



Bogotá D.C.,

URGENTE

Asunto: Derecho de los pacientes a obtener segunda opinión.
Radicado. 201942301664902

Respetada señora.

Proveniente de la Oficina Jurídica de la Procuraduría General de la Nación, hemos recibido la comunicación del asunto mediante la cual, plantea los siguientes interrogantes a saber: “Ley que le brinda al paciente el derecho a pedir un segundo concepto médico”, “Ley que le exige a las EPS tener en su red de prestadores mínimo dos opciones para la misma especialidad” y “Ley que rige a Mipres”. Al respecto, previas las consideraciones que a continuación se exponen, procedemos a dar respuesta en el siguiente orden de formulación:

En cuanto a las preguntas relacionadas con: “Ley que le brinda al paciente el derecho a pedir un segundo concepto médico” y “Ley que le exige a las EPS tener en su red de prestadores mínimo dos opciones para la misma especialidad”, se debe señalar, que mediante la expedición de la Resolución 4343 de 2012¹ el Ministerio de Salud y Protección Social, estableció los lineamientos que deben tener en cuenta las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, para la elaboración y entrega de la Carta de Derechos, Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS y la Carta de Desempeño, que les permite a los afiliados contar con la información adecuada y suficiente para el ejercicio de sus derechos.

En tal sentido, el numeral 4.1. Capítulo de Información General del artículo 4 ibídem, prevé, que La Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente contendrá dentro de la información general, lo siguiente:

“(…) – Red de prestación de servicios. Conformación de la red de prestación de servicios incluyendo nombre de los prestadores, ubicación geográfica, dirección, teléfono y servicios de salud contratados con el tipo y complejidad. (…)”
(…)

- Mecanismos de acceso a servicios. Dependencias, procedimientos y términos para la solicitud y autorización de prestación de servicios electivos incluidos en el plan de beneficios, así como los mecanismos para acceder a los servicios de urgencias. No se podrán incluir trámites que no sean legales. (…)”

Aunado a lo anterior, el artículo 2.5.2.1.1.6 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social - DUR, estableció el régimen de libre escogencia, en el que las EPS les garantizan a sus usuarios la posibilidad de escoger dentro la red de prestadores, la que más se adecue a su nivel de complejidad y necesidad, en los siguientes términos:

“(…) ARTICULO 2.5.2.1.1.6 RÉGIMEN GENERAL DE LA LIBRE ESCOGENCIA. El régimen de la libre escogencia estará regido por las siguientes reglas:

- 1. La Libre Escogencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. La Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores. Para este**

¹ Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones.



efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

La Entidad Promotora de Salud podrá establecer condiciones de acceso del afiliado a los prestadores de servicios, para que ciertos eventos sean atendidos de acuerdo con el grado de complejidad de las instituciones y el grado de especialización de los profesionales y se garantice el manejo eficiente de los recursos. (...) (Negrilla fuera de texto)

Así las cosas, las EPS se encuentran obligadas a ofrecer a sus afiliados un número plural de prestadores, con el fin de garantizarles la posibilidad de escoger entre ellas la que más convenga a su grado de complejidad médica; en tal sentido, su deber se centra en organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan de Beneficios en Salud – PBS, gestionando y coordinando la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de la salud.

De acuerdo con lo anterior, es claro que los usuarios del SGSSS tienen la posibilidad de conocer una segunda opinión profesional, respecto a su diagnóstico y tratamiento, en el marco de lo dispuesto en el acto administrativo que contiene la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente y del DUR.

Por su parte, frente al derecho que le asiste al usuario del SGSSS de acceder a una segunda opción de concepto médico, cabe resaltar, que de conformidad con lo dispuesto en el numeral 4.2 del artículo 4 de la Resolución 4343 de 2012, dicha opción es un derecho del afiliado, que se encuentra descrito así:

“Artículo 4. Contenido mínimo de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del Paciente. La carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

(...) 4.2. Capítulo de derechos. El capítulo de derechos deberá especificar que todo afiliado o paciente sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social, tiene derecho a:

(...)

- ***Recibir una segunda opinión por parte de un profesional de la salud en caso de duda.(...)***
(Subrayado fuera de texto)

(...)

Adicionalmente, la Sala Sexta de Revisión de la H. Corte Constitucional, M. P. Nilson Pinilla Pinilla, al resolver el fallo de tutela T-168 de 2013, analiza si la EPS a la cual se encuentra afiliado el paciente, le vulnera los derechos fundamentales a la salud y la vida digna, al negarle la posibilidad de acceder a una segunda opinión médica, expresó lo siguiente:

“(...) La jurisprudencia de esta corporación también ha establecido, por regla general, que el criterio del médico tratante al diagnosticar, al igual que respecto de los procedimientos y medicamentos que considere del caso prescribir, se presume pertinente, idóneo y atinado, siendo los profesionales de la medicina, más aún los especialistas, quienes tienen el conocimiento científico necesario para asumir tales conceptos y decisiones, sin embargo que puede desdeñarse la manifestación del paciente, que al ser quien padece la afección y percibe los síntomas, puede contribuir a determinar si las aplicaciones médicas están bien encaminadas hacia el alivio esperado.



*En esa medida, este tribunal ha señalado que cuando el estado del paciente revela que el tratamiento prescrito por el médico encargado no ha sido efectivo para mitigar la enfermedad, aquél **“tiene derecho a buscar una segunda opinión médica y a que la institución que lo ha venido tratando, le suministre a este otro médico, todos los elementos de juicio que a la fecha se hayan recaudado”**³[12] (Negrilla fuera de texto).*

*En esa misma línea, también se expresó [13] que **“si eventualmente el paciente no está conforme con el dictamen dado, es preciso que tenga la oportunidad de acceder a una segunda opinión médica proveniente del cuerpo profesional de la EPS a la cual se encuentre adscrito. Esto se justifica en desarrollo del principio de dignidad humana ligado al goce del derecho a la salud, que indica que el paciente tiene el derecho de tener un mínimo de certeza respecto a que su diagnóstico es verdadero y que, por tanto, el tratamiento al cual será sometido es el adecuado”**⁵[14] (no está en negrilla en el texto original).*

La solicitud de una nueva apreciación profesional, que tiene que estar apoyada en razones suficientes que la justifiquen, resulta válida en cuanto busque atender una necesidad real, normalmente relacionada con la ninguna o escasa mejoría o progreso logrado con los servicios médicos recibidos, así como con la gravedad y magnitud de los riesgos inherentes a la enfermedad padecida, necesidad que, como ya se anotó, la jurisprudencia ha entendido ligada a la dignidad humana [15].

No basta entonces la mera disconformidad o insatisfacción del paciente o de su familia, pero si existe una razonable justificación específica, hay lugar a reconocer el derecho al segundo diagnóstico y a la atención subsiguiente por otro u otros facultativos adscritos, de igual especialidad, de tal modo que se genere mayor certeza y tranquilidad en cuanto a la recuperación anhelada.

*(...) **En ese entendido, las solicitudes de servicios de salud, incluida la segunda opinión médica cuando haya lugar a ella, deben ser despachadas con celeridad y buen juicio, bajo fundamentos estrictamente científicos y no por motivos o restricciones administrativas o presupuestales, so pena de conculcar culpablemente los derechos fundamentales a la dignidad humana, a la salud y, eventualmente, a la vida misma”.** (Negrilla fuera de texto)*

De conformidad con lo expresado por la H. Corte Constitucional, la solicitud de una segunda opinión médica que haga el usuario, se considera válida en cuanto busque atender una necesidad real, normalmente relacionada con ninguna o una escasa mejoría o progreso logrado con los servicios médicos recibidos, así como con la gravedad y magnitud de los riesgos inherentes a la enfermedad padecida.

Por su parte, es preciso aclarar que en el marco de lo establecido en el artículo 177² de la Ley 100 de 1993³, son las EPS que en su función de aseguramiento deben tramitar las peticiones de los usuarios en relación con el acceso a una segunda opinión médica.

En cuanto al planteamiento relacionado con: *“Ley que rige a Mipres”*, es necesario, previo a resolver este interrogante, traer colación lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015⁴, en el que se dispuso la creación de una Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, financiera y patrimonio autónomo, con el objeto de administrar los recursos del SGSSS.

² **ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN.** Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

³ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

⁴ Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.



En desarrollo del precitado artículo, se expidió el Decreto 1429 de 2016⁵ que definió su estructura interna y funciones dentro de las cuales, se encuentran las de efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación – UPC para los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado y demás recursos del aseguramiento en salud; posteriormente se expide el Decreto 546 de 2017⁶ que dispuso que ADRES da inicio a sus actividades a partir del 01 de agosto de 2017.

Aclarado lo anterior, frente a MIPRES se debe indicar que el Ministerio de Salud y Protección Social implementó ésta herramienta tecnológica mediante la Resolución 1885 de 2018⁷, con el fin de garantizar el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios en el régimen contributivo; adicionalmente en este acto administrativo se fijan los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros/cobros ante la ADRES estableciendo el conducto de verificación, control, pago y seguimiento de dichas solicitudes.

MIPRES comprende una serie de ventajas, dentro de las cuales se encuentran las de registrar y reportar de manera directa por parte del profesional de la salud sin mediación de ninguna instancia ni aprobación de otro actor del sistema, las prescripciones de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el PBS con cargo a la UPC; dentro de este grupo de prestaciones, se encuentran los servicios complementarios, los de soporte nutricional y los medicamentos cuya indicación no cuenta con registro sanitario del INVIMA y que hacen parte de los reportes construidos con la información reportada por las Sociedades Científicas o que están incluidas en el listado los Usos No Incluidos en el Registro Sanitario – UNIRS, en estos tres casos, además de la prescripción efectuada por el profesional de la salud, se requiere concepto de la Junta de Profesionales de la Salud que funcione en la respectiva Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, con el objeto de analizar la pertinencia y necesidad de los servicios.

Como consecuencia de lo anterior, la implementación de “MIPRES” elimina el trámite de autorización ante el Comité Técnico Científico – CTC, previendo una disminución de los tiempos de entrega de los servicios y tecnologías no incluidas en el PBS con cargo a la UPC, con lo cual, se espera que los servicios se brinden con mayor oportunidad a los usuarios.

Aunado a lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2438 de 2018⁸ modificada por la Resolución 5871⁹ del mismo año, mediante la cual, se establecieron los procedimientos y requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado.

En la citada resolución, se estableció inicialmente que MIPRES – S, empezaría a operar por parte de los departamentos distritos y municipios gradualmente a más tardar, a partir del 1 de enero de 2019; no obstante, algunas entidades territoriales manifestaron a esta Cartera las dificultades de tipo operativo, administrativo y técnico que les impedía cumplir con dicho plazo, razón por la

⁵ Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES – y se dictan otras disposiciones.

⁶ Por el cual se modifica el Decreto 1429 de 2016.

⁷ Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES – y se dictan otras disposiciones.

⁸ Por la cual se establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones.

⁹ Por la cual se modifica la Resolución 2438 de 2018 en relación con el plazo para la activación de las entidades territoriales en el aplicativo de prescripción MIPRES del Régimen Subsidiado



cual y en aras de proteger el derecho a la salud de los afiliados, se expidió la Resolución 5871 del mismo año, en la que se resuelve:

"(...) Artículo 1. Modifíquese el artículo 46 de la Resolución 2438 de 2018, el cual quedará así:

"Artículo 46. Transitorio. *A más tardar el 1 de abril de 2019, las entidades territoriales responsables de la garantía del suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de fa UPC y servicios complementarios deberán encontrarse activadas en el aplicativo de prescripción de que trata el presente acto administrativo. Para el efecto, diseñaran el plan de implementación que se requiera conforme con su capacidad tecnológica y administrativa.*

Mientras es activada la entidad territorial en el aplicativo, la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios deberán continuar surtiendo el trámite de aprobación ante el Comité Técnico Científico, de conformidad con lo establecido en el Título II de la Resolución 5395 de 2013. (Negrilla fuera de texto)

La entidad territorial deberá adoptar en un periodo no superior a seis (6) meses contados a partir de la fecha de su activación en el aplicativo, el procedimiento de verificación, control y pago de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de fa UPC, autorizadas por el Comité Técnico Científico u ordenados a través de fallos de tutela, no realizados a través de la herramienta tecnológica".

De esta manera se concluye, que las normas que regulan la herramienta tecnológica MIPRES son: la Resolución 2438 de 2018 para el Régimen Subsidiado y la Resolución 1885 de 2018 para el Régimen Contributivo.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015¹⁰.

Cordialmente,

EDILFONSO MORALES GONZALEZ

Coordinador Grupo de Consultas

Dirección Jurídica

Proyectó: Yamile O

c:\users\lyospina\desktop\concpetos junio 2019\noviembre\14 noviembre\derecho a una segunda opcion medica - ley mipres stella casanova 201942301664902.docx29/11/2019 08:28 a. m.

¹⁰ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental de petición y se sustituye el Título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo