en el año 2019⁹³, 2020⁹⁴ y 2021⁹⁵, así como el número de pacientes al que se les formuló, los que no coinciden con los remitidos por la cartera de salud, como se verá a continuación:

Año	Informe MSPS		Información Sispro	
	Prescripciones	Pacientes	Prescripciones	Pacientes
2019	6.705.062	5.381.100	6.750.212	4.554.792
2020	8.652.645	6.889.788	8.708.639	5.926.851
2021	4.213.958	3.571.165	3.407.526*	2.231.110*

Fuente. MSPS y Sispro.

* Datos publicados hasta el segundo trimestre.

Así las cosas, se observan diferencias en la información que modifican el número de prescripciones que pueden haberse emitido y si bien no resultan ser trascendentales, permiten inferir que se cuenta con dos fuentes de información diferentes, por un lado, la de Sispro que es reflejo de lo que reportan las EPS y otra del MSPS, sin tener claridad desde dónde se recauda. Lo anterior, evidencia la necesidad de que se realicen comparaciones entre estos datos para obtener consolidados de las fuentes de información.

20. Adicionalmente, vale la pena manifestar que si bien se han emitido múltiples prescripciones de servicios y tecnologías PBS no UPC, ello no ha sido suficiente para que cesen las acciones de tutela que buscan el acceso a las mismas. De ello dan cuenta los informes de medición de tutelas allegados por el ente ministerial para los años 2019 y 2020⁹⁶ en los que se reportaron como tipo de solicitud para el año 2019 “Servicio de salud PBS no UPC que fue aprobado pero está demorado” con un 12.92% y “Servicio negado por no tener prescripción médica o no estar financiado por la UPC” con 7.65%. Para el año 2020, se tuvo como segunda causal “Servicios que no fueron prescritos vía MIPRES o no cuentan con registro Invima” con un 15%.

⁹² <https://sig.sispro.gov.co/mipresreporte/>

⁹³ Primer trimestre 1.371.230, segundo 1.724.165, tercer 1.812.640 y cuarto 1.843.177.

⁹⁴ Primer trimestre 1.781.612, segundo 1.924.957, tercer 3.148.758 y cuarto 1.853.456.

⁹⁵ Primer trimestre 1.696.748 y segundo 1.710.778.

⁹⁶ Que contiene información incompleta, pues se recaudaron datos para los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2020.

Lo que según el dicho de algunos peritos, se puede atribuir parcialmente al funcionamiento de la plataforma⁹⁷.

21. Ahora bien, la Sala con el fin de conocer la causa por la que persiste la radicación de acciones de amparo y que tienen como motivo servicios Mipres, interrogó al MSPS en torno a si se trataba de desconocimiento en el manejo del aplicativo, así como la génesis de ello⁹⁸. Al respecto la entidad dio a conocer que dentro de las causas referidas en el informe de tutelas “no hizo parte ninguna que (sic) relacionara con aspectos como los enunciados en el interrogante, pues tal como se anotó líneas atrás, el monitoreo a la operatividad de la herramienta tecnológica MIPRES, evidencia calidad de las prescripciones, dado que el porcentaje de anulaciones por solicitud de los prescriptores es muy bajo frente a la totalidad de los servicios prescritos”. Adicionó que, “... dentro de las causales consagradas para la medición de las acciones de tutela, efectivamente se contempló la relacionada con servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos de la salud”.⁹⁹

Bajo tal contexto, el Ministerio afirmó no tener conocimiento sobre las causales referidas; sin embargo, los informes anuales sobre las acciones de tutela¹⁰⁰ difieren de ello y que se evidencia en la siguiente tabla, en la que se vislumbra la tendencia de las tutelas que se relacionan con Mipres:

Informe de medición	Tutelas en salud	Muestra recaudada	Servicios PBS no UPC demorados	Negados por ser PBS no UPC	Servicios no prescritos por Mipres	Total
2018	207.734	4.160	18%	18%	**	36%
2019	207.368	3.876	12.4%	7.4%	**	19.8%
2020*	109.940	1.469	0	0	15.8%	15.8%

* Informe que contenía datos incompletos para los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2020.

** No se recaudó información sobre esta causal.

22. En tales términos, se observa que entre los años 2018 y 2019 se presentó una disminución de las acciones de amparo que por esta causa se radicaban en 16.2 puntos porcentuales, lo que podría dar a lugar a afirmar que las medidas vigentes para esa época pudieron haber tenido un impacto en las tutelas, sin embargo y pese a no haberse emitido un dato completo para el 2020, se observa que la reducción entre 2019 y 2020 fue de tan solo de 4 puntos porcentuales. Lo anterior, demuestra que las acciones puestas en marcha si bien han tenido impacto, no pueden cesar, pues debe tenerse en cuenta que pese a que Mipres se implementó hace más de tres años, aún se generan tutelas con las que se pretende acceder los servicios y/o tecnologías PBS no UPC¹⁰¹, aun cuando aquellas se financian con recursos públicos de la salud como los presupuestos máximos y los dineros que administra la Adres¹⁰².

⁹⁷ Acemi y Gestarsalud.

⁹⁸ “En el informe de medición de tutelas del año 2020 presentado por el MPS, se reportó una causal de acciones de tutela que se refiere a la solicitud de servicios que no fueron prescritas por el médico tratante a través de MIPRES, ¿lo anterior puede tener como génesis la falta de conocimiento en el manejo del aplicativo por los médicos tratantes? ¿dentro de las causales se encuentran servicios o tecnologías excluidas de financiación con recursos públicos de la salud? Si la respuesta es negativa ¿informe la posible causa de lo mencionado?”.

⁹⁹ Informe electrónico fechado el 7 de septiembre de 2021.

¹⁰⁰ Allegados a la Sala Especial de Seguimiento en atención a la orden vigésima tercera.

¹⁰¹ La CSR manifestó que Mipres no ha impactado la radicación de acciones de tutela.

¹⁰² Resolución 094 de 2020.

23. Por tal motivo, se puede concluir que: (i) las acciones de tutela relacionadas con la demora en la prestación de servicios y negados por ser PBS no UPC, si bien se han reducido, ello no se ha mantenido y en la última anualidad tal disminución fue menor; (ii) pese al tiempo en que ha funcionado Mipres, los problemas en su utilización, continúan y obligan a los usuarios del sistema de salud a acudir a los jueces constitucionales para que les concedan aquellos servicios que hacen parte del PBS y que sin importar su forma de financiación, deben suministrarse; (iii) en el reporte de tutelas del año 2021, se creó un nuevo tipo de solicitud que permite afirmar que no se prescribe por Mipres todo lo que debería, el cual ocupó el segundo lugar en las acciones de amparo, teniendo en cuenta que se trató de un informe incompleto por la pandemia del Covid-19¹⁰³.

24. En este punto, vale la pena citar el anexo técnico que ha sido habilitado por Minsalud denominado “*causas de no entrega, total, parcial o diferida*”¹⁰⁴ en el que se indican las razones que deberán registrarse cuando los insumos o tecnologías prescritos vía Mipres, no puedan ser suministrados. Así, se consagra que podrá hacerse entrega total¹⁰⁵, parcial¹⁰⁶ o diferida¹⁰⁷, lo que faculta a las entidades de salud para que suministren lo prescrito de dichas maneras, lo que en otros términos representa dilación en la entrega efectiva de lo ordenado que en muchas ocasiones, puede terminar en radicación de acción de tutela, dada la necesidad que tienen los pacientes de materializar la orden emitida por el médico tratante, pues así se evidencia desde el informe de tutelas del año 2019, en el que la demora en el suministro de servicios y/o tecnologías ocupó el primer lugar de radicación de acciones constitucionales¹⁰⁸.

25. Adicionalmente, se cuenta con la información que ha dado a conocer la Supersalud, quien indicó que en el año 2019 se llevaron a cabo 46 auditorías, 8 presenciales¹⁰⁹ y 38 documentales con el fin de verificar la prestación de servicios PBS no UPC y en la que obtuvieron hallazgos en las 38 EPS¹¹⁰. En el 2020 se realizaron 38 auditorías con el mismo objetivo, 3 presenciales¹¹¹ y 35 documentales, de las cuales 29 presentaron hallazgos en cuanto a la autorización y prestación de

¹⁰³ Hace referencia al problema jurídico 1, que reportó 233 tutelas dentro de la muestra recaudada y que reúne las siguientes causales: (i) Solicitud de servicio y/o tecnología cuyo uso prescrito por el médico tratante no está autorizado en el registro sanitario o por la autoridad competente; (ii) solicitud de servicios complementarios no financiados con la UPC, ni mediante Mipres y tampoco excluidos y; (iii) solicitud de servicios cuya prescripción por el médico tratante no se ordenó a través del aplicativo Mipres.

¹⁰⁴ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/causas-de-no-entrega-dispensacion-v1.2.pdf>

¹⁰⁵ “Se dispensan o se prestan las Tecnologías en Salud, No financiadas con recursos de la UPC o Servicios Complementarios, en forma completa y en el tiempo establecido”.

¹⁰⁶ “Se dispensan o se prestan las Tecnologías en Salud, No financiadas con recursos de la UPC o Servicios Complementarios, en forma incompleta o porque no cumple los tiempos establecidos por la norma para su prescripción”.

¹⁰⁷ “Se dispensan o se aplican las Tecnologías en Salud, No financiadas con recursos de la UPC o Servicios Complementarios, pero no en los tiempos de la resolución. Se aplica en caso de que el paciente tenga medicamento de un suministro reciente y se va a suministrar lo prescrito cuando se termine”.

¹⁰⁸ En el 2019 la principal causa de radicación fue la “Servicio de salud PBS-UPC que no ha sido negado, pero está demorado con 44%”.

¹⁰⁹ Coomeva, Coosalud, Famisanar, Medimas, Convida, Comfasucre, Comfacundi y Cajacopi.

¹¹⁰ Anas Wayuu EPSI, Comfamiliar Huila, Asociación Indígena del Cauca A.I.C, Dusakawi, Mallamás, Comfaorienté, Comfasucre, Cajacopi, Aliansalud, Capresoca, Comfenalco Valle, Ecoopsos, Convida, Coomeva, Salud Total, Pijaos, Comfachocó, Nueva EPS, Sura, Savia Salud, Famisanar, Comfaguajira, Mutualser, Asmetsalud, Compensar, Coosalud, Emssanar, SOS, Capital Salud, Sanitas, Medimas, Comfacartagena, Comfacundi, Comfanariño, Ambuq, Comparta, Emdisalud, Salud Vida.

¹¹¹ Comfacundi, Comfacartagena y Confahuila.

servicios PBS no UPC¹¹². Ya para el 2021, afirmó haber realizado una visita a la EPS Comparta, a la que le fueron aplicadas acciones de inspección y vigilancia y que fue liquidada mediante la Resolución 202151000124996 del 26/07/21.

Manifestó que los criterios verificados fueron “*criterio 2: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bies sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada*”. “*Criterio 8: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación*”.

26. Sobre lo anterior, la Corte encuentra que si bien la Supersalud dio a conocer unos criterios que utiliza para sus auditorías a las EPS, los mismos no se relacionan con los servicios y/o tecnologías PBS no UPC que se prescriben a través de Mipres, pues allí hace relación a servicios “No POS”, modelo que fue abolido con la expedición de la Ley Estatutaria en Salud. Por tal razón, es necesario que actualice sus criterios para que se logre verificar lo que ha sido implementado y que sirve de instrumento para la prestación del servicio de salud.

27. También remitió información respecto de las PQRD relacionadas con Mipres, sin embargo, la Sala encuentra que algunas de las causales referenciadas no se relacionan con servicios PBS no UPC, esto es (i) falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS -3.804-; (ii) demora en la autorización de medicamentos PBS -1.726-; (iii) falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas -1.347-; (iv) no aplicación de normas, guías y protocolos de atención -794- y; (v) demora en la autorización de exámenes de laboratorio y diagnósticos -739-. Por tal motivo, no serán tenidas en cuenta.

Así las cosas, se indicó que en el 2019 se presentaron 10.622 PQRD por Mipres, en 2020, 34.141 y a julio de 2021, 9.206, para un total de 45.559¹¹³, en las que se relacionaron como motivos, entre otros (i) la inoportunidad en la entrega de medicamentos PBS no UPC -14.813-; (ii) demora en la autorización de medicamentos e insumos PBS no UPC -12.702 y 4.107-; (iii) negación en la entrega de medicamentos PBS no UPC -824-¹¹⁴. Así, fueron 36.381 en el RC y 17.114 en el RS. Lo anterior, reportan como principales ciudades y departamentos Bogotá D.C. -12.358-; Valle del Cauca -7.771-; Antioquia -5.758-; Atlántico -3.441- y Cundinamarca -3.122-.

En efecto, se observa que tampoco se han logrado disminuir las quejas que se radican por servicios y/o tecnologías Mipres, pues al comparar la información remitida por

¹¹² Anas Wayuu EPSI, Comfamiliar Huila, Asociación Indígena del Cauca A.I.C, Dusakawi, Mallas Comfasucre, Comfaoriente, Cajacopi, Aliansalud, Capresoca Comfenalco Valle, Ecoopsos, Convida, Coomeva, Salud Total, Pijaos, Comfachocó, Nueva EPS, Sura, Savia Salud, Famisanar, Comfaguajira, Mutual Ser, Asmet Salud, Coosalud, Compensar, Emssanar, SOS, Capital Salud.

¹¹³ Si bien la Supersalud reportó 53.969, la Sala no tuvo en cuenta las 8.410 que se referían a servicios PBS.

¹¹⁴ Aunque la Supersalud en su escrito cuando se refiere a servicios prescritos por Mipres, habla de servicios excluidos del PBS, la Corte ajustó dicha terminología conforme a la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia Constitucional.

la Defensoría y que se compiló en el auto 92A de 2020 y la publicada en la página de la Supersalud con la allegada en 2021, se observa lo siguiente:

PQRD relacionadas con Mipres				
Período	Cantidad	Meses	Promedio PQRD por mes	Diferencia entre PQRD
Del 1 de abril a 31 de diciembre de 2017*	4.908	9	545	-
Del 1 de enero al 31 de noviembre de 2018**	31.173	11	2.833	519%
Del 1 de enero de 2019 a julio de 2021***	45.559	31	1.469	-48%

* Dato obtenido del auto 92A de 2020¹¹⁵.

** Datos recaudados de la página de la Supersalud¹¹⁶.

*** Información suministrada por la Supersalud.

Por lo tanto, se puede concluir que las quejas radicadas en la entidad aumentaron estrepitosamente entre el 2017 y 2018 y si bien disminuyeron para el último reporte, se observa una gran diferencia con lo acontecido en el 2017, cuando la cantidad de PQRD fueron bajas. Así, esos datos se muestran como indicativo para evidenciar el funcionamiento de la herramienta que de acuerdo con las estadísticas, aún tiene cosas por mejorar, pues que los usuarios del sistema tengan que acudir en tales proporciones a la entidad de vigilancia y a la acción constitucional para obtener los servicios y/o tecnologías PBS no UPC da cuenta de las deficiencias que tiene el aplicativo o su manipulación, con una clara afectación a la prestación del servicio fundamental. Sin embargo, no logra verificarse dónde surgen los inconvenientes que dan lugar a lo mencionado, es decir, si se trata de barreras que se imponen en las EPS, IPS o si son problemas en la regulación creada e implementada por Minsalud.

28. Ahora bien, la Corte considera que los planes de mejoramiento que la Supersalud ha realizado con las EPS para subsanar los hallazgos obtenidos, al parecer no han sido ejecutados en debida forma o no han tenido el impacto requerido¹¹⁷, pues se observa que en los años 2019 y 2020 se reiteraron los hallazgos que por Mipres se ocasionaron en el 73% de las EPS, ya que, pese a su implementación, las barreras reportadas en torno a la plataforma se mantuvieron¹¹⁸. Lo anterior, teniendo en cuenta que Mipres comenzó a implementarse en el 2017 en el RC y en el RS desde octubre de 2018 y terminó en el mismo mes del 2019, por lo que a la fecha y transcurridos más de tres años aún se observan inconvenientes que afectan su eficiencia y eficacia, ya

¹¹⁵ Los motivos reportados fueron "... falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no PBS"; "demora en la autorización de medicamentos no PBS"; "demora en la autorización de insumos no PBS" y; "negación para la entrega de medicamentos no PBS"; "negación para la entrega de medicamentos no PBS"; "negación de autorización de medicamentos no PBS"; "negación para la entrega de medicamentos no PBS" y; "negación de la autorización de insumos no PBS".

¹¹⁶ Como motivo se refiere la "falta de oportunidad en la entrega de medicamentos No Pos".

¹¹⁷ En similar sentido se pronunció Así Vamos en Salud.

¹¹⁸ (i) inoportunidad en la entrega de medicamentos PBS no UPC; (ii) Mipres con tiempo de respuesta mayor de 90 días; (iii) falta de suscripción de contratos para garantizar la dispensación de suministros de medicamentos e insumos PBS e; (iv) inoportunidad en la entrega de medicamentos PBS no UPC a pacientes con fallo de tutela. Respecto de las auditorías documentales, se halló inoportunidad en (i) la respuesta -tramitados por Mipres- para servicios PBS no UPC para casos priorizados y no priorizados; (ii) la prestación de servicios PBS no UPC para casos priorizados -no mayor a 24 horas- y no priorizados -no mayor a 5 días; (iii) la respuesta -tramitados por Mipres- para servicios PBS no UPC a menores de edad y; (iv) la prestación de los servicios PBS no UPC que requieren los menores de edad.

que se mantienen las barreras impuestas.

Respecto de la labor de vigilancia y control que realiza la Supersalud, los peritos voluntarios adujeron que de los informes remitidos se puede concluir la indiferencia de la entidad, además, llaman la atención en cuanto a que las EPS que afilian al 50% de la población no tengan ninguna investigación por Mipres. Por ende, se concluyó que la entidad brindó la información de forma ligera y poco estructurada, quien, según su criterio, no ejerce funciones de inspección y vigilancia¹¹⁹. De otro lado, Acemi ha sugerido que se incluya como criterio de verificación la validación no exitosa por errores en la posología, además indicó que algunas EPS han reconocido que los planes de mejoramiento han brindado aspectos positivos, no obstante, en muchas ocasiones esos planes de mejora no son siempre pertinentes por no corresponder al ámbito de gestión¹²⁰ y tratarse de fallas que son atribuibles a los proveedores o prestadores de servicios de salud o por las carencias de algunos territorios en cuanto a infraestructura, lo que requiere de planes que integren acciones con diferentes actores del proceso¹²¹. Finalmente, Gestarsalud consideró que los criterios fijados por la Supersalud no abordaron todos los problemas que puede presentar el aplicativo.

29. Sobre lo anterior, la Corte estima pertinente acoger la sugerencia que se realiza en torno a que se adopte como criterio de vigilancia la verificación de la validación no exitosa por errores en la posología, ya que desde tiempo atrás se ha dado a conocer que este es uno de los grandes problemas que presenta la plataforma¹²², pues los profesionales que la manipulan han demostrado su descontento en torno a este punto, por lo que obtener un dato conciso sobre ello, aportaría en gran medida a la prestación efectiva del servicio de salud, su goce efectivo y el seguimiento que realiza la Sala Especial de Seguimiento.

30. De otro lado, y de acuerdo a los reportes citados líneas atrás, la Sala advierte que la acción de tutela sigue siendo el instrumento de garantía de los derechos fundamentales en Colombia y en algunas ocasiones, la forma de materializar lo establecido en la Ley 1751 de 2015, pues algunas entidades del SGSSS exigen fallos de los jueces de tutela para conceder lo que por ley, ya le es dable al paciente¹²³. Nótese como esta Corporación estableció desde la sentencia T-760 de 2008, que incentivar el uso de la acción de tutela para que los usuarios accedan a servicios o insumos de salud, es promover obstáculos que desconocen su derecho fundamental.

Posteriormente, el auto 92A de 2020 indicó que garantizar los servicios complementarios a quienes los necesitan, a través de una sentencia de tutela “...resulta desconocedor de las garantías que debe brindar un Estado, 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”. Agregó que dicho mandato “...demuestra la imposición de una carga innecesaria y

¹¹⁹ Pacientes de Alto Costo, informe recibido el 27 de octubre de 2021.

¹²⁰ Por ejemplo, indicó que en algunos casos no se reportan traslados y manutención durante pandemia, lo cual obedece a la prestación de servicios ambulatorios virtuales. No obstante, se exige plan de mejora para reportar casos.

¹²¹ Gestarsalud en informe allegado el 10 de noviembre de 2021.

¹²² En el auto 92A de 2020 se puso de presente un informe emitido por el MSPS en el que dio a conocer que Mipres presentaba las siguientes dificultades, entre otras: (i) devoluciones de los pacientes por errores en la prescripción médica.

¹²³ Así lo manifestaron Así Vamos en Salud y Acemi.

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”.

31. Asimismo, en reciente decisión la Corte llamó la atención a las EPS, pues para permitir el acceso de los usuarios al sistema de salud no es dable exigir fallos favorables en sede de tutela y reiteró que *“las EPS deben prestar los servicios y otorgar los insumos incluidos en el PBS, sin exigir fallos favorables en sede de tutela. Aquel requerimiento constituye una barrera desproporcionada, arbitraria e injusta, especialmente en el caso de personas de la tercera edad”*¹²⁴. Lo que permite concluir que esta práctica no se puede seguir utilizando, pues con ello se afectan garantías fundamentales inquebrantables dentro de un Estado Social de Derecho, fundado en la dignidad humana.

32. Sin embargo, pese a los pronunciamientos que de tiempo atrás ha emitido esta Corporación¹²⁵, aún se presentan quejas en torno a la exigencia de las entidades de salud para entregar servicios que han sido reconocidos como incluidos en el PBS¹²⁶. Lo anterior deja en evidencia que pese a las sentencias emitidas y su claridad en torno a este tipo de servicios, aun se inaplican las subreglas de la jurisprudencia, así como lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud.

Ciertamente, las decisiones de esta Corporación han tenido a su cargo el análisis de solicitudes que invocan la protección de la garantía fundamental, de ello dan cuenta las sentencias T-338 de 2021 y la T-485 de 2019 en las que se ordenó el suministro de unas sillas de ruedas que estaban siendo negadas o la SU-508 de 2021, en la que se acumularon treinta acciones de amparo en las que sus accionantes solicitaban la prestación de diversos servicios como pañales, crema anti escaras, silla de ruedas de impulso manual, transporte intermunicipal y servicio de enfermería, los cuales fueron ordenados por la Corte en torno a su suministro. Lo anterior, se tiene como evidencia de las falencias que presenta la herramienta de prescripción para acceder a tales servicios, pues exigen a los pacientes acudir a la tutela como medio para obtener de manera efectiva lo prescrito por su médico tratante.

33. Adicionalmente, se tiene conocimiento de que la forma en que el Ministerio consolidó los insumos afecta la variabilidad de la tarifa *“de cada servicio y el cálculo del presupuesto máximo para la EPS, lo que genera además que un código Mipres tenga varias representaciones de códigos internos disponibles entre EPS y los oferentes del servicio, ya que no tienen el mismo valor”*¹²⁷. Por tal razón, se ha sugerido que los elementos relacionados con los servicios complementarios sean codificados en Mipres para asegurar que los actores utilicen códigos semejantes y se facilite la trazabilidad de la prestación a lo largo del ciclo¹²⁸. Sugerencia que resulta

¹²⁴ Decisión que analizó el caso de una persona de la tercera edad, a quien le había sido prescrita una silla de ruedas que había sido negada por la EPS bajo el argumento de estar excluida del PBS. Por lo tanto, la entidad accionada manifestaba requerir del fallo de tutela para acceder a la solicitud elevada. Sentencia T-338 de 2021.

¹²⁵ SU-508 de 2020, T-528 de 2019, T-120 de 2017 y T-637 de 2017 entre otras.

¹²⁶ T-001 de 2021, T-122 de 2021 y T-224 de 2020.

¹²⁷ Acemi en informe recibido el 8 de noviembre de 2021.

¹²⁸ Como ejemplo, mencionó que *“...el prescriptor solicita no solo bloqueador solar, sino alguno con especificaciones tan detalladas que le exigen a la EPS la entrega de una opción específica, la cual puede diferir de otra prescripción hecha por otro profesional, con lo cual, cada una debe tener un código interno diferente para*

ser oportuna para el tema que se trata y por ende es necesario que la cartera de salud agregue los servicios que hacen parte del PBS no UPC al aplicativo de prescripción y autorización, para disminuir el impacto y la carga administrativa que su ausencia genera en los pacientes y en la administración de justicia. De igual forma, resulta importante verificar la observación que se realiza en torno a la manera en que se codifican los insumos en la plataforma, pues es claro que para algunos casos podrán requerir de una especificación especial que según se ha dicho, Mipres no permite obtener, razón por la cual se exhortará a la cartera de salud para que analice el asunto mencionado con el fin de resolverlo.

34. Por lo dicho, la Sala concluye que (i) se han aumentado el número de prescripciones que se tramitan vía Mipres, (ii) las acciones de tutela que buscan la prescripción de servicios PBS no UPC si bien han disminuido, se continúan presentando, lo que demuestra problemas en la misma, (iii) las PQRD relacionados por Mipres se han elevado considerablemente y, (iv) aún no se registran en la plataforma servicios y/o tecnologías reconocidas por la Corte y la ley como parte del PBS y que al ser prescritas, obligan al paciente a agotar la tutela. Por tal razón, es necesario que el Ministerio realice los ajustes requeridos para subsanar las fallas evidenciadas.

iii) Avances en la problemática identificada en la implementación de Mipres desde el auto 92A de 2020

35. Desde el auto 92A de 2020 la Corte evidenció algunos problemas relacionados con las (i) capacitaciones brindadas a los prescriptores, (ii) el desempeño de las Juntas de Profesionales de la Salud, (iii) la utilización del formato de contingencia, (iv) el funcionamiento de la mesa de ayuda, (v) el procedimiento para inclusión de medicamentos en el listado Unirs y, (vi) el mejoramiento de la trazabilidad de la plataforma. Por tal motivo, la Sala procederá a verificar los avances que en torno a estos temas se han llevado a cabo.

(i) Capacitación de los prescriptores y la difusión de la información que facilite el manejo de la herramienta

36. En este punto, cabe recordar que de acuerdo con lo establecido en el auto 92A de 2020, las capacitaciones brindadas eran insuficientes y ocasionaban la comisión de errores y la dilación en los trámites de prescripción y autorización de servicios y tecnologías a los usuarios del sistema. Por lo tanto, se ordenó “*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 incurrir; y (iv) garantice el acceso a los servicios de salud*”. Bajo tal escenario, la Sala verificará la continuidad y aumento de las capacitaciones que debe ofrecer el Ministerio y las IPS¹²⁹ sobre el manejo del aplicativo, así como la información contenida en aquellos programas.

ser reconocida y direccionada al oferente. Lo que no esté allí descrito no se podría prescribir y mucho menos garantizar a través de la EPS. En este sentido, cuando la prestación se entrega en cumplimiento de un fallo de tutela, se genera un problema en la prestación y en temas reputacionales, pues no existe la forma de legalizarla a través de MIPRES”. En similar sentido se pronunció Gestarsalud.

¹²⁹ Artículo 4, numeral 3 de las resoluciones 2438 y 1885 de 2018.

37. Según lo dicho por el ente ministerial¹³⁰, para el desarrollo de los cursos de formación sobre Mipres, se dispuso un ambiente de capacitación *on line* con un simulador en producción con diferentes roles, entre ellos, el de prescripción dirigido a los profesionales de la salud para que allí realizaran pruebas. Dio a conocer que la versión 2.0 publicada en la página *web* del MSPS, es una plataforma de auto capacitación para los profesionales de la salud y personal administrativo que lo requiera, la cual ha reportado los siguientes ingresos:

Año	Ingresos	Año	Ingresos
2016	29.442	2019	51.645
2017	106.489	2020	33.232
2018	44.563	2021	26.658
Total	292.029		

Datos Minsalud.

Respecto de lo anterior, cabe manifestar que como bien es sabido, el auto 92A fue proferido en el 2020, por lo que la información que se ha recibido solo podrá ser analizada a partir de esa anualidad. En razón de ello, se puede afirmar que para los años 2020 y 2021 ingresaron al ambiente de autocapacitación 59.890 prescriptores y/o personal administrativo que manipula la plataforma, dato que resulta inferior al de los años anteriores en los que se reportaban ingresos de casi el doble o el triple. Sin embargo, esa reducción puede obedecer a varios factores que han de ser tenidos en cuenta por la Corte, pues ya se han superado más de tres años desde su implementación y por ende, los encargados de manejar la herramienta deben tener más experiencia y a lo mejor no requieran capacitarse.

Pese a lo anterior, resulta necesario que la cartera de salud actualice de forma permanente el ambiente de autocapacitación con las novedades que agregan al aplicativo, asimismo, que no deje de lado la publicidad que debe darle para asegurar que quien lo requiera y que cuando sea necesario, ingrese a él y acceda a la información pertinente.

38. De otra parte, se dieron a conocer las capacitaciones que respecto de Mipres se llevaron a cabo en los años 2020 y 2021, así:

Año	Temáticas	Territorios	Actores	Asistentes
2020	Marco normativo	Bogotá y San Andrés	Profesionales de la salud, personal administrativo de IPS y EPS, proveedores, operadores logísticos, gestores farmacéuticos, entidades estatales, veedurias, ONG, usuarios e industria farmacéutica	505
	Estructura, finalidad y objetivos de la herramienta			
	Uso de la plataforma, presentación del ejercicio práctico y exposición de errores más comunes o causas de glosas			
	Modelo de operación de Mipres			
2021	Sesión de socialización de casuística expuesta por los usuarios	Bogotá, Pasto, Barranquilla, Norte de Santander, César, Cauca, Huila, Cundinamarca, Magdalena, Arauca, Bolívar, Tolima, San Andrés, Córdoba, Boyacá, Putumayo, Guajira, Chocó, Casanare y Antioquia.	EPS, IPS, sociedades científicas, profesionales de la salud, agremiaciones, asociaciones y veedurias de pacientes, industria farmacéutica, academia, entes territoriales y entidades estatales	2.832 a través de jornadas virtuales
	Participación ciudadana			
	Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS			
	Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC			
	Procedimientos y medicamentos			
Total				3.337

Fuente. MSPS

39. Manifestó que aquellos cursos de formación ofrecidos de forma presencial tuvieron una duración promedio de 2:30 y las virtuales de 3 y 4 horas aproximadamente. Asimismo, reportó los que pretendía brindarse durante el 2021:

¹³⁰ Informe electrónico adiado el 7 de septiembre de 2021.

Capacitaciones programadas -Mipres 2021-			
Fecha	Tema	Ciudad	Duración
17/09/2021	Mipres (Resoluciones 1885 y 2438 de 2018)	Popayán	4 horas
24/09/2021		Bucaramanga	
1/10/2021		Medellín	
8/10/2021		Pasto	
15/10/2021		Leticia	
22/10/2021		Pereira	
29/10/2021		Valledupar	
12/11/2021		San Andrés	
19/11/2021		Montería	
26/11/2021		Cartagena	
3/12/2021		Villavicencio	

En este punto vale la pena mencionar que los temas abordados, como (i) el marco normativo; (ii) la estructura, finalidad y objetivos de la herramienta; (iii) el uso de la misma, presentación del ejercicio práctico y exposición de errores más comunes o causas de glosas; (iv) el modelo de operación de Mipres y; (v) la sesión de socialización de casuística expuesta por los usuarios, son temáticas que brindan una noción general en cuanto al aplicativo y que sumado a los módulos de auto capacitación, permiten avanzar en su manejo. En efecto, entre el 2020 y el 2021 se capacitaron 3.337 actores del sistema¹³¹, lo que debe ser reconocido por esta Corporación como un avance en la labor que se adelanta, sin embargo, no puede dejarse de lado que no se trata de un porcentaje muy alto, pues hasta diciembre de 2020, Colombia contaba con 122.800 médicos¹³² y como se ha dado a conocer, la cifra de personal capacitado incluye a todos los actores del sistema -profesionales de la salud, personal administrativo de IPS y EPS, proveedores, operadores logísticos, gestores farmacéuticos, entidades estatales, veedurías, ONG, usuarios e industria farmacéutica, entre otros, es decir, si se tratara solo de galenos, se habría capacitado al 2.7% de la población.

A su vez, se indicó que los cursos de formación fueron brindados en algunos territorios alejados del país, como la Guajira, Chocó, Inírida, Mitú, Putumayo, Tumaco y Arauca; sin embargo, aún quedan otros departamentos y municipios en los que aquellos no han sido ofertados, por lo que se recuerda a Minsalud que dado que Mipres se utiliza en el territorio nacional, las capacitaciones son necesarias en todos los lugares para agilizar y asegurar su buen uso.

Ahora bien, la Sala observa que según el reporte brindado, se ha mantenido la formación en torno a Mipres en la modalidad presencial y virtual y se han implementado nuevos métodos para asegurarla, pese a la pandemia del Covid-19. En este punto y respecto de las capacitaciones virtuales, se tienen los cursos *on line* y las versiones que se han publicado en la página del MSPS, las cuales reportan el número de accesos y permiten a los profesionales conocer material de estudio que les garantiza un mejor manejo de la herramienta.

¹³¹ Profesionales de la salud, personal administrativo de IPS y EPS, proveedores, operadores logísticos, gestores farmacéuticos, entidades estatales, veedurías, ONG, usuarios e industria farmacéutica, entre otros.

¹³² <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-con-122800-medicos-al-servicio-de-la-poblacion.aspx#:~:text=El%20jefe%20de%20la%20cartera,generales%20y%2028.900%20m%C3%A9dicos%20especialistas.>

40. Como otra medida implementada por Minsalud con el fin de capacitar, se tiene que ha dispuesto un espacio en su portal *web*, denominado “*Todo sobre MIPRES*”¹³³, en el que da a conocer, entre otras cosas, el concepto de la plataforma¹³⁴, las principales noticias sobre esta y contiene un apartado que permite a los profesionales de la salud, entre otras cosas, verificar su inscripción en el ReTHUS, registrarse en mi seguridad social y en el módulo de usuarios de Mipres, las normas que regulan a Mipres en el RC y RS y, (i) documentos técnicos¹³⁵; (ii) información general¹³⁶; (iii) acceso a Mipres¹³⁷; (iv) proveedores¹³⁸; (v) anexos técnicos en general; (vi) consultas¹³⁹; (vii) servicios de información¹⁴⁰ y, (viii) ayudas audiovisuales¹⁴¹. En efecto, el portal contiene gran cantidad de información que facilita el conocimiento de la herramienta que se analiza, de ello dan cuenta los manuales de los usuarios en los que se enuncian las normas aplicables, los conceptos básicos allí utilizados y se explican, entre otras cosas, los tipos de usuarios, la forma en la que deben registrarse, los profesionales de la salud, la forma de crear y modificar la contraseña, como activar, consultar y desactivar un usuario.

Adicionalmente, se observa el listado de medicamentos Unirs -hasta el 8 de julio de 2020-, el resultado de la evaluación de la lista mencionada -9 de marzo de 2017-, los nombres de principios activos, la estandarización de medicamentos Mipres y los códigos de Mipres que contienen las tablas de referencia con las codificaciones usadas en el aplicativo, entre las que se observan (i) el Código Internacional de Enfermedades -CIE10-; (ii) las unidades de medida; (iii) la denominación común internacional -DCI-; (iv) la frecuencia en el suministro; (v) indicaciones especiales¹⁴² y, (vi) tipo de medicamentos. Por último, se conocieron dos videos tutoriales de prescripción versión 1.0¹⁴³ y 2.0¹⁴⁴ con 145.394¹⁴⁵ y 44.398¹⁴⁶ visualizaciones respectivamente.

41. Para la Sala, la información que allí se encuentra consagrada aporta al mejoramiento del manejo de Mipres, pues es de fácil ubicación, se presenta de forma ordenada, se refiere a temas que desde el auto 92A de 2020, han sido objeto de controversia por los problemas que generan esto es, el formato de contingencia, los principios activos, los códigos DCI y CIE, entre otros; es decir, cuenta con un contenido enfocado en los asuntos relevantes dentro de cada título, por tal razón, resultan ser una buena práctica que apoya a los actores del sistema que necesitan tener

¹³³ <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx>

¹³⁴ “*MIPRES es una herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios*”.

¹³⁵ Manuales de usuarios Mipres versión 1.0 y la versión 2.0.

¹³⁶ Las novedades de Mipres 2019 y 2020; la presentación de Mipres, el estado de activación de Entes Territoriales RS, la ruta para actualizar delegado de ET, Mipres en cifras primer trimestre 2021, entre otros,

¹³⁷ Versión de capacitación versión 2.0; registro de inscripción servicio social obligatorio, registro de usuario y activación admisión y activación paso 2 – inscripción de delegados.

¹³⁸ Estado de activación de proveedores 2020-04-07; registro y activación de profesionales independientes; guía módulo dispensador profesional independiente; documentación *web services* suministro V1.0, entre otros.

¹³⁹ Profesional de salud en ReTHUS, consulta tablas de referencia, listado UNIRS julio de 2020, nombres precisos de principios activos, estandarización de medicamentos Mipres, entre otros.

¹⁴⁰ Distribución geográfica de las prescripciones por tipo de tecnología

¹⁴¹ Dos videos tutoriales de prescripción.

¹⁴² Como por ejemplo, administración de dosis única, inmediata, en bolo, en goteo; infusión continua, intermitente, micro goteo, perfusión, entre otras.

¹⁴³ <https://www.youtube.com/watch?v=Hj6BToZua5E>

¹⁴⁴ <https://www.youtube.com/watch?v=y-aTeOUDIMI>

¹⁴⁵ Consulta realizada el 9 de diciembre de 2021.

¹⁴⁶ Id.

mayor experticia en su uso, lo que se consolida con los videos publicados en *YouTube* que muestran el paso a paso al momento de prescribir.

42. Adicionalmente, y como otra herramienta de formación creada por la cartera de salud se tiene el simulador de prescripciones. Sea lo primero manifestar que con el fin de verificar la forma en la que funciona, ubicó el documento “*Condiciones para el uso del aplicativo de Mipres NoPBS versión capacitación*”¹⁴⁷, en el que se aprecia la información que sobre el tema fue allegada por la cartera de salud y en la que se dan a conocer los siguientes datos de ingreso:

<http://tablas.sispro.gov.co/MIPRESNOPBS/>

USUARIO: CCPUEBA
CONTRASEÑA: PRESCRIBE1

Oficina TIC. Diciembre 1 de 2016

Así las cosas, el *link* allí citado conduce a Mipres, en el que una vez ingresados los datos referenciados en el documento, apareció el aviso de “*Credenciales inválidas*”, por lo que no fue posible acceder al simulador¹⁴⁸, situación que deja un halo de duda sobre la posibilidad de que cualquier persona pueda probar el material o si se utiliza solo para aquellos que por la labor que desempeñan, deben manipularla con frecuencia. Ciertamente, la posibilidad de contar con la opción de hacer prácticas en torno a la prescripción de servicios y tecnologías facilita su uso y puede disminuir el riesgo de incurrir en errores que afecten la prestación del servicio de salud a los usuarios, quienes requieren que la misma sea eficiente y asegure el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En este punto, se puede concluir que Minsalud ha implementado nuevos mecanismos de auto formación, que están siempre disponibles para quienes lo requieran, lo que deja en cabeza de los prescriptores y el personal administrativo la obligación de acudir a ellos para actualizar sus conocimientos y mejorar la atención de los pacientes pero que además deben ser actualizados constantemente por la cartera de salud.

43. Ahora bien, la Asociación de Pacientes de Alto Costo precisó que no resulta fácil instruirse en el uso de Mipres a través del simulador virtual y que el aprendizaje entre los prescriptores se ha dado en mayor medida con el apoyo de quienes ya sabían manejarla. Sugirió que se implemente una encuesta de satisfacción que permita conocer los resultados de estos procesos de formación y auto capacitación¹⁴⁹. De otra parte, el Observatorio Así Vamos en Salud manifestó que las capacitaciones ofrecidas han cumplido con el objetivo de formar el talento humano en salud, las instituciones y los pacientes, mediante las que ha disminuido la comisión de errores y los tiempos de diligenciamiento, puntos en los que coincidió con Acemi y Gestarsalud.

44. Sin embargo, Acemi resaltó que deben agregarse a las capacitaciones temas relacionados con el Módulo de Dispensador Proveedor, ya que el MSPS no ha suministrado información al respecto; además sugirió que se fortalezca la formación en torno a la posología e indicación Invima, pues aún se presentan problemas sobre ello. De otro lado, Gestarsalud adujo que las capacitaciones no han tenido el impacto requerido para beneficiar a los usuarios del sistema de salud y que podrían mejorarse con actualizaciones del aplicativo y la implementación de indicadores de impacto.

¹⁴⁷ <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Acceso%20a%20MIPRES%20Versi%C3%B3n%20de%20Capacitaci%C3%B3n.pdf>

¹⁴⁸ Intento realizado el 9 de diciembre de 2021.

¹⁴⁹ Informe recibido e 27 de octubre de 2021.

45. En conclusión, el rector de la política pública ha aumentado los cursos de capacitación brindados a los prescriptores y en general a los actores del sistema, con información que se dirige a mejorar su conocimiento y uso de la herramienta, acatando parcialmente lo establecido en el auto 92A de 2020 ya que este dispuso que el MSPS llevara a cabo de forma periódica las capacitaciones, con el propósito de mejorar los conocimientos en cuanto al uso de Mipres para facilitar su manejo, disminuir los tiempos en su diligenciamiento, los errores en los que se incurrían y garantizar el acceso a los servicios de salud.

46. Sin embargo, no hay evidencia de que esos objetivos se hayan cumplido a cabalidad, pues aún se generan quejas por el tiempo que toman para diligenciar la plataforma, la que en ocasiones “*se cae*” y ello exige que la prescripción se realice manualmente¹⁵⁰. Asimismo, se aseguró que Mipres “*Tiene un diseño con muchos espacios susceptibles de errores mínimos de registro*”¹⁵¹. Así las cosas, al conocer los comentarios emitidos por los peritos voluntarios se concluye que aún quedan situaciones por resolver, lo que hace necesario fortalecer algunos puntos específicos como (i) brindar capacitaciones en torno al Módulo de Dispensador Proveedor, (ii) fortalecer los temas relacionados con posología e indicación Invima y, como criterio de la Corte (iii) emitir los cursos de formación en todos los departamentos del país. Ahora bien, se recuerda la obligación que recae en cabeza de las IPS¹⁵² para la formación en Mipres y que al parecer no se ha materializado, pues no se ha brindado información al respecto.

(ii) *El desempeño de las Juntas de Profesionales de la Salud*

47. Sea lo primero recordar que el auto 92A de 2020, al estudiar el tema objeto de análisis determinó que si bien la función de las Juntas de Profesionales de la Salud resultaba adecuada, era necesario que las mismas (i) se reunieran en los tiempos establecidos para no dilatar la prestación del servicio requerido por el usuario; (ii) que no se cobrara por su realización y; (iii) que fuera la junta quien resolviera sobre servicios complementarios, para evitar que la acción de tutela continuara siendo el mecanismo para acceder a ellos. En este sentido, la Sala verificará la materialidad de lo mencionado.

48. En efecto, las Juntas de Profesionales de la Salud tienen dentro de sus funciones aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, de soporte nutricional y los medicamentos Unirs¹⁵³. En cuanto a las Juntas, el Ministerio dio a conocer el número de aprobaciones emitidas en todo el país, así:

Año	Aprobado	Sin evaluación	Total general
2019	307.300	26.663	381.120
2020	341.996	25.739	411.555
2021	271.768	19.284	318.909
Total	921.064	71.686	1.111.584

¹⁵⁰ Informe electrónico emitido por la CSR en el que se trajeron observaciones realizadas por profesionales de la salud.

¹⁵¹ Id.

¹⁵² Artículos 4 de las resoluciones 2438 y 1885 de 2018.

¹⁵³ Capítulo II de las resoluciones 2438 y 1885 de 2018.

Datos. Minsalud

49. Adicionalmente, reportó que los departamentos con mayor número de aprobaciones fueron Bogotá D.C. -271.241-, Valle del Cauca -160.778-, Antioquia -139.282-, Atlántico -72.533 y Santander -61.845-. Por el contrario, aquellos con menos aprobaciones fueron Vaupés -37-, Vichada -149-, Amazonas -393-, Guainía -591- y Guaviare -910-.

En este punto, cabe manifestar que las aprobaciones emitidas por las Juntas de Profesionales han aumentado año tras año, pues se observa que pasaron de resolver 381.120 en el 2019 a 411.555 en el 2020, es decir, se presentó un incremento del 8%. Ahora bien, debe resaltarse que hasta agosto de 2021, se habían resuelto el 77.4% de las solicitudes resueltas en 2021, las que de haber continuado con esa tendencia, hubiesen podido llegar a ser 478.363. Lo anterior, demuestra la operatividad de la junta de profesionales y la labor que desempeñan, lo que brinda un mejor servicio de salud.

50. Pese a lo anterior, no puede dejarse de lado (i) lo reportado y que da cuenta de que sin razón aparente, dejaron de evaluarse en el 2019, 26.663 prescripciones; en 2020, 25.739 y hasta agosto de 2021, 19.284 y, (ii) que no fueron aprobadas en el 2019, 35.592; en el 2020, 33.211 y en el 2021, 24.397, para un total de 71.686 y 93.200 respectivamente y que pese a haber sido prescritas por el médico tratante, no fueron autorizadas, situaciones que indudablemente pudieron afectar el goce efectivo del derecho a la salud, como bien lo consideró uno de los peritos, que además resaltó que se trata de servicios y/o tecnologías PBS no UPC y no de exclusiones, es decir, que hacen parte del PBS¹⁵⁴.

En razón de lo anterior, será necesario que la cartera de salud dé a conocer los fundamentos técnicos por las que no se aprueban los servicios que se someten a las juntas y así evidenciar las causales de ello, entre estas las que se han mencionado y que corresponden a la falta de presentación de los documentos por parte de los usuarios.

51. Por lo tanto, la Corte concluye que la Junta de Profesionales de la Salud (i) ha continuado operando y, (ii) que no se han presentado casos en los que las mismas cobren por la gestión que adelantan, por lo que se ha avanzado de manera parcial hacia lo planteado desde el auto 92A de 2020. No obstante, aún se conocen quejas en torno a las demoras que generan tramitar solicitudes ante la junta, lo que en ocasiones dilata y afecta la prestación del servicio requerido por los usuarios, que dejan de recibir lo ordenado¹⁵⁵.

(iii) La utilización del formato de contingencia

52. En este punto, también debe hacerse relación a lo que estableció el auto 92A de 2020, en el que se expuso la necesidad de que el Ministerio de Salud realizara una verificación en cuanto al formato de contingencia, sobre (i) la eficiencia del formulario y; (ii) el manejo por parte de los prescriptores. En consecuencia, la Sala verificará lo acontecido respecto de lo mencionado. En primer lugar, el formato de

¹⁵⁴ Pacientes de Alto Costo. Informe recibido el 27 de octubre de 2021.

¹⁵⁵ Pacientes de Alto Costo y Gestarsalud.

contingencia y de acuerdo con lo establecido en el artículo 16 de las resoluciones 2438 y 1885 de 2018 puede ser utilizado cuando se presenten (i) dificultades técnicas; (ii) ausencia de servicio eléctrico; (iii) falta de conectividad; e (iv) inconsistencias de afiliación o identificación.

Así, la cartera de salud indicó que el número de prescripciones que requirieron el uso del formulario fueron para el 2019, 26.150; en el 2020, 38.007 y en 2021¹⁵⁶, 14.771 para un total de 78.928. Reportó como departamentos o distritos con mayor número de usos del mencionado formato: Bogotá D.C., 32.237 -11%-, Antioquia 9.410, -6%-, Valle del Cauca, 7.360 -4.5%-, Atlántico 4.192, -5.7%- y Santander, 3.455 -5.5%-. Por el contrario, aquellos con menos usos fueron Guainía, 2 -0.33%-, Vichada, 4 -2.6%-, Guaviare, 11 -1.2%-, Amazonas, 33 -8.3%- y Chocó -38-. En tales términos, se evidencia un porcentaje considerable en el uso de dicho formato en Bogotá D.C., que reporta como principal contingencia, dificultades técnicas e inconsistencias en afiliación o identificación; seguido de Amazonas, Antioquia y Santander por inconsistencias en afiliación o identificación. Así las cosas, tales valores pueden encontrar justificación en el mayor número de prescripciones que se emiten a diario.

53. Pese a lo anterior, la Asociación de Pacientes de Alto Costo calificó al formato de contingencia como un distractor pues la EPS “*nunca lo encuentra*” o argumenta “*no haberlo recibido*” lo que indiscutiblemente genera cargas al paciente. Agregó que en aquellos territorios donde no hay conectividad a internet o acceso a TIC, los pacientes se ven mayormente afectados, pues tampoco se realiza la prescripción de forma manual, lo que les obliga a ejercer la acción de tutela para acceder a lo requerido. Puso de presente que en algunas IPS, especialmente para las especialidades de dermatología, oftalmología y ortopedia a los pacientes se les niegan las prescripciones y les dicen que deben comprarlas de su propio pecunio, lo que inevitablemente termina en una acción de amparo¹⁵⁷. De otra parte, el Observatorio Así Vamos en Salud afirmó que si bien no existe razón para que se el formato genere cargas a los pacientes, sus representantes señalan que estas sí se presentan.

54. En tal sentido se pronunció Acemi, quien afirmó que contrario a lo establecido en la normatividad vigente, en ocasiones se generan solicitudes que no cumplen los requisitos legales. Sin embargo, aclaró que este formato no puede usarse para tecnologías que no se hallen en Mipres y que solo se autorizan cuando media orden judicial, adicionalmente, que es común que el prescriptor no utilice el formato de contingencia actualizado, lo que impide su transcripción. Mencionó que en otras ocasiones el profesional o la IPS no remite el formato a la entidad responsable, actividad que delega en el usuario. De igual forma, aseguró que para aquellos usuarios que cuentan con cédula de extranjería y Permiso Especial de Permanencia -PEP-, la herramienta posee validaciones que impiden prescribirles.

55. Finalmente, y contrario a lo manifestado, Gestarsalud refirió que la utilización del formato de contingencia no es alta y que se han dispuesto procesos por las entidades que permiten cumplir con los tiempos de ley, los cuales se suelen aumentar cuando su autorización debe pasar por la Junta de Profesionales de la Salud, pese a ello consideró que su utilización no ha generado cargas a los pacientes, ni ha afectado la prestación del servicio.

¹⁵⁶ Información remitida hasta agosto de 2021.

¹⁵⁷ En similar sentido se pronunció la CSR.

56. Así las cosas, la Corte encuentra que el formato de contingencia ha sido utilizado en mayor medida en los últimos años, pues entre 2019 y 2020, se presentó un incremento del 31%, sin embargo, entre el 2020 y el 2021 se dio una reducción del 58%, de acuerdo con el promedio mensual, ya que no se cuenta con el dato del periodo completo. Adicionalmente, se ha reportado como motivo de contingencia principal, las dificultades técnicas, seguido de inconsistencias en la afiliación o identificación, falta de conectividad y falta de servicio eléctrico conforme lo establece artículo 16 de las resoluciones 2438 y 1885 de 2018.

Sin embargo, llama la atención de la Sala el señalamiento que realiza uno de los peritos voluntarios, quien asegura que en algunos departamentos donde hay problemas de conectividad, los prescriptores se niegan a emitir la orden manual, es decir, sin razón aparente dejan de formular al paciente, por lo que este debe acudir a la jurisdicción para que allí se resuelva su requerimiento. Lo anterior, se aleja totalmente de ser una garantía del goce efectivo del derecho fundamental, pues omite brindar a los pacientes los servicios y/o tecnologías que según el médico tratante, necesitan para mejorar su estado de salud.

57. En conclusión, se observa que si bien existen algunos comentarios que dan cuenta de un correcto uso del formato de contingencia, el cual debe ser utilizado de manera excepcional, ya que la regla general es realizar la formulación mediante el aplicativo para entre otras cosas, contar con la trazabilidad del trámite, se ha concluido que el mismo aún continúa generando cargas a los pacientes¹⁵⁸ y que en ocasiones se emite por fuera de las directrices fijadas en la normatividad vigente. En consecuencia, y con el fin de cumplir con los propósitos fijados en el auto 92A de 2020, esto es, garantizar la eficiencia del formulario y el adecuado manejo por parte de los prescriptores, es necesario que la Supersalud mantenga labores de seguimiento en torno a la manera en la que se utiliza, pues si bien se trata de un recurso eficiente para unas situaciones especiales, su abuso impacta de forma negativa la prestación oportuna del servicio de salud.

(iv) Funcionamiento de la mesa de ayuda

58. Desde el auto 92A de 2020 se evidenció la importancia que el Ministerio realizara un seguimiento técnico a la mesa de ayuda para que funcionara en tiempo real y pudiera responder de forma inmediata y eficiente. Por tal motivo, la Sala deberá verificar lo acaecido con tal disposición.

La Corte encuentra que la mesa de ayuda creada por el MSPS se mantiene con dos canales activos como lo son el telefónico y el correo electrónico y que según el reporte brindado por la cartera de salud, el promedio de atención de las consultas a la mesa de ayuda, fue de 162 por el canal telefónico y 234 por el correo electrónico, para un total de 396 consultas entre enero y agosto de 2021¹⁵⁹, lo que evidencia, *prima facie*, que los profesionales pese a conocerla, no acuden a ella en las proporciones esperadas para buscar soporte en su gestión. Igualmente, se han implementado mesas de ayuda en las que de forma especializada, se distribuyen las solicitudes elevadas y a las que llega aproximadamente el 20% de las mismas.

¹⁵⁸ Solo Gestarsalud considera lo contrario.

¹⁵⁹ No se brinda fecha exacta.

59. Nótese que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud en el año 2020 y primer semestre del 2021 tramitó 452 consultas, con un promedio de respuesta de 6.81 días, tiempo que tampoco resulta conveniente, dada la función que cumple la dependencia y que se relaciona ente otras cosas, con la coordinación de acciones necesarias para actualizar el PBS, establecer su contenido, definir estrategias para gestionar y racionalizar el impacto de las prestaciones no incluidas en el PBS¹⁶⁰, lo que demuestra la necesidad de reducción de los mismos. Por su parte, la Dirección de Promoción y Prevención -Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas-, atendió 33 asuntos relacionados con Alimentos para Propósitos Médicos Especiales entre 2020 y agosto de 2021, con un promedio de respuesta de 22 días. De igual forma, la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud respondió 687 solicitudes durante el 2020 y hasta agosto de 2021. Por último, el MSPS afirmó que el principal tema de consulta fue prescripción de medicamentos con 32.8% y estandarización de medicamentos dispuestos en Mipres con 17.9%, en cuanto a las últimas, se desconocen sus tiempos de respuesta.

60. Por su parte, Acemi indicó que las contestaciones emitidas a las aseguradoras suelen ser apropiadas; no obstante, que se continuaban presentando problemas en torno a su precisión y en ocasiones, se debían realizar aclaraciones. Agregó que como algunas respuestas no se recibían de forma inmediata, se generaban demoras que dilataron la prestación del servicio de salud y cargas en los pacientes, quienes en ocasiones tienen que soportar los tiempos que tarda elevar una nueva solicitud. Por último, Gestarsalud afirmó que la mesa de ayuda no ha sido muy utilizada o que sus repuestas no han permitido aplicar medidas correctivas al momento de ingresar y realizar los ajustes requeridos, pues considera que la disminución de errores no ha ocasionado impacto.

61. Ciertamente, la Sala encuentra que desde lo que plantea Minsalud cuando indica que el tiempo de las llamadas telefónicas no supera los siete minutos y son menos de cinco horas para que a través del correo electrónico se resuelvan las dudas generadas en el uso de la herramienta, no son los adecuados, pues por un lado y en cuanto al primero de ellos debe decirse que los siete minutos resultan favorables a la gestión que despliega, por otro y respecto al segundo mencionado, cabe manifestar que hasta cinco horas es un periodo que sobrepasa la consulta del paciente y puede ser la razón por la que no se acude con frecuencia a la mesa de ayuda, pues es durante la atención cuando surgen la mayor parte de las preguntas; por lo tanto, es imperioso que todos los canales funcionen en debida forma, con tiempos de respuesta que faciliten la labor de formulación¹⁶¹. Ahora bien, una situación semejante se presenta en los tiempos de respuesta para los APME¹⁶² los que “*constituyen un componente integral en el*

¹⁶⁰ “*Propone políticas, planes, programas y proyectos en materia de regulación de beneficios, costos y tarifas del Aseguramiento en Salud. Orienta y dirige estudios, análisis, metodologías o evaluaciones relacionados con planes de beneficios, actualización y tarifas. Propone los contenidos de Plan de Beneficios - POS de los aliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y el diseño de la metodología para su actualización. Propone el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen y otras funciones establecidas en el Decreto 2562 de 2012*”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/que-hace-la-direccion-de-regulacion-de-beneficios-costos-y-tarifas-del-aseguramiento-en-salud.pdf>

¹⁶¹ Acemi, informe recibido el 8 de noviembre de 2021.

¹⁶² “Son productos elaborados o formulados especialmente y presentados para el tratamiento dietético de pacientes, que deberán utilizarse exclusivamente bajo supervisión médica; se destinan a la alimentación exclusiva o parcial de pacientes con capacidad limitada o deteriorada para tomar, digerir, absorber o metabolizar alimentos ordinarios o ciertos nutrientes contenidos en ellos o que tienen necesidad de otros nutrientes especiales contenidos en ellos o que tienen necesidad de otros nutrientes especiales determinados medicinalmente, y cuyo tratamiento alimentario no puede realizarse solo por la modificación de la dieta normal, por otros alimentos para regímenes especiales o

tratamiento clínico de los pacientes”, ya que los 22 días que en promedio se toman para dar respuesta y que se ajusta al establecido para un derecho de petición¹⁶³, es muy alto dada la implicación que puede tener para los usuarios¹⁶⁴ en la falta de oportunidad en la prestación del servicio, lo que exige que las contestaciones se remitan en menor tiempo.

62. Por lo expuesto, la Sala encuentra que la mesa de ayuda ha presentado avances notorios en torno a su funcionamiento pues, (i) se han parametrizado los tiempos de respuesta, que sin ser los idóneos, ya imponen un límite temporal y; (ii) se han dispuesto mesas especializadas que brindan soporte a temas puntuales, sin embargo, no se han dado a conocer los tiempos de respuesta de todas estas, lo que es necesario para evaluar su desempeño. Igualmente, la Sala también estima que la mesa de ayuda debe ser objeto de mejoramiento, ya que (i) las contestaciones no se brindan de forma precisa y en ocasiones requiere que se realicen aclaraciones; (ii) la demora en la respuesta dilata la prestación del servicio de salud, más aún cuando debe elevarse una nueva solicitud; (iii) los 22 días como respuesta para los APME afectan la recuperación del estado de salud de los pacientes, pues es un tiempo que el mismo no cuenta con su soporte alimentario, lo que implica que deban ser reducidos y; (iv) es necesario que se reduzcan los tiempos de respuesta ofrecidas para las peticiones elevadas vía correo electrónico.

63. Finalmente, se colige que la observación planteada desde el auto 92A de 2020 que buscaba que el Ministerio realizara un seguimiento técnico a la mesa de ayuda, *prima facie*, se ha llevado a cabo, pues si bien ello no se ha indicado de manera expresa, puede deducirse de las mejoras que se han observado. Pese a ello, la orden para que esta funcionara en tiempo real, al parecer, no ha sido puesta en práctica, pues a excepción de las llamadas telefónicas, todos los demás tiempos de respuesta superan las cinco horas, sin que se cuente con certeza de su cumplimiento estricto. En consecuencia, esta Corporación considera que la cartera de salud debe mantener el seguimiento técnico a la mesa de ayuda, con el fin de que esta mejore sus tiempos de respuesta, la precisión en las mismas y garantice la prestación de un servicio de salud en términos de oportunidad.

(v) La autonomía médica de los prescriptores

64. Desde el auto 92A de 2020 se cuestionó la obligación de respetar de manera irrestricta la autonomía de los profesionales que prescriben a través de la herramienta tecnológica Mipres, situación que deberá ser objeto de seguimiento por la Sala Especial. En primer lugar, cabe traer a colación algunas resoluciones proferidas por el Ministerio¹⁶⁵, así como la Ley 1164 de 2007¹⁶⁶, modificada por la Ley 1438 de 2011¹⁶⁷, que indican que el acto propio de los profesionales de la salud se caracteriza por la autonomía y la relación entre estos y el usuario, la cual genera una obligación de medio basada en la competencia profesional. Ahora bien, como lo ha señalado

por la combinación de ambas cosas”
<https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Documents/Problema%20AIN%20APME%20v1.pdf>

¹⁶³ Así Vamos en Salud, informe electrónico recibido el 28 de octubre de 2021.

¹⁶⁴ Pacientes de Alto Costo, informe del 27 de octubre de 2021.

¹⁶⁵ 3951 de 2016, 532 de 2017, 1885 de 2018.

¹⁶⁶ “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”.

¹⁶⁷ “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

esta Corporación, la exigencia que de tiempo atrás se ha impuesto a los prescriptores de agotar previamente las alternativas PBS UPC¹⁶⁸ como criterio para ordenar a un paciente un servicio o tecnología PBS no UPC, contraría lo establecido en la Ley 1751 de 2015 y la sentencia C-313 de 2014, pues el modelo que actualmente rige es de exclusiones explícitas, lo que implica que hace parte del PBS todo lo que no se halle en la Resolución 244 de 2019¹⁶⁹ o en aquella que la remplace.

65. Pese a lo anterior, el requerimiento mencionado se mantiene para los profesionales de la salud, pues revisados los videos tutoriales de prescripción publicados en la página de Mipres, se observa que quien formula debe responder a la pregunta “*Ya utilizó los medicamentos existentes en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC?*”, acto seguido, especificar qué servicio o tecnología agotó y la razón de no continuar con su uso y describirla¹⁷⁰. Situación que a criterio de la Corte no encuentra ningún tipo de justificante distinto a la fuente de financiación y en cambio, sí afecta el ejercicio profesional del prescriptor, que tiene que exponer argumentos adicionales a los que exige la responsabilidad médica para emitir una orden que busca el disfrute más alto posible del derecho a la salud. Mayor aún, cuando todas son tecnologías PBS, pues en ningún caso se está ordenando ninguna de las excluidas.

66. En efecto, las seis sociedades científicas que fueron consultadas coincidieron en afirmar que se limita su autonomía médica cuando deben agotar el requisito que impone Mipres antes de prescribir un servicios o tecnología PBS no UPC, además, consideran que el “PBS” se encuentra desactualizado, lo que impide a las especialidades formular aquellos que no se financian con la UPC y que son las únicas que se pueden prescribir a un paciente. En efecto, la Corte encuentra problemático el temor que sienten algunos profesionales de ordenar servicios o tecnologías PBS no UPC, pues se ha dicho que en caso de no poder ser recobrados, podrían obligarlos a sufragar tal costo, presión que puede aumentar con el tiempo, pues se presume que puedan ponerse topes de formulación¹⁷¹.

En se sentido y como bien lo afirmó esta Corporación en el auto 92A de 2020, exigir a los prescriptores el agotamiento en primera medida de las opciones PBS que se financian con la UPC, genera una barrera que en muchas ocasiones puede hacerlos desistir de formular un tratamiento, servicio o tecnología PBS no UPC, lo que también afecta el acceso de los usuarios a aquello que necesitan de acuerdo con su diagnóstico. De otro lado, se ha conocido que una de las especialidades que se pronunció, no cuenta con medicamentos PBS UPC que brinden una respuesta favorable a los pacientes, por lo tanto, su primera opción siempre será acudir a los PBS no UPC¹⁷², lo que genera una carga en los profesionales de esa área cuando deben emitir la fórmula médica.

¹⁶⁸ Como lo establece el numeral 4 del artículo 9 de las resoluciones 1885 y 2438 de 2018.

¹⁶⁹ “*Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud*”.

¹⁷⁰ Minuto 1:42. Video Tutorial de ingreso al aplicativo Mipres. Cuestionamiento que se repite en el video Tutorial de ingreso al aplicativo Mipres para profesionales de la salud.

¹⁷¹ Asociación Colombiana de Hepatología.

¹⁷² La Asociación Colombiana de Hepatología, adujo encontrar afectada la autonomía médica, ya que existen medicamentos y tecnologías que son primera línea de manejo en diferentes patologías hepáticas acorde a guías internacionales, que son PBS no UPC y exigir que se agote lo existente en el PBS UPC es exponer a los pacientes a malos manejos y riesgo de progresión de enfermedades, pese a contar con evidencia suficiente de mejores resultados con los PBS no UPC.

67. Asimismo, se afirmó que constituye una nueva afectación a la autonomía médica, la exigencia que realiza Mipres para que se formule de forma exacta según el registro Invima, lo que depende de la voluntad de la industria farmacéutica y amenaza la salud de los pacientes¹⁷³. Lo anterior se ha expuesto desde que fue proferido el auto 92A de 2020, donde se indicó que se habían conocido problemas generados por la falta de adecuación entre la presentación comercial y lo formulado por el médico tratante¹⁷⁴; sobre lo que debe decirse que al tratarse de un reproche que se mantiene en el tiempo, es necesario que la cartera de salud genere un diálogo con los actores que le permita conocer la problemática y avanzar en su superación, lo que además deberá fortalecerse en las capacitaciones que ofrece sobre Mipres, de forma especial respecto de los medicamentos, el tema de posología, presentación, concentración, nombre preciso y en general lo que pueda afectar la prescripción a través de la herramienta para que, en caso de que así ocurra, los profesionales de la salud no sientan afectada su autonomía, ni dejen de prescribir lo que requiere su paciente, pues como bien lo ha dicho esta Corporación en su jurisprudencia en principio, la competencia para determinar si una persona demanda un procedimiento, intervención o medicamento recae en el médico tratante¹⁷⁵, constituyéndose en el principal criterio para determinar qué servicios o tecnologías requiere su paciente, por cuanto es esta la “(...) *persona capacitada, con criterio científico y que conoce al paciente*”¹⁷⁶.

68. En este punto, cabe expresar que de acuerdo a lo dado a conocer por Así Vamos en Salud, Acemi y Gestarsalud, la autonomía médica se encuentra protegida con Mipres, de igual manera, se afirmó que la misma debe ejercerse conforme a los principios de costo efectividad, pertinencia médica y racionalidad del sistema y refirió que “*Lo que no tendría sentido, es que estando cubierta la prestación por el mecanismo de protección individual (PB-UPC), se utilice el de MIPRES trasladándole al Estado la resolución de un problema de salud que se ha podido resolver de manera científica y satisfactoria a través del aseguramiento a cargo de la EPS*”¹⁷⁷. Sin embargo, la Corte disiente de tal manifestación, pues considera que de resultar más beneficioso para el paciente la utilización de un servicio PBS no UPC, aún sin haber agotado el PBS UPC, debe ser aquel el que se prescriba y no el que resulte más favorable en términos económicos al SGSSS, pues por tratarse de un derecho fundamental, este debe primar ante el tema financiero.

69. Por lo dicho, la Sala encuentra como temas relevantes que deben ser abordados por el Ministerio para garantizar al prescriptor la materialidad de su autonomía médica, los siguientes (i) no exigir el agotamiento de un servicio y/o tecnología PBS UPC previo a formular uno PBS no UPC pues todas hacen parte del PBS; (ii) agregar y/o fortalecer en las capacitaciones que ofrece sobre Mipres, el tema de posología, presentación, concentración, nombre preciso y en general lo concerniente a los medicamentos e, (iii) implementar un mecanismo que permita un acercamiento con los prescriptores para que de forma dialógica, puedan resolver los inconvenientes que se dan a conocer. Por último, la Corte reitera la obligación que tienen tanto EPS, IPS y el Minsalud de respetar irrestrictamente la autonomía médica de quienes prescriben

¹⁷³ Asociación Colombiana de Hematología y Oncología.

¹⁷⁴ Manifestación realizada por la Asociación de Pacientes de Alto Costo para el auto 92A de 2020.

¹⁷⁵ 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.

¹⁷⁶ Sentencias T-017 de 2021, 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.

¹⁷⁷ Acemi, informe allegado el 8 de noviembre de 2021.

a través de Mipres, para que sin coacción alguna, sean quienes decidan el tratamiento que resulta más adecuado para su paciente, conforme a sus principios y a sus criterios médicos, pues valga la pena recordar que son ellos quienes tienen los conocimientos idóneos para emitir la orden pertinente, pues su obligación es con el paciente y no con el mecanismo de financiación del PBS.

(vi) Procedimiento para inclusión de medicamentos en el listado UNIRS

70. Una vez más, es necesario recordar que en el auto 92A de 2020 se planteó que el listado Unirs debían agregarse nuevos componentes, que pese a las solicitudes elevadas para que fueran incluidas algunas moléculas, ello no ocurría, por lo que dicho listado debía aumentarse, pues su ausencia obligaba a los pacientes a acudir a la acción constitucional para obtenerlo. Por lo anterior, el auto mencionado ordenó a la cartera de salud “*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*”.

71. Sea lo primero manifestar que Minsalud emitió la resolución 617 de 2020¹⁷⁸, a través de la que estableció el procedimiento Unirs para los medicamentos Covid-19, requeridos por la pandemia ocasionada por el virus mencionado. Lo cual, resultó de gran relevancia para agilizar tal procedimiento debido a la urgencia con la que era necesaria su formulación, pues la afectación que el virus ha generado en los residentes del territorio Nacional ha sido de gran magnitud, ya que a la fecha se han reportado 5.071.817 de casos confirmados, 4.911.593 de casos activos y 128.586 fallecidos¹⁷⁹. Por tal razón, era necesario agilizarlo para con ello garantizar la prestación del servicio de salud y afrontar la crisis sanitaria que aún vive el mundo entero.

72. Ahora bien, Minsalud recordó el procedimiento que se debe adelantar para autorizar los Unirs¹⁸⁰ e indicó las nominaciones que llevó a cabo en los años 2020 y 2021, las cuales fueron resultado del análisis de las acciones de tutela en las que fue vinculado y que se relacionaban con la prescripción de este tipo de medicamentos. Asimismo, informó que desde el año 2019 ha presentado 52 nominaciones para ser evaluadas por el Invima. Agregó que para el 2020 y a través del convenio interadministrativo suscrito con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS-, se seleccionaron 16 medicamentos candidatos, priorizados conjuntamente por expertos clínicos y por las sociedades científicas, el cual estaba siendo programado para llevarse a cabo en el 2021.

En este sentido, reportó que para el 2019, se nominaron 35 moléculas, de las cuales se aprobó el 25.7% -9-; y sobre el 5.7% -2- se decidió mantenerlos en el listado para ser prescritos, pese a no contar con evidencia robusta para conceptuar un balance beneficio-riesgo favorable. Finalmente, respecto del 68.6% -24- se solicitó más información por que se consideró que la evidencia era insuficiente. Para el 2020, se

¹⁷⁸ “Por la cual se establecen disposiciones en relación con la nominación, evaluación, aprobación y condición para la prescripción de medicamentos con usos No incluidos en el Registro Sanitario- UNIRS requeridos para el tratamiento del COVID – 19”.

¹⁷⁹ Consulta realizada el 2 de diciembre de 2021. <https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx>

¹⁸⁰ La cual es realizada por las sociedades científicas o por el MSPS y debe ser reportada al Invima por intermedio de Minsalud, para la correspondiente evaluación de seguridad y eficacia o efectividad por parte de la sala especializada de moléculas nuevas, nuevas indicaciones y medicamentos biológicos de la comisión revisora del Invima.

nominaron 6 medicamentos, se aprobó el 50% -3- para ser incluido en el listado y se excluyó un número igual, pues no logró verificarse la eficacia y seguridad para establecer un balance beneficio-riesgo favorable. Por último, en el 2021 se nominaron 11, de las que se habían aprobado el 18.2% -2- para ser incluidas y respecto del 9.1% -1- se solicitó ampliar la información¹⁸¹. Además, se resaltó la eficacia de los procesos, pues estaba pendiente por evaluar el 73% de las enviadas en el 2021, argumento que debe ser controvertido, ya que según la fecha del informe, en ocho meses solo se había evaluado el 27% de las postulaciones y se pretendía que en cuatro meses se cumpliera con lo requerido, lo que pone en duda la eficacia predicada.

73. De otra parte, se dio a conocer que el 47.1% de las Sociedades Científicas encuestadas encuentran apropiado el procedimiento para incluir medicamentos en el listado Unirs¹⁸². Por el contrario, el 52.9% lo consideran engorroso, demorado¹⁸³ para dar respuesta y cuestionan la falta de comunicación que existe entre el Invima y los postulantes, a quienes no se les brinda una retroalimentación, ni mucho menos se le indaga sobre datos que faltan y que generan su negación. De igual forma, se dijo que el trámite tarda mucho tiempo y que la mayoría de las respuestas son negativas¹⁸⁴. Lo anterior, se verifica en parte con la manifestación realizada por el MSPS que informó que, en el año 2019 se rechazó el 68.6% de las postulaciones, en el 2020, el 50% y en el 2021, se habían excluido el 9.1%.

74. Así las cosas, se observa que existe un gran porcentaje de moléculas que son rechazadas por insuficiente evidencia en cuanto a su seguridad y eficacia, casos en los que, según el dicho de Minsalud, se solicita información adicional a la sociedad científica, lo que de alguna manera contraría la queja presentada por aquellas en torno a la falta de comunicación, pues según el dicho de las sociedades, se presentan negaciones que pudieron haber sido subsanadas y así rescatar la postulación. Adicionalmente, como bien lo ha establecido esta Corporación¹⁸⁵ el trámite de autorización para el uso de los Unirs se adelanta entre Minsalud, las sociedades científicas y el Invima, pues exige un análisis profundo y a conciencia dada la complejidad y lo delicado del tema que trata, como lo es agregar un uso adicional a un medicamento destinado a tratar otros padecimientos y en el que se pone en riesgo la seguridad del paciente¹⁸⁶; sin embargo, la Corte no desconoce la preocupación de los galenos al querer contar con todas las moléculas que de acuerdo a su experiencia y conocimiento pueden favorecer la recuperación de los usuarios.

75. Ahora bien, en torno a la necesidad planteada por Así Vamos en Salud, quien considera oportuno que el MSPS en coordinación con el IETS realice una evaluación para verificar la posibilidad de consultar las autorizaciones en agencias de orden internacional, pues podrían impactar el trámite mencionado y así, agilizar la prestación del servicio de salud, la Corte debe manifestar que la delegación de funciones a otras entidades del orden nacional, desbordan la competencia de esta Corporación, por lo que no podrá tomarse medida alguna al respecto. De otro lado,

¹⁸¹ Reporte emitido en setiembre de 2021.

¹⁸² Sociedad Colombiana de Oftalmología; Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular -71%- y la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica.

¹⁸³ En el mismo sentido se pronunció Así Vamos en Salud, Acemi y Gestarsalud.

¹⁸⁴ Colegio Colombiano de Hemodinamia e Intervencionismo Cardiovascular -29%-; Asociación Colombiana de Hepatología y La Asociación Colombiana de Hematología y Oncología.

¹⁸⁵ Auto 92A de 2020.

¹⁸⁶ Así Vamos en Salud.

resulta necesario que los canales de comunicación entre Minsalud, Invima y las sociedades científicas que postulan medicamentos, se activen y permanezcan para que esa interlocución facilite el avance del trámite, cuando a ello hubiere lugar, pues ampliar el listado Unirs podrá garantizar en mayor medida el goce efectivo del derecho a la salud de los pacientes, así como su accesibilidad, prestación del servicio con calidad, eficiencia en los tratamientos y disminución de iatrogenia como bien se ha dicho, principios que deben prevalecer ante cualquier interés o trámite administrativo.

76. Ahora bien, no debe dejarse de reconocer el avance que sobre este tema se evidencia, pues para los años 2019 y 2020, se había puesto de presente que el 39,1% de los galenos interrogados por Así Vamos en Salud, desconocían los Unirs, sin embargo, eso no se ha replicado y permite indicar que ahora todos los prescriptores acceden al listado. Pese a ello, es indispensable que el Ministerio llame la atención del Invima para que, sin flexibilizar el procedimiento, disminuya los tiempos que se tarda en resolver las solicitudes de inclusión de los Unirs.

(vii) Mejoramiento de la trazabilidad de la herramienta

77. El último auto de valoración ordenó a Minsalud realizar modificaciones dentro de Mipres que permitieran mejorar su trazabilidad y registrar además de las prescripciones llevadas a cabo, los intentos realizados y que por algún motivo no se pudieron finiquitar, así como las dobles prescripciones que recibe un paciente en un día o semana. Por tal razón, la Sala verificará el cumplimiento de dicho mandato.

78. Respecto de lo mencionado, debe decirse que de acuerdo con lo informado por la cartera de salud se colige que el aplicativo permite conocer el número de prescripciones que se realizan a un mismo paciente en una semana, ejemplo de ello es la información que se reporta y que evidencia lo siguiente:

Año	Prescripciones semanales		
	Una vez por semana	Dos veces por semana	Más de dos veces por semana
2016	92%	7%	1%
2017	90%	8%	2%
2018	90%	8%	2%
2019	90%	8%	2%
2020	89%	9%	2%
2021	88%	9%	3%
Total	89%	8%	3%

79. Adicionalmente, se refirió que existen mecanismos de control para las dobles prescripciones iguales, tales como (i) la posibilidad de ver en línea las tecnologías que todos los profesionales le han ordenado con anterioridad al paciente y, (ii) las causas de no direccionamiento, en las cuales, si ya se ha solicitado un servicio complementario o tecnología en salud, debe reportarse el número de prescripción donde se realizó¹⁸⁷.

¹⁸⁷ Ver documento causas de no entrega, total, parcial o diferida, reporte de información de dispensación de tecnologías en salud PBS no UPC o servicios complementarios Mipres.

80. Sin embargo, se ha dejado de presente que la herramienta no cuenta con la posibilidad de dejar trazabilidad en los campos vacíos, mal diligenciados, extemporáneos, usuario no afiliado a la EPS, documentación incompleta, tecnología no existente en Mipres, prestados sin convenio, desactualizado, prestación PBS o con cargo a la UPC y criterio Unirs vencido¹⁸⁸. Así tampoco, da a conocer el número de anulaciones generadas por errores, como por ejemplo, la falta de coincidencia entre las dosis diarias que se requieren formular y el medicamento prescrito¹⁸⁹.

81. Lo anterior, resulta de gran relevancia para lograr identificar las barreras que se mantienen en el aplicativo y su manejo, pues al mejorar la trazabilidad, podrían evidenciarse los errores de los prescriptores al dejar espacios en blanco, diligenciarlos en forma indebida y con ello permitir al MSPS reforzar las capacitaciones que brinda. Asimismo, conocer cuando los pacientes no cumplen con su obligación de presentar la documentación completa, daría lugar a evidenciar que porcentaje de los servicios y/o tecnologías negadas se generan por descuido del usuario. Adicional a ello, tener claridad de cuáles son los medicamentos que más se buscan por los galenos y no se hallan, permite inferir las principales necesidades de los pacientes y en caso de que estos hagan parte del PBS UPC o que deban generar una anulación, indicaría desconocimiento de los médicos en torno a lo que se debe formular vía Mipres y que puede subsanarse en las formaciones ofrecidas.

82. Es decir, la trazabilidad de la plataforma brinda herramientas que permiten identificar los principales problemas, errores y dificultades en la labor de prescripción, así como la prestación del servicio de salud; para a su vez implementar medidas conducentes que permitan resolverlas y mejorar la funcionalidad del aplicativo. Sin embargo, el MSPS pese a haber agregado uno de los temas ordenados y que permite conocer número de prescripciones para un paciente por días y semanas, con lo que dio cumplimiento parcial a la orden emitida en el auto 92A de 2020, omitió activar el registro de los intentos de prescripción realizados y que por algún motivo no se pudieron finiquitar y de lo que nada se dijo.

Bajo tal contexto, resulta necesario que el ente ministerial actualice y/o modifique la plataforma y permita que esta registre (i) número de intentos de prescripción que no pudieron finiquitarse y la causa, (ii) usuario no afiliado a la EPS, (iii) tecnología no existente en Mipres y, (iv) falta de coincidencia entre las dosis diarias que se requieren formular y el medicamento prescrito, pues resultan de gran importancia para verificar su funcionalidad y las causas por las que no se logra la prescripción al paciente.

Valoración del nivel de cumplimiento de la orden

83. De acuerdo con la metodología de evaluación fijada paulatinamente desde el auto 411 de 2016¹⁹⁰, 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.

84. Respecto del componente de prescripción y autorización de servicios y tecnologías en salud excluidas de financiación con recursos de la salud, cuando los

¹⁸⁸ Acemi, informe recibido el 8 de noviembre de 2021.

¹⁸⁹ Pacientes de Alto Costo, informe recibido el 27 de noviembre de 2021.

¹⁹⁰ Cfr. Considerando 3.3.

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 pudieran ser dispensados, no existen medidas para evaluar, pues no se puso en marcha un plan que permita llegar a dicho resultado.

Situación que se repite en lo referente a la entrega del cronograma ordenado en el auto 92A de 2020, pues el MSPS incumplió con su deber de remitir lo ordenado, ya que tampoco se pronunció sobre ello, ni remitió el documento en ningún tiempo. Por lo tanto, no se implementó ninguna medida que pueda ser evaluada por la Corte.

85. En cuanto a la operación de Mipres para la prescripción de servicios y/o tecnologías PBS no UPC, debe decirse que las mismas han aumentado considerablemente, lo que la Sala reconoce. Sin embargo, se siguen radicando acciones constitucionales por la falta de suministro o demora en los servicios y tecnologías PBS no UPC las cuales entre 2019 y 2020 disminuyeron en 16.2 puntos porcentuales pero entre el 2019 y 2020 y pese a no haberse emitido un dato completo en el informe de tutelas, la disminución fue de tan solo 4 puntos porcentuales; lo que sirve de indicativo en cuanto a la conducencia de las medidas implementadas por el MSPS y que si bien no demuestran por sí solas su buen o mal funcionamiento, evidencian su impacto en el acceso a los servicios de salud por estas causas.

De otro lado y en torno a las PQRD, se observó que las mismas aumentaron vertiginosamente, pues en 2018 respecto del 2017, se radicaron 519% más por motivos Mipres y en el 2020, respecto del 2019 disminuyó en un 48%. Lo que prueba que los usuarios aun encuentran barreras para acceder a los servicios que a través del aplicativo se prescriben y deben acudir a la entidad de vigilancia o a los jueces constitucionales para la garantía de su derecho fundamental, es decir, si bien las medidas han sido conducentes, sus resultados demuestran que se va a superar la problemática evidenciada al momento de emitir la orden que se analiza, pero no brindan avances significativos.

Por último, se tiene que pese a lo establecido en la norma y la jurisprudencia constitucional, servicios y/o tecnologías reconocidas como parte del PBS que no se financian con la UPC, aún no se registran en Mipres, por lo que no logran prescribirse a través de la herramienta, lo que obliga a los pacientes a acudir a la tutela para acceder su prestación. Igualmente, se reportan problemas con la codificación que se realiza de los insumos en la plataforma, pues existen códigos generales que impiden acceder de forma específica al producto que requiere el paciente, por lo que aún se evidencian temas por resolver. En consecuencia, no se observan medidas conducentes ni resultados que aseguren el acceso de los usuarios del sistema en términos de oportunidad, calidad y eficacia.

86. Referente a las capacitaciones brindadas en torno a Mipres, se observa que el MSPS implementó capacitaciones *on line* y presenciales, asimismo, una versión de prueba que puede facilitar el conocimiento y correcto uso de la plataforma entre los prescriptores y personal administrativo, las cuales y según el dicho de algunos peritos, se ha percibido a través de la disminución en la comisión de errores. Adicionalmente, se dispuso un portal *web* nutrido de información sobre la herramienta, así como la publicación de videos en el canal de *You Tube* que muestran el paso a paso en su uso.

Sin embargo, se ha verificado que aún falta generar el impacto requerido, pues se siguen reportando errores sobre los mismos temas que en años anteriores. Además, hace falta que a los programas de capacitación se agregue lo relativo al Módulo de Dispensador Proveedor y se fortalezca lo concerniente a la posología e indicación Invima; es decir, las capacitaciones pueden ser objeto de mejora.

Adicionalmente, es necesario que también se lleven a cabo capacitaciones en los lugares apartados del territorio nacional, pues la herramienta está operando en todo el país, lo que implica capacitar a quienes la manipulan en las todas las zonas. De este modo, la Sala concluye que Minsalud ha implementado diversas medidas que se muestran como conducentes en torno a este punto y que reflejan resultados que permiten demostrar que la problemática va a ser superada, sin avances significativos.

87. En lo atinente a las Juntas de Profesionales de la Salud se pudo concluir que (i) han continuado operando y, (ii) no se han conocido casos en los que las mismas cobren por la gestión que adelantan. No obstante, se continúan presentando quejas en torno a las demoras que generan tramitar solicitudes ante la junta, lo que en ocasiones, dilata la prestación del servicio requerido por el usuario y, se reporta que sin razón aparente dejaron de evaluarse en el 2019, 26.663 prescripciones; en 2020, 25.739 y hasta agosto de 2021, 19.284 y, que no fueron aprobadas en el 2019, 35.592; en el 2020, 33.211 y en el 2021, 24.397, para un total de -71.686 y 93.200. Por tal motivo, se puede concluir que el MSPS ha implementado medidas conducentes, con resultados que indican que la problemática se va a superar, pese a que los avances no son significativos.

88. Sobre el formato de contingencia se evidenció que este continúa siendo una barrera administrativa para los prescriptores y usuarios del SGSSS, ya que si bien existen algunos comentarios que dan cuenta de su correcto uso, muchos más indican que aún se generan cargas a los pacientes y que en ocasiones se emite por fuera de las directrices fijadas en la normatividad vigente, lo que afecta la prestación del servicio de salud. Por tal razón, la Sala concluye que si bien se han implementado medidas conducentes, sus resultados reflejan avances poco significativos.

89. En torno a la mesa de ayuda, se colige que la observación planteada desde el auto 92A de 2020 que buscaba que el Ministerio realizara un seguimiento técnico a la mesa de ayuda, no ha sido puesto de presente, pero se ha observado mejoría en esta. Ahora bien, en cuanto a la necesidad de que funcione en tiempo real, al parecer ello no ha ocurrido, pues a excepción de las llamadas telefónicas, todos los demás tiempos de respuesta superan las cinco horas, sin que se cuente con certeza del cumplimiento estricto de los mismos, tiempo que resulta muy alto dados los lapsos que se otorgan a una consulta médica. En consecuencia, esta Corporación considera que si bien se han materializado medidas que resultan ser conducentes y los resultados evidencian que la problemática va a ser superada, no existen avances significativos.

90. Se continúa afectando la autonomía médica de los prescriptores que manipulan Mipres, pues se mantiene la exigencia que se realiza al profesional para que tenga como primera opción los servicios y tecnologías PBS UPC y pueda, posteriormente formular aquellos denominados PBS no UPC, lo que 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 costos al sistema, pese a estar cubiertos por el PBS. Por esta misma línea fue el pronunciamiento de seis sociedades científicas consultadas, que consideraron que sí se afecta su autonomía con tal exigencia y que en ocasiones sienten temor de prescribir servicios PBS no UPC, pues podrían verse obligados a sufragarlos.

En conclusión, la autonomía de los prescriptores se continúa restringiendo tal y como lo estableció esta Corporación en el auto 92A de 2020, sin que se hayan tomado medidas por la cartera de salud para que tal represión cese, lo que deja en evidencia la ausencia de estas para avanzar en este punto. Por tal motivo, es necesario que el Ministerio modifique la plataforma y *(i)* no exija el agotamiento de un servicio y/o tecnología PBS UPC previo a formular uno PBS no UPC pues todas hacen parte del PBS; *(ii)* agregue y/o fortalezca en las capacitaciones que ofrece sobre Mipres, el tema de posología, presentación, concentración, nombre preciso y en general todo lo concerniente a los medicamentos e; *(iii)* implemente un mecanismo dialógico que permita conocer las dudas que tienen los prescriptores y resolverlas.

91. El listado Unirs según se ha dicho, reporta problemas en el procedimiento de inclusión, además resulta demorado y dispendioso para las sociedades científicas, situación que resulta atribuible al Invima, por los extensos tiempos que toma para emitir una respuesta. Por tal motivo, se considera que el MSPS ha implementado medidas que son conducentes y facilitan el proceso de postulaciones, sin embargo, sus resultados no demuestran avances significativos.

92. Respecto a la trazabilidad de Mipres, se evidenció que fue actualizada y registra el número de prescripciones emitidas a un paciente, no obstante, se dejó de dar cumplimiento a una de las órdenes del auto 92A de 2020, en cuanto a las causas por las que no se finiquita una prescripción, pues nada se dijo al respecto. De igual forma, algunos peritos voluntarios reclaman la trazabilidad que se debe dejar en cuanto al *(i)* número de intentos de prescripción que no pudieron finiquitarse y la causa, *(ii)* usuario no afiliado a la EPS, *(iii)* tecnología no existente en Mipres y, *(iv)* falta de coincidencia entre las dosis diarias que se requieren formular y el medicamento prescrito, los que la Corte encuentra como relevantes para verificar la funcionalidad de la herramienta y las causas por las que no se logra la prescripción al paciente. Por lo tanto, se concluye que la cartera de salud implementó medidas que resultaron ser en parte conducentes, pese a ello, para otra de las órdenes no se observó ninguna acción por cumplir con el mandato.

93. Por lo tanto, respecto de la prescripción y autorización de servicios PBS no UPC, la Sala considera que se tomaron medidas conducentes que facilitan el acceso al SGSSS de sus usuarios, de igual forma, se acreditaron resultados que no evidencian avances significativos. En consecuencia, se declarará el nivel de cumplimiento **medio** para este componente.

94. Sin embargo, frente al componente de prescripción y autorización de 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 pudieran ser dispensados, debe decirse que revisado el estado actual de la orden, pudo

constatarse la inexistencia de medidas creadas e implementadas por el MSPS, con la finalidad de superar la problemática estructural que dio origen al mandato emitido. Por ende, la Corte considera que el componente analizado debe calificarse como **incumplimiento general**.

95. En conclusión, de conformidad con lo expuesto anteriormente y lo establecido en el auto 411 de 2015, la Sala Especial de Seguimiento encuentra que para el mandato vigésimo tercero de la Sentencia T-760 de 2008 hay lugar a declarar dos niveles de cumplimiento, respecto del componente de prescripción y autorización de servicios y tecnologías PBS no UPC, uno **medio** e **incumplimiento general** para el de prescripción y autorización de 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 pudieran ser dispensados, tal y como lo ordenó la Corte en auto 92A de 2020.

Órdenes por impartir

96. Atendiendo a los niveles de cumplimiento definidos 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) Cumplir con lo ordenado en el literal a) del numeral segundo del auto 92A de 2020 y habilite a Mipres para que permita la prescripción y autorización de 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. Por lo tanto, se le concederá un término de **treinta días** para que remita el cronograma en el que dé a conocer la forma en que implementará lo mencionado y **seis meses** para que sea puesto en marcha.

b) Continuar brindando las capacitaciones a los prescriptores cuanto al uso de “Mi prescripción”, en las que además, deberá incluir lo correspondiente (i) al Módulo de Dispensador Proveedor e, (ii) insistir en los temas de posología e indicación Invima. Lo que, deberá ser ofrecida en todos los territorios del país.

c) Realizar las modificaciones pertinentes en la herramienta y mejorar su trazabilidad para que en ella queden registradas, además de las prescripciones, el número de intentos de prescripción que no pudieron finiquitarse y su causa.

A la Superintendencia Nacional de Salud

a) Se abstenga de utilizar las expresiones servicios y/o tecnologías “No PBS” para referirse a aquellos PBS no UPC, para en su lugar adoptar los términos establecidos desde la expedición de la Ley Estatutaria en Salud.

b) Actualice los criterios establecidos para la verificación en el cumplimiento de las obligaciones de las EPS en torno a la prescripción de servicios y/o tecnologías PBS no UPC, conforme al modelo implementado por la Ley 1751 de 2015.

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** respecto del componente de prescripción y autorización de servicios PBS no UPC 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 los autos 001 de 2017 y 92A de 2020.

Segundo. Declarar el incumplimiento general del componente de prescripción y autorización de 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 pudieran ser dispensados del mandato vigésimo tercero de la sentencia T-760 de 2008, por lo expuesto en la parte motiva de esta decisión, la sentencia estructural y los autos 001 de 2017 y 92A de 2020.

Tercero: 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 92A de 2020:

a) Dé cumplimiento a lo ordenado en el auto 92A de 2020 y así habilite a Mipres para que permita la prescripción y autorización de 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. Por lo tanto, se le concederá un término de treinta días para que remita el cronograma en el que dé a conocer la forma en que implementará lo mencionado y seis meses para que sea puesto en marcha.

b) Continúe brindando las capacitaciones a los prescriptores cuanto al uso de “Mi prescripción”, en las que además, deberá incluir lo correspondiente (i) al Módulo de Dispensador Proveedor e, (ii) insistir en los temas de posología e indicación Invima. Lo anterior, deberá ser ofrecida en todos los territorios del país.

c) Realizar las modificaciones pertinentes en la herramienta y mejorar su trazabilidad para que en ella queden registradas, además de las prescripciones, el (i) número de intentos de prescripción que no pudieron finiquitarse y su causa.

Cuarto: Ordenar a la Superintendencia Nacional de Salud que dé cumplimiento a lo establecido en el numeral veintitrés de la sentencia T-760 de 2008 y el literal a del numeral segundo del auto 92A de 2020 y:

a) Se abstenga de utilizar las expresiones servicios y/o tecnologías “No PBS” para referirse a aquellos PBS no UPC, para en su lugar adoptar los términos establecidos desde la expedición de la Ley Estatutaria en Salud.

b) Actualice los criterios establecidos para la verificación en el cumplimiento de las obligaciones de las EPS en torno a la prescripción de servicios y/o tecnologías PBS no UPC, conforme al modelo implementado por la Ley 1751 de 2015.

Quinto. 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
con salvamento de voto



ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO
Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA
Secretaria General