

Implementación del sistema MIPRES y la eliminación del Comité Técnico Científico.

MATEO FELIPE LÓPEZ RIVERA

Artículo presentado como requisito de grado para optar al título de Abogado

Asesor

LUIS CARLOS MARTINEZ MESA

Abogado; Especialista en Derecho Administrativo y Filósofo

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS
FACULTAD DE DERECHO
MEDELLÍN**

2017

Implementación del sistema MIPRES y la eliminación del Comité Técnico Científico.

Resumen

El sistema de seguridad social en salud, es un sistema medianamente joven, dado que fue introducido en nuestro ordenamiento jurídico con la ley 100 de 1993, la cual comenzó a regir a partir del primero de abril de 1994. En esta ley se trajeron dos grandes regímenes, por un lado, se encuentra el régimen subsidiado, el cual está diseñado para personas que no tienen la capacidad efectiva de pago, pero aun así no estarán exentos de contribuir con este sistema; por otra parte, encontramos el régimen contributivo, el cual necesita un aporte más alto por parte de sus afiliados, pero cabe aclarar que no toda persona que se encuentre en el régimen contributivo estará en calidad de cotizante.

El régimen contributivo, en su estructura básica, sufrió a través de los años una serie de dificultades, como lo eran, el acceso de los usuarios al sistema de seguridad social en salud, traslado de personas entre diferentes Entidades Promotoras de Salud, y la obtención de medicamentos que en muchas ocasiones hacían parte de un tratamiento vital para un paciente. (Ortiz, 2015)

Así las cosas, se comenzó a reformar varios aspectos de este sistema, uno de los cambios significativos, lo trajo la ley estatutaria 1751 de 2015, la cual menciona la necesidad de crear nuevos mecanismos para la prescripción y entrega de tecnologías y servicios no cubiertos hasta el momento en el Plan Obligatorio de Salud, a partir de ese momento se comenzó a dejar sin aplicabilidad gran parte del texto original de la ley 100 de 1993, pero el mayor paso en el cambio del sistema se llevó a cabo con la el denominado aplicativo MIPRES, introducido en el año 2016 por la resolución 3951, en un principio esto parece un cambio positivo, pero a futuro

¹ Este artículo de práctica se realiza como trabajo de grado para aspirar al título de Abogado en la Universidad Pontificia Bolivariana. Es el producto de la práctica realizada en Promotora Medica las Américas, y se realizó con la asesoría de Luis Carlos Martínez Mesa, email: mateo230391@gmail.com

se pronostican una serie de problemas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Palabras clave: Resoluciones, régimen subsidiado, régimen contributivo, MIPRES, acción de tutela, derecho fundamental, sistema general de seguridad social en salud, comités técnico científico, plan obligatorio de salud, comité técnico científico juntas profesionales de la salud.

Abstract:

The social security health system is a moderately young system, given that it was introduced in our legal system with the law 100 of 1993, which began to apply as of April 1, 1994. In this law, two important regimes were brought: on the one hand, the subsidized regime, which is designed for people who do not have the effective capacity to pay, but even so they will not be exempt from contributing with this system; on the other hand, we find the contributory regime, which needs a higher contribution from its affiliates, but it should be clarified that not everyone who is in the contributory regime will be a contributor.

The contributory regime, in its basic structure, suffered a series of difficulties through the years, as they were: the access of users to the social security system in health, the transfer of people between different Health Promoting Entities, and the obtaining of medicines that in many occasions were part of a vital treatment for a patient. (Ortiz, 2015)

Thus, several aspects of this system began to be reformed, one of the significant changes, and that left much of the original text of Law 100 of 1993 without applicability, was the so-called MIPRES system, introduced in 2016 by the Resolution 3951, which at first this seems to be a positive change, but in the future a series of problems are forecast to happen. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Key words: Resolutions, subsidized regime, contributory regime, MIPRES, guardianship action, fundamental right, general system of social security in health, scientific-technical committees, obligatory health plan, technical-scientific committee, professional health boards.

INTRODUCCIÓN.

Desde la creación del sistema general de seguridad social, se ha logrado visualizar una serie de problemas en su ámbito estructural y económico, estas dificultades no son ajenas a las de otros estados con un nivel cultural mayor que el colombiano, lo que demuestra que las deficiencias en los sistemas de salud están presentes en la mayoría de ordenamientos jurídicos.

En efecto, producto de los problemas del sistema, se produjo una respuesta por parte de la ciudadanía para poder obtener una defensa eficaz de su derecho a la salud, y esto se hizo por medio del mecanismo de la acción de tutela, el cual fue introducido en la Constitución Política de Colombia de 1991, en su artículo 86, (Asamblea Nacional Constituyente, 1991, Art. 86). La acción de tutela tenía como principio básico defender los derechos fundamentales de las personas al momento que fuesen vulnerados o amenazados, siempre y cuando no hubiese otro mecanismo idóneo para su defensa.

En principio, la acción de tutela no funcionaba de manera directa para defender el derecho a la salud, pues en la década de los 90, este derecho no había obtenido un gran desarrollo legislativo ni jurisprudencial, por lo cual, era considerado como un derecho de segunda categoría que solo podía ser defendido aludiendo la conexidad que tenía con el derecho fundamental a la vida.

Con el tiempo, la corte constitucional comenzó a evidenciar que el derecho a la salud tenía los elementos facticos necesarios para poder ser incorporado a nuestro ordenamiento jurídico como un derecho fundamental, es por estos motivos que el congreso decidió en el año 2015 expedir la ley estatutaria 1751; (Congreso de la república, 2015). Esto fue el punto de partida para asumir nuevas posiciones frente a las perspectivas que tradicionalmente trajo consigo la ley 100 de 1993, sobre todo en cuanto al Plan Obligatorio de Salud, mejor conocido como P.O.S

El Plan Obligatorio de Salud consagrado en el artículo 162 de la ley 100 de 1993, determinaba el plan básico de atención en salud y prestaciones económicas

a las que tenían derecho los afiliados del régimen contributivo, ahora bien, en cuanto el suministro de medicamentos por parte de las Entidades Promotoras de Salud a un paciente, era necesario que el medicamento prescrito se encontrara en una lista taxativa del Plan Obligatorio de Salud, por lo general las medicinas de esta lista no implicaban un alto costo para las Entidades Promotoras de Salud, pero con este sistema, era de esperarse, que cuando el médico tratante prescribiera un medicamento de alto costo y se estaba por fuera de lo determinado en el Plan Obligatorio de Salud, los pacientes tendrían solamente dos caminos, el primero era someterse a un procedimiento engorroso denominado CTC o Comité Técnico Científico, allí un grupo de personas determinaban la viabilidad de que la Entidad Promotora de Salud asumiera el costo del medicamento y así poder entregar la medicina al paciente. El segundo camino que le quedaba al usuario era asumir el costo total de su tratamiento médico.

En relación con lo anterior, el aparato judicial se abarrotó de acciones de tutela, donde se alegaba necesitar de manera urgente e inmediata el tratamiento prescrito, porque de lo contrario estaría en grave peligro el derecho fundamental a la vida, la respuesta fue implementar una nueva lista de medicamentos, más incluyentes y actualizados a las necesidades reales de los pacientes, y darle autonomía de prescripción de medicamentos a los profesionales de la salud, a partir de allí se construiría el camino para la implementación del sistema MIPRES.

1. REGIMEN CONTRIBUTIVO Y EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS

1.1 Estructura y funcionamiento del P.O.S

El artículo 162 de la ley 100 de 1993 describe al Plan obligatorio de Salud de la siguiente manera

Artículo. 162.- Plan de salud obligatorio. Artículo declarado **CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE** por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-663 de 1996. El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plano obligatorio de salud para todos

habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. (Congreso de la República, 1993)

Podemos dar cuenta que este sistema otorga la posibilidad a todo habitante en el territorio nacional de ingresar a un plan de salud, asimismo se fomenta la protección a la salud en tres etapas, las cuales son.

I. Prevención: esta etapa puede contener planes de salud pública, como vacunación, talleres, conferencias y divulgación de información sobre el cuidado de la salud.

II. Diagnóstico y tratamiento: a manera de exámenes clínicos y medicamentos adecuados para tratar la enfermedad diagnosticada.

III. Rehabilitación: a modo de terapias físicas y psicológicas y cuidados paliativos en caso de ser necesario.

En igual sentido la norma también comprendió la exclusiva protección que poseen las mujeres en estado de embarazo, y en el último apartado reconoce que no todas las enfermedades poseen un mismo grado de tratamiento.

1.1.1 Sistema de Financiación Régimen Contributivo.

1.1.1.1 Unidad de Pago por Capitación-(UPC)

Es un valor, que se reconoce por cada uno de los afiliados, destinado a cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud, este coste se reconoce con una periodicidad anual. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

1.1.1.2 Pago por Evento.

El pago equivale a un porcentaje del costo de procedimientos, intervenciones, insumos, medicamentos prestados o suministrados durante una

estancia hospitalaria, las tarifas son pactadas de manera anticipada, no aplica esta forma de financiación para las intervenciones básicas. (Procuraduría General de la Nación, pág. 15)

1.1.1.3 Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.

La finalidad de esta subcuenta, es cuidar de la integridad y oportunidad del recaudo de los recursos que deben aportar los actores del sistema con destino al Régimen Subsidiado, pero también esta subcuenta tiene como función nutrir los cobros realizados por las Entidades Promotoras de Salud por concepto de medicamentos No POS y fallos de Tutela, lo anterior con el objetivo de que este tipo de recursos públicos sean para financiar el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES], s.f.)

1.1.2 Preexistencias.

Se entiende preexistencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como la presencia de patologías al momento del ingreso al régimen contributivo, sea en calidad de cotizante o en calidad de beneficiario.

Este es uno de los puntos positivos que fueron traídos con la ley 100 de 1993 en el artículo 164 ya que no es posible aplicar en el sistema general de seguridad social en salud, por parte de las empresas promotoras de salud preexistencias a sus afiliados.

No se entenderá que se esté aplicando preexistencia en los casos que un afiliado necesite un servicio médico de alto costo, en esas circunstancias el usuario podrá estar sujeto a periodos mínimos de cotización, en caso que el paciente no tenga los periodos mínimos de cotización requeridos por la ley, el servicio médico de alto costo no será negado, pero el afiliado tendrá que pagar parte del procedimiento, este pago se cobrara de acuerdo con su capacidad socio económica. (Congreso de la República, 1993)

1.1.3 Cotizantes del Sistema.

Sera la persona con la calidad de afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, personas que tienen contrato de trabajo vigente y los que reciben más de dos salarios mínimos legales mensuales vigentes. (Congreso de la República, 1993)

1.1.3.1 Deberes que Tiene el Cotizante.

Presentar la afiliación personal con los documentos respectivos que indica la Entidad Promotora de Salud, realizar los pagos correspondientes y en forma oportuna, el usuario tendrá el deber de respetar al personal encargado de la atención y a los recursos físicos que se utilizan.

1.1.4 Beneficiarios del Sistema.

Los beneficiarios afiliados al régimen contributivo podrán gozar del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S), también obtendrán los mismos beneficios que las persona con calidad de cotizantes.

Pertenecerán a este régimen los familiares de primer grado de consanguinidad: el cónyuge y los hijos menores de 18 años. En algunos casos especiales (como los dependientes económicamente del cotizante) se puede incluir hijos, padres y hasta familiares en tercer grado de consanguinidad. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.)

1.1.5 Órganos de Vigilancia Inspección y Control.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está compuesto por una serie de órganos, los cuales cumplen diversas funciones, a uno de esos órganos denominado como la Superintendencia de Salud, se le encomendó la función más destacada la cual es inspeccionar, vigilar y controlar.

1.1.5.1 Superintendencia de Salud.

Ejercida por una sola dependencia, ostenta la denominada Potestad Sancionatoria, esta institución tiene como objetivo buscar e identificar los riesgos en

el funcionamiento de los vigilados en materia operativa, tecnológica, jurídica y de salud, realizando un seguimiento a su administración, con el fin de realizar procesos de vigilancia y eventualmente imponer sanciones. (Superintendencia Nacional de Salud, 2010)

1.1.5.2 El Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Tiene a su cargo la vigilancia tanto de las Entidades Promotoras de Salud, como de las Instituciones Prestadoras de Salud, le corresponde requerir administrativamente a las diferentes I.P.S o E.P.S para que se pronuncien en caso de alguna alteración del normal funcionamiento del sistema, del anterior procedimiento emergerá una decisión administrativa, la cual puede contener, imposición de multas, sellamiento de centros de salud por malas prácticas sanitarias, o que se realice una conducta determinada para cumplir con el derecho a la salud de algún usuario del sistema.

1.2 Elementos controversiales del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S)

1.2.1 Comité Técnico Científico-(CTC).

Conjunto de personas con conocimientos técnicos y administrativos, las cuales evalúan medicamentos y procedimientos médicos, que no se encuentran en la lista del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S)

1.2.1.1 Composición del Comité Técnico Científico.

El ministerio de Salud y de la Protección Social, dictamina que el Comité Técnico Científico está compuesto por tres integrantes, y por lo menos uno, debe ser un profesional de la salud.

1.2.1.2 Funcionamiento.

El profesional de la salud que esté a cargo de un paciente, el cual puede ser un médico general, médico especialista, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta u otros que la ley determine, podrá prescribir medicamentos o tratamientos médicos específicos para su paciente.

Para que el medicamento o procedimiento sea enviado al Comité Técnico Científico para su aprobación, lo prescrito por el profesional de la salud deberá estar por fuera de la lista de medicamentos y servicios del Plan Obligatorio de Salud, de verificarse esta situación el paciente tenía que realizar un proceso interno en su Entidad Promotora de Salud, para que su solicitud fuera tramitada dentro del Comité Técnico Científico. (Corte Constitucional, Bogotá, 2016 Sentencia. T-310).

El Comité Técnico Científico se reúne uno o dos días en la semana para evaluar, discutir, aprobar o aplazar lo prescrito por el profesional de la salud, la decisión que emita tiene efecto singular, ya que solo afecta a esa persona en particular.

Como consecuencia del funcionamiento que tenía el Comité Técnico Científico, se empezaron a evidenciar una serie de problemas, pues las entidades promotoras de salud poseían grandes potestades para negar o autorizar un medicamento, por tales motivos, los pacientes que le eran negados sus tratamientos, en muchas oportunidades acudían a la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política de 1991, donde alegaban que se le estaba vulnerando su salud y por conexidad se vería afectada la vida.

En relación directa con lo anterior, el aparato judicial comenzó a verse abarrotado por la cantidad de acciones de tutela, en efecto, las sentencias de tutela fueron de tal magnitud que las Entidades Promotoras de Salud comenzaron a incumplir lo ordenado por los jueces, causando que se abriera un sinnúmero de incidentes de desacato.

El Plan Obligatorio de Salud, estaba diseñado para cuidar el patrimonio de las Entidades Promotoras de Salud, sin importar en muchas ocasiones que se causase un perjuicio irremediable a sus pacientes.

Conforme a lo señalado, la Corte Constitucional obtuvo un gran desarrollo jurisprudencial en materia de derecho a la salud, a partir de allí se comenzaron a sentar las bases para reconocer el derecho a la salud como un derecho

fundamental, y a su vez que el Sistema General de Seguridad Social en Salud fuera reformado. (Derecho a la salud como derecho fundamental., 2015)

2. ELIMINACION DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTIFICO Y LA INTRODUCCION DEL SISTEMA MIPRES.

2.1 Eliminación del Comité Técnico Científico.

La ley estatutaria 1751 de 2015 en su artículo 15 dispuso un cambio en el modo y la forma de como los medicamentos deben ser aprobados, incluyendo y excluyendo tratamientos y medicinas que en un principio no se encontraban en los determinados en el P.O.S, además de este gran cambio y de acuerdo a la norma señalada, se debe garantizar para la aprobación o desaprobación de tratamientos y medicamentos, un procedimiento técnico-científico, que tendrá un carácter público, colectivo, participativo y transparente, además se deberá contar con expertos independientes, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente, no obstante, cabe resaltar que con estos cambios la voluntad de los profesionales de la salud no iba a ser superada por el Comité Técnico Científico, por el contrario este último sería abolido para dar paso a la introducción del nuevo aplicativo denominado MIPRES. (Congreso de la república , 2015, Art. 15)

2.2 Introducción del aplicativo para la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios en salud.

Luego de que el artículo 15 de la ley 1751 de 2015, ordenara una nueva forma de prescribir medicamentos y a su vez en el artículo 17 de la misma ley se consignara la independencia de los profesionales de la salud, respecto del trámite para prescribir medicamentos que se encuentren por fuera del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la U.P.C, cabe destacar que se otorgó un término de dos años para realizar los cambios pertinentes en esta materia, por estos motivos el Ministerio de Salud y de la Protección Social, comenzó a expedir una serie de decretos cumpliendo así lo consignado en el artículo 15 de la ley 1751. (Congreso de la república , 2015 Art 15 y 17)

2.2.1 Estructuración de los Elementos Esenciales del Aplicativo MIPRES

La resolución 1328 del 2016 del Ministerio de Salud y de la Protección Social, abrió las puertas para la adopción de compendios necesarios en la introducción de la plataforma MIPRES, ya que en su parte introductoria hace alusión a la nueva autonomía entregada a los profesionales de la salud, dicha autonomía se acogerá a un marco específico que tendrá en cuenta valores como la ética, racionalidad y evidencia científica. (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2016)

La resolución 3951 de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, establece en su artículo primero:

La presente resolución tiene como objeto establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación — UPC; fijar los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros/cobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA o quien haga sus veces y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro, cuando a ello hubiere lugar y dictar disposiciones relacionadas con las correspondientes acciones de control y seguimiento. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Tal como indica el anterior texto, se sentaron las bases para un cambio de fondo en la prescripción de medicamentos por parte de los profesionales de la salud, estableciendo beneficios a los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, ya que no tendrían que realizar el trámite interno ante el Comité Técnico Científico para la aprobación de medicamentos que estén por fuera del Plan Obligatorio de Salud, en efecto la utilización del nuevo aplicativo integra a todos los actores del sistema, como las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Recobrantes, Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, Usuarios y otros; además este aplicativo abre la posibilidad de que el Ministerio de Salud y

de la Protección Social este en constante verificación de información, la cual podría llegar a tener utilidad respecto a temas como salud pública, enfermedades comunes y ciertos grupos poblacionales con mayores riesgos de salud.

2.2.1.1 Reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por en el plan de beneficios en salud con cargo a la U.P.C.

Según lo descrito en el artículo 5 de la resolución 3951 de 2016, el reporte, corresponde al diligenciamiento que hace el profesional de la salud de los servicios o tecnologías no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, esto se hace mediante el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, Art. 5)

2.2.1.1.1 Reporte por parte del profesional de la salud, al momento en que la tecnología o servicio no cubierto por el plan de beneficios en salud, haya sido reconocida por una sentencia de tutela.

En este caso, se generará una responsabilidad excepcional con las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud y las Organizaciones Obligadas a Compensar, ya que tendrán que reportar las tecnologías y servicios en salud no cubiertas por en el plan de beneficios en salud con cargo a la U.P.C. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, inc 2 Art 5)

La excepción ocurre cuando un juez en sede de constitucionalidad emite un fallo de tutela reconociendo el derecho que tiene una persona, respecto de lo prescrito por su médico tratante u otro profesional de la salud, se trasladara entonces la competencia para realizar el reporte a las E.P.S, I.P.S y E.D.C.

2.2.1.1.2 Acceso al aplicativo MIPRES por parte de los profesionales de la Salud.

Inicialmente el Profesional de la Salud, deberá estar inscrito en el ReTHUS, esto es el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud, además de otros requisitos previos, el Profesional de la Salud también realizara el diligenciamiento de un formato en la plataforma dispuesta por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, al terminar le será asignado un numero de Usuario y Contraseña,

a partir de ese momento el Profesional de la Salud podrá reportar a sus pacientes, las tecnologías y servicios en salud no cubiertas por en el plan de beneficios en salud con cargo a la U.P.C.

2.2.1.1.3 De las prescripciones dependiendo del ámbito de atención.

Los términos a los cuales se deberá someter la periodicidad del suministro tienen una relación directa con el ámbito donde se esté llevando a cabo la atención, pues según la estancia y la vitalidad de atención en que se encuentre un paciente, se le dará mayor prioridad a los tiempos de espera para la entrega del tratamiento prescrito por el profesional de la salud, en este sentido el artículo 13 de la resolución 3951 de 2016, regula la estancia ambulatoria de un paciente en términos de periodicidad y límites que tendrá el Profesional de la Salud, ya que está prohibido prescribir indefinidamente una tecnología o servicios que no esté incluido en el plan de beneficios en salud con cargo a la U.P.C. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, Art. 13)

Por otro lado, encontramos la estancia hospitalaria, la cual es regulada por el artículo 4 de la resolución 532 de 2017, esta última modificó el artículo 14 de la resolución 3951 de 2016, analizando la norma podemos dar cuenta de la coherencia del texto, ya que amplió la cobertura y le entregó un mayor número de potestades al profesional de la salud en lo relacionado con términos y cantidad de tecnologías o servicios que no estén incluidos en el plan de beneficios en salud con cargo a la U.P.C. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, numeral 1 y 2 Art. 4)

2.2.1.2 Garantía de Suministro.

Las entidades promotoras de Salud (E.P.S) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), están obligadas a consultar el aplicativo MIPRES y a garantizar el suministro efectivo de lo prescrito por el profesional de la salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, Art. 30)

Lo anterior se hace por motivos de seguridad para con los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, dado que, si no se incluyera esta garantía dentro de la normatividad vigente, las Entidades Promotoras de Salud y las

Entidades Obligadas a Compensar, podrían imponer trámites administrativos internos, lo cual perjudicaría el dinamismo del aplicativo MIPRES. (parágrafo 1 y 2 de la resolución 3951 de 2016, únicamente palabras clave)

2.2.2 Juntas de Profesionales de la Salud.

Con el cambio en el sistema de seguridad social en salud, se comenzó a evidenciar la necesidad de tener un nuevo comité, con una estructura similar a la utilizada por los Comités Técnico Científico propio del P.O.S, pero con tres grandes cambios, los cuales son:

No se llamará Comité, pasará a llamarse Juntas de Profesionales de la salud, con una composición interna totalmente diferente a la del anterior Comité Técnico Científico (C.T.C), pues será conformada por tres sujetos, y tendrán las siguientes características.

- I. Sujeto I.** Profesional de la Salud inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).
- II. Sujeto II.** Profesional de la Salud inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).
- III. Sujeto II.** Profesional de la Salud inscrito en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS), además este Profesional deberá tener la misma labor y especialización que la del profesional de la salud que prescribió la tecnología o servicio no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la U.P.C (Juntas de Profesionales de la Salud., 2017)

De la manera como fue estructurada la Junta de Profesionales de la Salud, es posible evidenciar la objetividad e imparcialidad que mencionan los artículos 15 y 17 de la ley 1751 de 2015, en razón de que todas las personas que integran la junta deberán ser profesionales, y tal como ya se indicó, una de esas personas deberá tener la misma especialidad del profesional que prescribió el servicio o tecnología no cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la U.P.C, con esa conformación se garantiza la necesidad de esa prescripción, además de poder determinar si la periodicidad es necesaria para ese caso en concreto.

2.2.2.1 Tipos de prescripciones que analiza la Junta de Profesionales de la Salud.

Las Juntas de Profesionales de la Salud, únicamente analizarán los Servicios y Tecnologías en Salud Complementarias que sean de Soporte Nutricional, prescritos en el ámbito ambulatorio, y medicamentos de la lista de usos no incluidos en el Registro Sanitario-UNIRS, o del listado conformado a partir de los reportes presentados por las Sociedades Científicas al Ministerio de Salud y de la Protección Social, el mencionado Ministerio deberá validar con la dirección de medicamentos y tecnologías en salud de la entidad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, Art. 8)

En relación con lo anterior es posible determinar que las Juntas de Profesionales de la Salud, poseen una competencia limitada en razón de lo prescrito por el profesional de la salud, esto no es más que la misma línea de objetividad y transparencia que quiso traer el artículo 15 y 17 de la ley 1751 de 2015, pues se entrega certeza y autonomía a los profesionales de la salud, pues estos tienen la potestad de implementar el tratamiento que les parezca conveniente para el paciente.

3. CONCLUSIONES

En la evolución histórica que ha tenido el sistema de Seguridad Social en Salud de la ley 100 del 1993, fue posible evidenciar grandes falencias, como lo fue el Plan Obligatorio de salud y su Comité Técnico Científico, el cual en muchas ocasiones, actuaba en desmedro de los usuarios del sistema, es por este motivo que el ministerio de salud de acuerdo a las potestades conferidas por la misma ley 100 de 1993, comenzó a expedir año a año actos administrativos, con el objetivo de contener las fallas y dificultades que se estaban presentando con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es por esta razón que al expedirse la ley 1751 de 2015 se pudo incluir de manera directa o indirecta formas de solucionar los problemas que habían acontecido hasta el momento, dejando claro las potestades individuales de los Profesionales de la Salud, además de poder verificar la idoneidad de los últimos, para brindar un buen servicio de salud a todos los usuarios.

Además, se impusieron límites a las excesivas prácticas que tenían las Empresas Promotoras de Salud, como lo fue someter a tiempos de espera innecesarios para el suministro de un medicamento vital de un paciente, causando en muchas ocasiones un perjuicio irremediable para este último.

No obstante, las controversias que tendrá el nuevo aplicativo MIPRES y las reformas que ha sufrido el Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán visualizarse en unos años, ya que la nueva normatividad en temas como la prescripción de medicinas que no tengan el aval del INVIMA o que no hayan pasado por una efectiva comprobación científica sobre su efectividad, tienen una gran limitante de prescripción, incluso podríamos afirmar que es una de las pocas restricciones de que tienen los Profesionales de la Salud

En igual sentido, el numeral 7 del artículo 9 de la resolución 3951 de 2016 mantiene restricciones en el sistema al momento en que un tratamiento deba prestarse en el exterior, como ya se indicó el sistema tendrá problemas, pero a su vez ofrece mayor transparencia a la hora de administrar salud en Colombia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES]. (s.f.). *¿Que Hacemos? Financiero - Presupuesto*. Obtenido de Sitio web de ADRES: <http://www.adres.gov.co/Inicio/-Que-Hacemos/Financiero/Presupuesto>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la República. (1993). Ley 100 de 1993. Bogotá, Colombia.
- Congreso de la república. (16 de febrero de 2015). Ley Estatutaria de Salud - Ley 1751 de 2015. Bogotá, Colombia.
- Derecho a la salud como derecho fundamental., Sentencia T-121 (Corte Constitucional 2015).
- Juntas de Profesionales de la Salud, Resolución 532 artículo 8 (Ministerio de Salud y de la Protección Social 28 de febrero de 2017).
- Juntas de Profesionales de la Salud., Resolución 532 artículo 8. (Ministerio de Salud y de la Protección Social. 28 de febrero de 2017).
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (15 de abril de 2016). Resolución 1328 de 2016. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (junio de 2016). *Fuentes de financiación y usos de los recursos del sistema general de seguridad social en salud- SGSSS*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (31 de agosto de 2016). Resolución número 3951 de 2016. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de febrero de 2017). Resolución 532 de 2017. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Preguntas Frecuentes*. Obtenido de Sitio web de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/lists/faq/pos.aspx>
- Ortiz, C. E. (2015). Seguridad Social. *Notas de clase*.
- Procuraduría General de la Nación. (s.f.). *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*. Obtenido de <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud.pdf>
- Sentencia , T-310 (Corte Constitucional 2016). Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-310-16.htm>
- Superintendencia Nacional de Salud. (1 de enero de 2010). *Historia de la Superintendencia Nacional de Salud*. Obtenido de sitio web de Supersalud: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/nuestra-entidad/historia>