



## En junio eliminarán autorizaciones para acceder a servicios no POS

### Resolución acaba con obligatoriedad de que los CTC autoricen a pacientes medicamentos y servicios.

Hasta hoy si un enfermo necesita un medicamento, procedimiento, tratamiento o insumo que no esté contenido en el listado del Plan Obligatorio de Salud (POS), la fórmula hecha por su médico tiene que ser autorizada por el Comité Técnico Científico (CTC) de la EPS del usuario.

Esta situación, que resulta engorrosa y riesgosa para los pacientes, cambiará. El ministro de Salud, Alejandro Gaviria, acaba de firmar una resolución impulsada por la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, que elimina el paso de estas solicitudes y revive las juntas médicas.

De acuerdo con César Burgos, presidente de Sociedades, se trata de una medida trascendental, que se generó para dar cumplimiento a lo expresado en la Ley 1751 del 2015 (Estatutaria de Salud), que protege la autonomía, acaba con la intermediación y vuelve a darles su lugar a las juntas de médicos.

"Los CTC, que fueron creados en el 2006, siempre han sido considerados una barrera de acceso para los afiliados, pues su papel viola la autonomía médica", afirmó Burgos.

Para Néstor Álvarez, vocero de los pacientes de alto costo, estos comités afectan de manera directa a los usuarios, porque se han convertido en una instancia administrativa para justificar el pago de lo que éstos necesitan por fuera del POS.

"Aun cuando las negaciones por esta vía han venido disminuyendo -agrega Álvarez-, los tiempos de respuesta se han prolongado de manera peligrosa, al punto que muchos pacientes reciben lo solicitado demasiado tarde y a otra parte se lo niegan. En consecuencia, muchos se ven obligados a recurrir a la tutela para reclamar lo que necesitan".

Norman Julio Muñoz, superintendente Nacional de Salud, asegura que "la eliminación de los CTC es un paso importante en el trabajo que venimos adelantando para acabar las barreras que afectan la adecuada y oportuna prestación de los servicios; eso sí, es importante que los médicos asuman la potestad que tienen para formular con responsabilidad".



## Sala de Prensa

Vale anotar que en los últimos tres años la Supersalud acumuló 4.576 quejas, que están siendo investigadas, relacionadas con decisiones de los CTC.

Las siguientes son respuestas que aclaran los alcances de esta resolución, que entrará en vigencia el primero de junio.

¿Qué va a pasar cuando el médico prescriba un medicamento o tratamiento no POS?

La orden ya no pasará por los CTC; el médico formulará lo que necesite su paciente, pero deberá justificar su decisión en una plataforma tecnológica dispuesta para este fin; por esta vía se le otorgará un número de prescripción con el cual la EPS del usuario recobraré al sistema de salud (Fosyga) el medicamento o tratamiento ordenado.

¿En cuánto tiempo recibirá el paciente lo formulado?

Justo cuando él lo necesite; en casos de urgencias, de manera inmediata.

¿La fórmula podrá ser modificada o bloqueada por alguien distinto al médico tratante?

No. La decisión tomada por el médico y los datos no podrán ser modificados por las EPS, las entidades territoriales o los hospitales. Tampoco se podrán solicitar soportes adicionales para suministrar el servicio que no esté cubierto por el POS.

¿Hasta por cuánto tiempo se pueden prescribir los medicamentos no POS autorizados por esta vía?

En tratamientos ambulatorios ordenados por primera vez, el médico podrá prescribirlos hasta por tres meses; después de eso tiene que controlar al paciente y, de ser necesario, volverlo a formular. Si se trata de algo crónico o el usuario requiere atención prolongada, la prescripción se dará hasta por 12 meses. Al término de este plazo el médico tendrá que hacer nuevamente la solicitud. En caso de procedimientos se solicitarán las veces que se requieran.

¿Qué no se podrá formular por esta vía?

No se podrá formular lo que ya está explícitamente cubierto por el POS, lo que no esté aprobado por el Invima, lo que no sea consecuente con la evidencia científica disponible o no esté en armonía con guías o protocolos desarrollados en el país; tampoco lo



## Sala de Prensa

absolutamente cosmético o suntuario y lo que de verdad pueda ser reemplazado por algún otro elemento del POS.

¿Y qué pasa si lo formulado por el médico hace parte de dichas exclusiones?

El caso debe ser analizado por una junta médica (no administrativa) integrada por profesionales de medicina pertinentes de la entidad prestadora, que avalará la petición y hará la solicitud del medicamento o tratamiento a través de la plataforma tecnológica.

¿Es decir que ya no será necesario poner tutela para hacer reclamaciones en salud?

La idea es que la gente no tenga que llegar a esta instancia, porque lo que se busca es evitarles barreras a los pacientes y garantizarles sus derechos; pero la tutela sigue siendo un derecho que la gente puede invocar cuando lo considere.

¿Cuándo entra en vigencia esta resolución?

Las entidades tienen plazo hasta el 30 de mayo para hacer sus ajustes y adaptarse a las necesidades tecnológicas de este proceso, de manera que el primero de junio entre en vigencia la resolución.

¿Esto funciona solo para el no POS?

Por ahora sí, pero la idea es que con base en la Ley Estatutaria a partir del año próximo, cuando deje de existir el POS, todos los pacientes se beneficien con un modelo por exclusiones.

SALUD

Diario El Tiempo. 14 de Abril de 2016, Página 5.