



## Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:

### **Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)**

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/co/>

#### Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

hacer obras derivadas

#### Bajo las condiciones siguientes:



**Atribución** — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



**No Comercial** — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

## **Los efectos del MIPRESS en el Sistema de Seguridad Social en salud en Colombia\***

Nelson Gustavo Gutiérrez Rivera\*\*

Universidad Católica de Colombia

### **Resumen**

El sistema de seguridad social en salud en Colombia ha surtido diversas transformaciones con el transcurso de los años, en principio el Estado únicamente brindaba una atención básica a los ciudadanos. Con el paso de tiempo esto fue cambiando a medida que se reconocieron los derechos del ciudadano frente al Estado. La expedición de la Constitución Política de 1991 que introduce el concepto del Estado Social de Derecho, indica que es fin esencial del mismo la prestación de servicios públicos a la mayoría de la población, por ello, el derecho a la salud se desarrolla en la Ley 100 de 1993 que crea el sistema de seguridad social integral en el país. Frente a la importancia del derecho a la salud este artículo pretende analizar los cambios que se han dado a la Ley 100 de 1993, específicamente lo contemplado en la Resolución N. 000532 de 2017 que crea la herramienta denominada “Mi prescripción” o MIPRES que corresponde a un mecanismo automatizado en el que los profesionales de salud competentes y autorizados, reportan los servicios o tecnologías que no son cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), para determinar si esto ha permitido que los usuarios accedan de forma eficaz a los servicios médicos prescritos por el médico tratante.

**Palabras Clave:** seguridad social, sistema de salud, entidades promotoras de salud, usuarios, MIPRES.

---

\* Artículo de Reflexión presentado como requisito para optar al título de Abogado de la Universidad Católica de Colombia. bajo la asesoría de la Doctora Ángela Niño Chavarro, docente de la Universidad Católica de Colombia. Sede Bogotá D.C. 2018.

\*\* Nelson Gustavo Gutiérrez Rivera. Estudiante de Derecho con materias culminadas, perteneciente a la Facultad de Derecho de la Universidad Católica de Colombia, identificado con código estudiantil N° 2109139. Correo electrónico: [nggutierrez@ucatolica.edu.co](mailto:nggutierrez@ucatolica.edu.co),

## **The effects of MIPRESS on the Social Security System in health in Colombia**

### **Abstract**

The social security system in health in Colombia has undergone several transformations over the years, in principle the State only provided basic care to citizens. With the passage of time this was changing as the rights of the citizen against the State were recognized. The issuance of the Political Constitution of 1991 that introduces the concept of the Social State of Law, indicates that the essential purpose of it is the provision of public services to the majority of the population, therefore, the right to health is developed in the Law 100 of 1993 that creates the integral social security system in the country. Faced with the importance of the right to health this article aims to analyze the changes that have been made to the Law 100 of 1993, specifically what is contemplated in Resolution No. 000532 of 2017 that creates the tool called "My prescription" or MIPRES that corresponds to an automated mechanism in which competent and authorized health professionals report the services or technologies that are not covered by the Capitation Payment Unit (UPC in Spanish), to determine if this has allowed users to access effectively the medical services prescribed by the treating physician.

**Key words:** social security, health system, health promoting entities, users, MIPRES.

### **Sumario**

**Introducción. 1. Generalidades del Sistema de Seguridad social en salud en Colombia.**

1.1 Funcionamiento del Sistema de salud de acuerdo a la Ley 100 de 1993. 1.2 Reformas al Plan Obligatorio de Salud de la Ley 100 de 1993. 1.3 Del plan obligatorio de salud al plan de beneficios. **2. Acceso a medicamentos y servicios de salud no incluidos en el Plan de beneficios mediante los Comité Técnico Científicos. 3. La implementación del sistema “Mi prescripción” o MIPRES en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Conclusiones. Referencias**

## **Introducción**

La expedición de la Constitución de 1991 consagró que Colombia es un Estado social de Derecho en el cual se deben garantizar los derechos fundamentales de todos los ciudadanos, dentro de estos los derechos sociales asistenciales a la seguridad social, esto como un influencia del denominado Estado de bienestar (López, 2010). Así entonces, respecto a la prestación del servicio público de salud se facultó a los particulares para que concurran en la prestación de estos, para efectos de eficiencia y cobertura (Echeverri, 2013). Lo anterior para permitir que la cobertura de la prestación de servicios en salud se ampliara a todo el territorio colombiano.

Así mismo, la regulación del Sistema de salud en Colombia se encuentra contenida en la Ley 100 de 1993 que establece en principio dos clases de regímenes en la prestación del servicio público de salud. El primero de estos es el régimen subsidiado que tiene por finalidad la atención de usuarios de bajos recursos los cuales no están en posibilidad de realizar aportes al sistema de salud como lo son las personas clasificadas en los niveles I o II del Sistema de Selección de Beneficiarios (en adelante Sisbén), y las poblaciones especiales prioritarias; por otra parte, el régimen contributivo que está conformado por las personas que tienen una vinculación laboral o que tienen capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias (Ministerio de Salud, 2017).

Sin embargo y como lo indican Bejarano & Hernández (2017) ante las deficiencias que ha mostrado el sistema de salud en Colombia se han implementado una serie de reformas por parte del Ministerio de Salud. Uno de ellos la activación del aplicativo denominado “Mi Prescripción o MIPRES”, que es una plataforma mediante la cual se eliminan los comités técnico científicos (CTC) quienes eran los encargados de analizar cuando era viable autorizar un servicio o insumo NO POS, ahora los médicos mediante el acceso a este sistema podrán prescribirlos sin necesidad de realizar la consulta ante el CTC.

En razón de lo anterior, para el desarrollo del presente artículo de reflexión se ha planteado la siguiente pregunta de investigación ¿La implementación de la herramienta Mi

prescripción en el sistema de salud colombiano garantiza a los usuarios el principio de la accesibilidad a los servicios de salud? Lo anterior tiene como objetivo principal determinar si la implementación de una plataforma para la formulación de servicios y medicamentos que no se encuentran dentro del plan de beneficios, ha permitido que se derriben las barreras que tienen los usuarios para la oportuna y eficiente prestación de servicios de salud.

La metodología utilizada para el desarrollo del presente artículo es de tipo análisis síntesis partiendo desde los conceptos generales del sistema de seguridad social para llegar a lo particular de la herramienta denominada Mi prescripción. Se utilizó como fuente primaria doctrina expuesta en libros y artículos de revistas indexadas.

### **1. Generalidades del Sistema de Seguridad social en salud en Colombia**

En primer lugar, debe dejarse por sentado que el sistema de seguridad social en Colombia se desarrolla a partir de lo expuesto en el artículo 48 de la Constitución Política de 1991, y fue plasmado en la Ley 100 de 1993. Como lo indica Cisneros (2010) este sistema se compone de un conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de los que puede disponer el individuo y la comunidad, para gozar de un mejor nivel de vida.

El objeto de la creación del sistema de seguridad social integral es en términos del artículo 1° de la Ley 100 de 1993 garantizar los derechos irrenunciables de las personas y permitir unas condiciones de vida digna. Este sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios (Velasco & Llano, 2016).

Ahora bien, cuando se hace referencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano (en adelante SGSSS) se alude específicamente a la forma en que el Estado organizó la prestación de servicios de salud para los habitantes del territorio colombiano.

Merlano (2013) indica que el SGSSS es central para el desarrollo social y económico del país. En este sentido puede indicarse que este sistema introdujo serios cambios al Sistema Nacional de Salud que funcionaba desde 1975 ya que enmarcó el sistema en los principios

de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad.

### **1.1 Funcionamiento del Sistema de salud de acuerdo a la Ley 100 de 1993:**

Cómo lo indico la Comisión de Regulación en Salud (2010) en su momento hasta antes de la entrada de la Ley 100 de 1993 la seguridad social en Colombia se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia, lo que trajo como consecuencia una cobertura deficiente.

Lo anterior generaba enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales, por lo que en ciertas zonas del país la prestación de servicios de salud era nula o mínima. En términos generales el sistema resultaba ineficiente por su organización institucional, los deficientes resultados observados en comparación con el gasto total del sector y por la creciente insatisfacción de los usuarios (Tafur, 1996).

El modelo de atención en salud cuenta con diversos elementos, en primer lugar un administrador que garantiza las prestaciones y asegura los riesgos contratados denominadas Empresas Promotoras de Salud (en adelante EPS), en segundo lugar, una prima de seguro que se denomina Unidad de Pago por Capacitación y que se paga a las EPS según las prestaciones que haya que garantizar y, por ultimo una serie de riesgos y prestaciones que se denomina Plan de beneficios en salud (Garzón, 2014).

De manera general debe indicarse que el modelo de aseguramiento que introduce el Estado en la Ley 100 de 1993 se fundamenta en que los usuarios se afilian a las aseguradoras mediante el régimen contributivo en el cual deben estar los empleados, trabajadores independientes con ingresos iguales y mayores a un salario mínimo y los pensionados y el régimen subsidiado para las personas de menores ingresos.

Calderón, Botero, Bolaños & Martínez (2011) explican que el SGSSS tiene como fuentes de financiamiento las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado. Así mismo en la prestación de servicios en salud se identifican las Empresas Promotoras de Salud EPS como entidades públicas y privadas que

operan como aseguradoras y administradoras y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) que son las encargadas de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan de beneficios en salud.

En consecuencia, el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 indicó que para los afiliados cotizantes del régimen contributivo, el contenido del Plan de beneficios sería definido por Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluiría una serie de servicios e insumos.

Para los beneficiarios dicho plan de beneficios o lo que antes se denominaba el Plan Obligatorio de Salud es similar al del cotizante, pero será necesario que el usuario realice pagos de cuotas moderadoras de acuerdo al servicio requerido, por último, se indica que para los afiliados del régimen subsidiado se crearía un plan para que los beneficiarios de dicho régimen alcanzaran el cubrimiento que en su momento presentaba el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2001 (Ministerio de Salud, 2018).

Es claro entonces, que la Ley 100 de 1993 realiza una profunda transformación al monopolio de la prestación en servicios de salud por parte del Estado, y trae una nueva idea de libre mercado para que particulares concurren en la prestación de dichos servicios, basados en fórmulas que la mayor competencia lleva a la reducción de los precios y beneficios agregados para el demandante (Hernández, 2016)

## **1.2 Reformas al Plan Obligatorio de Salud de la Ley 100 de 1993:**

Desde la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 varios son los cuestionamientos que han surgido alrededor de la efectividad del modelo impuesto por ésta para la prestación de servicios en salud para los afiliados del sistema. De modo que, si bien cierto que la cobertura en materia de salud ha aumentado el acceso, la calidad y la sostenibilidad del sistema son deficientes (Bejarano & Hernández, 2017).

### **1.2.1 Ley 1122 de 2007:**

Los problemas que ha presentado el SGSSS en Colombia han llevado a que en varias ocasiones se reformen las disposiciones iniciales sobre el SGSSS consagradas en la Ley

100 de 1993. Una de las más importantes reformas de esta ley se produce con la expedición de la Ley 1122 de 2007 cuyo objeto fue realizar modificaciones al SGSSS teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

En ese sentido la Ley 1122 de 2007 dispone la unificación del Plan de beneficios en salud entre los regímenes subsidiado y contributivo y además de esto crea la Comisión de Regulación en Salud (en adelante CRES) como unidad administrativa especial que tuvo funciones de definición y modificación del Plan de beneficios en salud, los listados de medicamentos del mismo, la definición de la UPC, entre otras que se encuentran en el artículo 7 de dicha ley.

Al respecto, Restrepo (2007) indica que lo que cambió en esencia del SGSSS con la entrada en vigencia de esta nueva ley fue en primer lugar la institucionalidad en cuanto a la entrada de las CRES, así mismo se crea un sistema de inspección, vigilancia y control, con la adopción de una nueva jurisdicción en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud. Lo anterior con la finalidad de mejorar la prestación de servicios de salud para los usuarios del sistema.

Puede identificarse que las modificaciones dispuestas por esta ley no introducen cambios estructurales en el SGSSS, sin embargo, adecuan cuestiones de funcionamiento en cuanto crea nuevas instituciones que permitirán la revisión de temas específicos y se realice un control efectivo a las EPS, la calidad y a la oportunidad de la prestación de servicios de salud que estas ofrecen.

Otro de los cambios relevantes introducidos por la Ley 1127 de 2007 fue las modificaciones al Régimen Subsidiado en Salud, en el artículo 12, cambió el nombre de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) por el de EPS del Régimen Subsidiado (EPS-S); y el Art. 14 estableció el subsidio pleno para las personas pertenecientes a los niveles I y II del SISBEN y eliminó los copagos o cuotas moderadoras para los niveles I del SISBEN (Muñoz, 2011).

### **1.2.2 Ley 1438 de 2011:**

Esta ley busca solucionar las dificultades que se seguían presentando en el SGSSS y las múltiples quejas de los usuarios por la demora en los servicios y negación de los mismos. El objeto de esta ley descrito en el artículo 1º fue buscar el fortalecimiento del SGSSS, a través de un modelo de prestación del servicio público orientado al mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable. Además de esto se materializa el principio de universalidad previendo la posibilidad de portabilidad de los usuarios en el territorio nacional.

Cómo lo indican Ortiz & Romero (2013) los cambios que se generaron por esta ley no hacen referencia en ningún modo a la financiación del sistema, únicamente se limitó a desarrollar los mecanismos de asignación de recursos, la relación entre aseguradores y prestadores, y la creación del Fondo de Salvamento de Entidades Territoriales (FONSAET).

Además de lo anterior ante la necesidad de actualizar el Plan de beneficios en salud se indica que el mismo debe reconstruirse antes de finalizar el año 2011 y, a partir de esa fecha, cada dos años se deberá realizar el proceso de actualización con base en las necesidades, estudios y adelantos científicos y tecnológicos, con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios, además refuerza las herramientas de la Superintendencia de salud para que realice la inspección, vigilancia y control de las EPS e IPS (Alarcón & Rojas, 2017).

Así entonces, esta descripción de la reforma propuesta en esta ley cabe resaltar que no se tocaron temas estructurales ni esenciales para garantizar el acceso afectivo a servicios de salud y mejorar la calidad de los mismos. De modo entonces que no se avanzó en el derecho a la salud ni en el acceso, ni en la equidad global. Aunque se procedieron a tocar temas importantes, no se logra aun con lo dispuesto en esta ley un cambio sustancial del modelo de salud propuesto en la Ley 100 de 1993 (Franco, 2012).

### **1.3 Del plan obligatorio de salud al plan de beneficios:**

El plan obligatorio de salud (POS) entra a regir con la expedición de la Ley 100 de 1993, y contenía una enumeración de servicios médicos y medicamentos que se basó en un listado de Medicamentos de la Organización Mundial de la Salud (Gideion, Panopoulou & Gómez, 2009). Dicha lista no fue modificada por varios años, lo que generó que muchas de las patologías que presentaban los ciudadanos colombianos no tuvieran el tratamiento adecuado.

Debido a lo anterior, la Corte Constitucional velando por el derecho a la salud de los colombianos decide ordenar al gobierno colombiano mediante la sentencia T-760 de 2008, la respectiva actualización del POS cada dos años, y adicionalmente le ordenó igualar las prestaciones incluidas en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado (Uprimny & Durán, 2014). En esta sentencia se expresó lo siguiente:

La realización de cambios puntuales en el POS, si bien es una medida que puede contribuir eventualmente a mejorar la cobertura o la prestación de los servicios de salud dentro del SGSSS, no se corresponde con una actualización, tal y como lo ordena la ley. La actualización supone, más allá de ajustes puntuales, una revisión sistemática del POS conforme a (i) los cambios en la estructura demográfica, (ii) el perfil epidemiológico nacional, (iii) la tecnología apropiada disponible en el país y (iv) las condiciones financieras del sistema. Se puede inferir que ha transcurrido un lapso razonable para verificar la necesidad de adaptar el POS a las nuevas condiciones en salud que se presentan en el país, según lo establecido en la ley. Esta actualización puede comprender un enfoque distinto al del POS vigente, según lo determine el órgano competente para ello, por ejemplo, a partir de patologías (Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008).

Lo anterior, abrió paso para que se analizara de manera estructural el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia. Posteriormente la Corte Constitucional y los jueces de tutela mediante sus sentencias comienzan a darle un giro a las prestaciones del

Plan Obligatorio de salud, teniendo en cuenta que la salud de los ciudadanos debe primar en cualquier caso (Hernández, 2016).

Debe tenerse en cuenta que la Corte Constitucional resaltó en primer momento la protección del derecho a la salud por medio la acción de tutela cuando se presentó conexidad entre el derecho a la salud y un derecho fundamental. Sin embargo, y en razón de la situación y las dificultades que ha exhibido el modelo de seguridad social en salud en Colombia, en el año 2007 se emite un pronunciamiento fundamental en la revisión de la acción de tutela T-016 de 2007 que hace referencia a que este derecho debe ser considerado como un derecho fundamental autónomo (Vélez, 2005).

En razón de lo anterior, el legislador colombiano expide la Ley Estatutaria 1751 de 2015 cuyo artículo primero hace referencia de manera expresa a “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. Así entonces puede deducirse al respecto de lo que ha expresado la Corte Constitucional y el mismo legislador colombiano a que en la actualidad el derecho a la salud tiene una connotación de derecho fundamental autónomo.

Esta Ley, elimina la figura del POS en Colombia a través de una lista explícita y detallada, y establece que el Plan de Beneficios en Salud incluye todas las tecnologías disponibles, excepto aquellas que cumplan con los criterios de exclusión. Así mismo se expresa en esta norma que se debe realizar un análisis de los Plan de Beneficios en Salud de otros países, para desde experiencias internacionales realizar un comparación de las inclusiones y exclusiones que se tienen en el país (Vaca, 2015).

## **2. Acceso a medicamentos y servicios de salud no incluidos en el Plan de beneficios mediante los Comité Técnico Científicos.**

Con el objetivo de garantizar que los afiliados al SGSSS puedan acceder en caso de requerirlo a la prestación de los servicios, tecnologías y entrega de medicamentos e insumos NO incluidos en su momento en el Plan de beneficios en salud, se dispuso la creación de los Comité Técnico Científicos (en adelante CTC). La integración de dichos

comités fue regulada en varias ocasiones mediante resoluciones del Ministerio de Salud y posteriormente el legislador mediante la Ley 5395 de 2013, indico que los mismos debían ser “conformados por un (1) representante de la entidad administradora de planes de beneficios, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud -IPS de su red y un representante de los usuarios.

Dichos CTC tenían la función de estudiar la petición de los usuarios de acceso a tecnologías, servicios y medicamentos que se encontraban por fuera del plan de beneficios incluidos en el SGSSS. Cómo lo indica Torregroza (2018) el CTC es una instancia de decisión en la cual se evalúan solicitudes de medicamentos, procedimientos y elementos no contemplados en el Plan de beneficios en Salud, esta instancia deberá evaluar, aprobar o desaprobar la solicitud, justificar su decisión y llevar un registro de las solicitudes negadas y aprobadas. Una vez el servicio o medicamento no incluido en el plan de beneficios en salud sea aprobada por el Comité técnico científico u ordenada por fallo de tutela, la EPS debe garantizar el suministro efectivo de dicha tecnología al paciente.

Precisamente, frente al problema que se evidenciaba frente al acceso de los usuarios a servicios y medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios en salud, la Corte Constitucional mediante sentencia T-760 de 2008 se refiere expresamente a los recobros que tienen facultad de realizar las EPS ante las entidades estatales cuando deban prestar dichos servicios:

Considerando que cuando una persona requiere un servicio de salud que no se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Servicios, y carece de recursos para cubrir el costo del mismo que le corresponda asumir, las entidades encargadas de asegurar la prestación del servicio (EPS) deben cumplir con su responsabilidad y, en consecuencia, asegurar el acceso a éste. No obstante, es el Estado quien ha de asumir el costo del servicio, por cuanto le corresponde la obligación de garantizar el goce efectivo del derecho. En tal sentido, la jurisprudencia constitucional y la regulación han reconocido a la entidad aseguradora el derecho de repetir contra el Estado, a través del FOSYGA. El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el

POS depende entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros (Corte Constitucional, Sentencia T-760, 2008).

Referente a lo expresado por la Corte Constitucional debe tenerse en cuenta que las EPS funcionan a través de la llamada unidad de pago por capitación conocida como UPC. Así les prestan a sus afiliados los servicios que se encuentren incluidos en el plan de beneficios, sin embargo la situación se complicaba al momento que el usuario requería servicios o medicamentos que no se encontraban dentro del Plan de beneficios en salud, pues se evidenciaba una falta de financiación que afectaba de manera grave el sistema de salud, por lo anterior la Corte Constitucional dispuso que las EPS prestaran estos servicios a los pacientes y de manera posterior se hiciera un recobro al Fondo de Solidaridad y Garantías (en adelante FOSYGA) que hoy en día se llama Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES).

De esa manera lo aprobado en los CTC en cuanto a tecnologías, servicios y medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios en salud, será posteriormente recobrado por las EPS al Estado, siendo este quienes deberían financiar los costos de la prestación de estos servicios.

Así entonces, para acceder a la prestación de servicios por condiciones particulares, y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la EPS con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos días calendario desde la solicitud del concepto (Barona, 2011).

Cabe resaltar que la creación de los CTC abrió la posibilidad a muchos usuarios del SGSSS de acceder a ciertos tipos de medicamentos y servicios que se encontraban fuera del Plan de beneficios en salud. Sin embargo, esta situación fue generando un incremento de gasto público excesivo teniendo en cuenta la demanda creciente de estos tipos de servicios y tecnologías.

Debe evidenciarse que cuando el Ministerio decidió reglamentar la prestación de servicios, medicamentos e insumos en el plan de beneficios, lo hizo con el fin de permitir que los

servicios que se prestara que no se encontraran dentro del mismo, pudieran ser recobrados ante el FOSYGA, no obstante ante las demoras en el pago por parte del FOSYGA hoy ADRES las EPS empezaron a destinar los recursos de la UPC para financiar los servicios e insumos NO incluidos en el plan de beneficios en salud (Vaca, 2015). Esto poco a poco condujo a que se desfinanciara la prestación del Plan de beneficios en salud, ya que las sumas que el FOSYGA hoy ADRES adeudaba a las EPS y que estas financiaban “desfinanciando” el Plan de beneficios en salud dejaban sin pago a clínicas y hospitales. A esto hay que agregar que el tiempo de reembolso era de más de 9 meses, con un nivel de glosa del 50%, lo que ocasionó una crisis financiera por falta de liquidez en las EPS, que afectó a las IPS (Gianella, 2011).

Posteriormente entre el año 2012 y el año 2016 el Ministerio de Salud volvió a cambiar la regulación mediante algunas resoluciones, pero tampoco logró cumplir con lo solicitado por la Corte Constitucional, de esta manera, en el año 2016 en el auto 071 le ordena de manera definitiva al gobierno nacional en un plazo de tres meses a dar solución al problema de la financiación de las tecnologías, servicios e insumos NO incluidos en el Plan de beneficios en Salud.

A raíz de ese auto, el Ministerio de salud expide la resolución 3951 en agosto del 2016 donde se implementa el MIPRES. Cómo lo indica Silva (2017) finalmente en diciembre del año 2016 el Ministerio de salud y protección social hizo la implementación total en el régimen contributivo de una nueva plataforma conocida como MIPRES que hace alusión a “Mi prescripción” y cuyo establecimiento tenía como principal objetivo otorgar a profesionales de la salud la facilidad de poder formular dispositivos, procedimientos y medicamentos que no estuvieran incluidos en el plan de beneficios. Dicha herramienta será estudiada a profundidad a continuación.

### **3. La implementación del sistema “Mi prescripción” o MIPRES en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia.**

La herramienta denominada “Mi Prescripción” (en adelante MIPRES) se creó con el fin de permitir a los usuarios un fácil acceso a tecnologías, servicios y medicamentos que no se

encuentran en el Plan de Beneficios en Salud y de esta manera minimizar los tramites a los cuales se veían sometidos con el fin de solicitar esta clase de servicios ante las EPS.

Cómo lo indica Alarcón & Rojas (2017) el funcionamiento de la herramienta MIPRES contempla la inscripción del 100% de profesionales del área de la salud y por medio de la misma se entregará la formula con la prescripción médica de los usuarios, dicha fórmula ya no requiere el trámite de autorización por parte de la EPS y con la misma los usuarios podrán solicitar sus medicamentos, procedimientos y tecnologías requeridas.

A continuación, se muestra la figura 1 que describe la forma en la cual funciona la herramienta MIPRES.

**Figura 1. Funcionamiento del aplicativo MIPRES**



Fuente. Ministerio de Salud (2018)

El MIPRES obliga a las entidades promotoras de salud, EPS, entregar los requerimientos bien sea de medicamentos, procedimientos o dispositivos en un término de cinco días.

Es así como la resolución 532 de 2017 expedida por el Ministerio de salud ha sido sujeto de varias críticas que explican que el MIPRES no cumple con uno de sus fundamentos de creación que es la eliminación de barreras en la oferta de medicamentos y tratamientos para así devolver a los médicos su autonomía para tomar decisiones, ya que si bien se prescribe el servicio o su medicamento en la asignación de citas para la realización del mismo, la EPS puede tardarse, por lo que no se concretaría el acceso a los servicios y medicamentos señalados en el plan de beneficios.

Al respecto Donadio (2017) afirma que el MIPRES tiene una función restrictiva ya que “según el artículo 15 de la ley estatutaria 1751 de 2015 el sistema de salud se rige por un principio de integralidad que comporta que todos los servicios de salud que requiera un ciudadano” (p.2).

Esto comporta un radical cambio con el modelo que creó la ley 100 de 1991, en donde inicialmente se definió la existencia de régimen en el que un plan de beneficios de salud enlistaba los servicios que se prestaban a los usuarios entendiéndose que los demás estaban excluidos (*art 162 ley 100 de 1993*). Con la ley estatutaria 1751 de 2015, el modelo cambió a un sistema exclusivo en donde todo está incluido, excepto procedimientos que tengan fines estéticos, o que se consideren procedimientos experimentales, ilegales o deban ser prestados en el exterior.

De esta manera se expidió la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016, en la cual se define el plan de beneficios de salud que mantuvo un listado de servicios, del cual fueron excluidos ochenta y tres *medicamentos y más de doscientos procedimientos*, cuya autorización se debe entonces tramitar por el MIPRES (Silva, 2017).

Debido a esta situación el médico de igual manera está sometido a ciertos criterios para poder recetar ciertos medicamentos y/o procedimientos y el plan obligatorio de salud se ve remplazado por el plan de beneficios de salud en donde hay ciertas inconsistencias, “por

ejemplo el medicamento HUMIRA (adalumimab), se incluye si el usuario sufre de “artritis reumatoidea”, pero no se brinda si lo que padece es “enfermedad de Chron” (Donadio, 2017, p.1).

Para finalizar es necesario resaltar que si bien el aplicativo MIPRES facilita a los usuarios la prescripción de servicios de salud y medicamentos no incluidos en el plan de beneficios, este no garantiza que el mismo se realice por las instituciones en un tiempo adecuado y determinado, ya que existe un problema de cobertura complejo en las entidades adscritas a las redes de prestación de servicios de salud de las entidades promotoras de salud que ha venido empeorando por las sumas adeudas por servicios prestados (Silva, 2017).

### **Conclusiones**

La importancia de los derechos fundamentales que están íntimamente relacionados con los derechos humanos es la responsabilidad que adquieren las instituciones estatales para garantizar estos derechos a los ciudadanos, por medio de políticas de implementación que se encuentran como mandatos desde el texto constitucional.

El “MIPRES” es una herramienta diseñada para facilitar la prescripción de los servicios de salud aun cuando estos no se encuentren incluidos en el plan de beneficios que brinda el sistema de seguridad social en salud en Colombia y por lo tanto no se encuentran financiadas con recursos de la UPC, sino que deberán ser recobradas por la EPS al ADRES. Esto se realiza mediante un aplicativo, en el que los médicos tratantes prescriben el servicio o medicamento que requiere el paciente para que sea entregado por su EPS.

Ahora bien, es necesario indicar que la implementación de la herramienta Mi prescripción o MIPRES en el sistema de salud colombiano hasta el momento no ha sido garantía para los usuarios del principio de accesibilidad a los servicios de salud, ya que si bien la orden para la prestación del servicio médico se genera de manera inmediata, la cita de la misma no se concreta de manera efectiva, por lo que no se ha solucionado el problema de accesibilidad que tienen los usuarios del sistema de salud en Colombia.

Esta herramienta no ha generado los resultados esperados en cuanto a la efectividad y la oportunidad en la prestación de los servicios requeridos por los usuarios de las Entidades Promotoras de Salud, lo anterior se debe a que la dificultad de los usuarios para la prestación de servicios de salud o entrega de medicamentos que están por fuera del plan de beneficios no es la prescripción en sí misma; los retrasos y barreras que encuentran están directamente relacionados con las citas en las que se concreta la prestación del servicio.

Así entonces, las barreras que presentaban los usuarios para acceder de manera efectiva y oportuna a los servicios de salud hasta la fecha no se ha eliminado; ya que si bien la entrega de la orden médica para la prestación del servicio requerido se obtiene de manera inmediata, las Instituciones Prestadoras de Salud no son efectivas al momento de asignar la cita para la prestación del servicio.

En este punto es importante que la Superintendencia de Salud revise con detenimiento la red de prestadores con la que cuenta cada una de las Entidades Promotoras de salud y más allá de esto constate cuales de estas están prestando efectivamente servicios a los usuarios adscritos a estas. De igual manera se deben poner límites reales a los tiempos de acceso a servicios de salud, y monitorear de manera rigurosa los mismos.

### **Referencias**

Alarcón, A., & Rojas, E. (2017). MIPRES y su implementación en el sistema de salud en Colombia (tesis de especialización en gerencia de instituciones de seguridad social en salud). Universidad santo tomás división de ciencias económicas y administrativas: Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10398/Alarc%C3%B3nangye2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Barona, R. (2011). Revisión a la reforma en salud: Ley 1438 de 2011. Laboralito, 18(1).  
Recuperado de

<http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/2011/1/Bajas%20RML%20Mayo%20-%20Septiembre/LABORALITO.pdf>

Bejarano, J., & Hernández, D. (2017). Fallas del mercado de salud colombiano. *Revista De La Facultad De Medicina*, 65(1), 107-113. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n1/0120-0011-rfmun-65-01-00107.pdf>

Calderón, C., Botero, J., Bolaños, J., & Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828. Recuperado de [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v16n6/20.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n6/20.pdf)

Cisneros, F. (2010). Sistema de seguridad social integral en Colombia (Tesis de Pregrado). Universidad del Cauca. Facultad de Ciencias de la Salud. Recuperado de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/SistemaSeguridadSocialColombia.pdf>

Comisión de Regulación en Salud. (2010). Evolución del sistema general de seguridad social en salud y recomendaciones para su mejoramiento. Bogotá. Recuperado de [http://www.informatica.net/FMC\\_CMCB/CorteConstitucionalSegST760/CRESinformeCongreso03jun09a31may10](http://www.informatica.net/FMC_CMCB/CorteConstitucionalSegST760/CRESinformeCongreso03jun09a31may10).

Donadio, A. (2017). El MIPRES no es Cómo lo pintan. *Unidad Investigativa*. Recuperado de <http://blogs.elespectador.com/actualidad/unidad-investigativa/mipres-no-lo-pintan>

Echeverri, Á. (2013). La noción del servicio público y el estado social de derecho. El caso colombiano. *Novum Jus: Revista Especializada En Sociología Jurídica Y Política*,

- 7(2), 111-127. Recuperado de [http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas\\_ucatolica/index.php/Juridica/article/view/658/676](http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/Juridica/article/view/658/676)
- Franco, Á. (2012). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14, 865-877. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/viewFile/27735/41960>
- Garzón, T. (2014). El Plan Obligatorio de Salud en Colombia y su rol en el cumplimiento del Principio de Integralidad en Salud para las personas que padecen VIH (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia Facultad de Derecho y Ciencias Políticas: Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/11853/1/tarycuyanagarzonlandinez.2014.pdf>
- Gianella, C. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*, 53(5), 369-369. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000500003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000500003&script=sci_arttext&tlng=en)
- Gideion, U., Panopoulou, G., & Gómez, S. (2009). Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México. CEPAL. Serie: financiamiento del desarrollo, serie 219. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5201-disenio-ajuste-planes-explicitos-beneficios-caso-colombia-mexico>
- Hernández, A. M. (2016). El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993): entre modelo de sostenimiento económico y la defensa constitucional del derecho fundamental a la salud. Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia. Facultad de Derecho. Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/13734>

- López Oliva, J. (2010). La Constitución De Weimar Y Los Derechos Sociales: La influencia en el contexto constitucional y legal colombiano a la luz de los derechos sociales asistenciales a la seguridad social en salud. *Novum Jus: Revista Especializada En Sociología Jurídica Y Política*, 4(1), 167-180. Recuperado de [https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas\\_ucatolica/index.php/Juridica/article/view/705/721](https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/Juridica/article/view/705/721)
- Merlano, C. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencia Y Políticas De Salud*, 12(24), 78 - 86. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a05.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). Sistema de Seguridad Social en Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Contenidos/aseguramiento-salud.aspx>
- Ministerio de Salud. (2018). Mipres. [Minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co). Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx#btn\\_controlalo](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx#btn_controlalo)
- Ortiz, E., & Romero, W. (2013). Visión y análisis de las propuestas de reforma al sistema general de seguridad social en salud en Colombia, vigencia 2012-2013 (Tesis de Maestría). Colegio Mayor Nuestra Señora Del Rosario Facultad de Administración Maestría en Administración en Salud. Bogotá: Colombia. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4677/73148278-2013.pdf>.
- Restrepo, J. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122?. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 82-89. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2007000100011&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100011&lng=en&tlng=es).

- Silva, L. (2017). Análisis de la implementación del sistema MIPRES para la dispensación de medicamentos no POS (Tesis de Pregrado). Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada. Recuperado de [repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/.../SilvaBenavidesLeydyJohana2017.pdf](http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/.../SilvaBenavidesLeydyJohana2017.pdf)
- Tafur, L. A. (1996). El sistema de salud de Colombia después de la Ley 100. *Colombia Médica*, 27(1), 44-47. Recuperado de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/download/16/11>
- Torregroza, Z. (2018). Recobros en el sistema de salud de Colombia (Especialización en gerencia de instituciones de seguridad social en salud). Universidad Santo Tomas. Facultad De Economía: Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10399/Torregrozazoraida2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Uprimny, R., & Durán, J. (2014). Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia. CEPAL. Serie Políticas Sociales, Serie 197. Recuperado de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36758-equidad-proteccion-judicial-derecho-la-salud-colombia>
- Vaca, C. (2015). El Plan De Beneficios De Colombia ¿Qué Lecciones Nos Deja? Bogotá: División de Protección Social y Salud Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7293/Breve-8-El-plan-de-beneficios-de-Colombia-Que-lecciones-nos-deja.pdf?sequence=1>
- Velasco Cano, N., & Llano, J. (2017). Derechos fundamentales: un debate desde la argumentación jurídica, el garantismo y el comunitarismo. *Novum Jus: Revista Especializada En Sociología Jurídica Y Política*, 10(2), 35-55. Recuperado de

[https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas\\_ucatolica/index.php/Juridica/article/view/1317/1250](https://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/Juridica/article/view/1317/1250)

Vélez, A. (2005). La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud y un proceso alternativo para acceder a servicios de salud? *Colombia Médica*, 36 (3), 199-208. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/283/28336311/>

### **Normas**

Congreso de la Republica de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de febrero 16. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015.

Ministerio de Salud. (2016). Resolución 3951 de agosto 31. “Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones”. Sistema de Seguridad Social en Salud. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203951%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%203951%20de%202016.pdf)

Ministerio de Salud. (2017). Resolución 532 de febrero 28. Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016, modificada por la Resolución 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones. Recuperado de [https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20Nro.00532%20de%202017.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20Nro.00532%20de%202017.pdf)

### **Jurisprudencia**

Corte Constitucional de Colombia. (2007). Sentencia T-016 de enero 22. M.P Humberto Sierra Porto.

Corte Constitucional de Colombia. (2008). Sentencia T-760 de julio 31. M.P Manuel José Cepeda Espinosa.

Corte Constitucional de Colombia. (2016). Auto 071 de febrero 19. Seguimiento al cumplimiento de la orden vigésima séptima de la sentencia T-760/08. M.P Jorge Iván Palacio Palacio.