

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**



**El MIPRES en el contexto de la prestación de servicios de salud en Colombia: objetivos y  
alcance real**

**Trabajo de Grado.**

**Autor.**

**Diana Marcela Moreno Barrero**

**Bogotá D.C.**

**2019**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**



**El MIPRES en el contexto de la prestación de servicios de salud en Colombia: objetivos y  
alcance real**

**Trabajo de Grado.**

**Autor.**

**Diana Marcela Moreno Barrero**

**Tutor.**

**Jairo Reynales Londoño**

**Maestría en Administración en Salud**

**Bogotá D.C.**

**2019**

## **El MIPRES en el contexto de la prestación de servicios de salud en Colombia: objetivos y alcance real**

### **Resumen:**

El modelo de salud colombiano a pesar de los logros alcanzados en cobertura continúa presentando dificultades en garantizar la calidad y el acceso real a los servicios prestados manteniendo el equilibrio del gasto (Báscolo, Houghton & Del Riego, 2018). Estas dificultades son más evidentes respecto al uso de tecnologías en salud no incluidas dentro del plan de beneficios y en mayor medida los medicamentos (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011) por lo que el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2016 entre otras medidas pone en funcionamiento el aplicativo electrónico Mi Prescripción (MIPRES) con la intención de disminuir el número de irregularidades relacionadas con la prescripción, la dispensación y el recobro de dispositivos, medicamentos y pruebas diagnósticas de alto costo. MIPRES constituye una propuesta novedosa en el contexto mundial donde la e-prescripción se orienta al logro de la interoperabilidad de los diferentes actores del sector sanitario en torno al diligenciamiento de la historia clínica sin ostentar carácter restrictivo. Quizás por esto la herramienta ha suscitado múltiples controversias a nivel nacional dado el antecedente de malas prácticas administrativas de las cuales son responsables algunas aseguradoras y la falta de confianza en la regulación y la transparencia de la gestión estatal en favor de los pacientes. Debido al impacto que se calcula podría tener en la determinación del comportamiento de la demanda de tecnologías en salud de alto costo en el país, se considera necesario hacer un análisis temprano del cumplimiento de los objetivos que plantean su implementación a la luz de la situación actual del sistema de salud colombiano enfocándose en tres aspectos fundamentales: recolección de información, control del gasto y disminución de barreras de acceso. Fue

consultada la literatura científica relacionada con los tres temas descritos y la bodega de datos del MIPRES para el periodo 2017 – 2018, a partir de la información obtenida se plantearon sugerencias para su mejoramiento. El aplicativo es un aporte significativo a la descripción del patrón de prescripción de tecnologías en salud de alto costo sin embargo requiere de la creación de estrategias complementarias que apoyen el control del gasto y disminuyan las condiciones de inequidad en la prestación de servicios para poder cumplir con los propósitos establecidos.

### **Palabras claves**

Sistema de información, tecnologías de la información, barreras de acceso, sistemas de salud, modelos de salud, regulación de medicamentos, medicamentos de alto costo, e- prescripción, y e-salud.

### **Introducción**

La Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, que obedece a la Ley 1122 de 2007, que tiene entre otros objetivos, garantizar el acceso a los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

La situación del derecho a la salud en Colombia después de la aplicación de la Ley 100 de 1993, permite aseverar que la alta intermediación de la que es objeto la prestación de los servicios de salud hace que se presenten distorsiones en términos de la adjudicación de responsabilidades. El sistema de salud atraviesa por tres dimensiones estructurales, todas estrechamente conexas, estas son, entre una lógica técnica y una lógica política, entre la responsabilidad del Estado y la

responsabilidad de las organizaciones, y entre la experiencia del ciudadano, y la experiencia como usuario de los servicios.

En el marco de los componentes de la lógica técnica, los sistemas de información juegan un papel preponderante en la resolución de problemas clínicos, operacionales y administrativos que contribuyen a mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud a nivel general.

Dado el crecimiento acelerado que éstos presentan, se requiere un análisis minucioso que garantice su aplicabilidad, el cumplimiento de los objetivos presupuestados previamente y un costo aceptable tanto de introducción como de mantenimiento. Sin embargo, la eficiencia de estos sistemas depende no solo de la manera en que están diseñados sino también del contexto sociocultural en el cual se van a desarrollar, el reto por lo tanto es definir si su implementación responde a las necesidades identificadas en la comunidad. De allí que la evaluación del rendimiento real resulte tan importante, porque orienta la toma de decisiones y facilita la comprensión de los factores externos que pueden dificultar su implementación. (Mettler & Vimarlund, 2017).

La tecnología también ha jugado un papel importante en la interpretación del entorno, a medida que avanza va modificando simultáneamente los procesos de investigación, de interacción social, la economía, la cultura y ha terminado por convertirse en aliada indispensable del desarrollo de la disciplina científica. En el campo de la salud no se limita solamente a la introducción de dispositivos o conductas terapéuticas innovadoras, sino que también abarca lo concerniente a la reestructuración de los procesos operacionales y administrativos de las organizaciones mediante el empleo de los flujos de información; la dinámica de los modelos de salud responde al planteamiento de diferentes escenarios en los cuales el entendimiento de los ciclos de salud-

enfermedad se complejiza a medida que aumenta la capacidad de organizar y reorganizar la información a través del uso de la tecnología.

Los sistemas de información en salud han evolucionado rápidamente desde la simple sistematización de procesos hacia la gestión de todas las actividades relacionadas con el direccionamiento estratégico institucional (Díaz, Orbegozo, Safra, & Trisollini, 2013). El análisis y el seguimiento de los datos recolectados de esta manera, aportan directamente a la eficiencia con la que se presta el servicio y permite evaluar los estándares de calidad de este.

El estudio del impacto de los sistemas de información permite la comprensión de esas reinterpretaciones del concepto de salud, de la forma en que estas intervenciones reconfiguran la interacción entre los participantes del sistema, y la identificación de factores externos que pueden debilitar o fortalecer la estrategia implementada.

En el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley Estatutaria sancionada en el año 2015 (Ley 1751), se consagra a la salud como un derecho fundamental, tal como lo menciona la Constitución Política de Colombia. En tal sentido, esta Ley, crea la base de los argumentos que permitan eliminar la tramitología y burocracia para las autorizaciones que conllevan la prestación de los servicios de salud; de igual forma presupone, entre otros, los mecanismos necesarios para controlar el precio de los medicamentos. Por estas razones se crea el Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías no Cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud a Cargo de la Unidad de Pago por Capitación (MIPRES), construida como una herramienta tecnológica para la prescripción de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS)

El MIPRES desde su implementación en diciembre de 2016 ha generado un interés creciente dentro de los actores del sistema de salud y en la sociedad en general dado que es una propuesta novedosa que busca resolver los obstáculos observados en cuanto a la disposición y acceso a tecnologías en salud. En el ámbito nacional a partir de la sanción de la Ley 100 de 1993 el acceso a los servicios de salud se convierte en un objetivo prioritario para el Estado bajo los principios de calidad, equidad e integralidad. Como estrategia fundamental se creó el Plan Obligatorio de Salud (POS) que reúne un número limitado de servicios básicos para que su prestación fuera garantizada por las aseguradoras; sin embargo, el plan de beneficios no siempre proporcionó una respuesta adecuada a las necesidades de los usuarios obligando finalmente a la instauración de procesos legales que posibilitaran el acceso a los planes terapéuticos. En el periodo de tiempo establecido del 2010 al 2016 se presentaron en promedio 96.236 tutelas anuales en salud, de las cuales para el 2016 el 11.9% correspondieron a demoras en la entrega de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios que habían sido previamente aprobadas y 10.3 % no aprobadas. La mayoría de las peticiones se relacionaron con tratamiento integral y en segundo lugar con la entrega de medicamentos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Este comportamiento de la prescripción puso en jaque el sistema de salud colombiano por el aumento en el costo total de financiamiento y evidenció las falencias existentes en la pertinencia de la solicitud, la regulación de precios y el seguimiento a los cobros hechos al Estado. Los vacíos en el control de las tecnologías en salud se han ido solventando paulatinamente a partir de múltiples intervenciones gubernamentales como la institucionalización de la evaluación de la evidencia científica frente a su uso a través del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud y la creación de una normatividad específica para el cobro entre otras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En este contexto el MIPRES es concebido como una herramienta de prescripción electrónica de uso obligatorio por el personal sanitario para aquellos casos en los que se requiera ordenar alguna tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios La Resolución 3951 de 2016, describe los tres objetivos que fundamentan su funcionamiento: garantía del acceso, regulación del gasto y descripción del comportamiento de la prescripción que respalde la toma de decisiones. Dadas las dificultades que se han presentado en el pasado en cuanto a la definición de los mecanismos de recolección, evaluación e interpretación de la información que apoyan la gestión operativa y que orientan de forma adecuada las políticas sanitarias (Tovar & Arrivillaga, 2014) surge la inquietud de analizar el cumplimiento del propósito del MIPRES y su aporte a la solución de los problemas de sostenibilidad y cobertura que enfrenta el modelo de salud. El objetivo de este estudio es el de evaluar el cumplimiento de los tres propósitos bajo los cuales se concibe el MIPRES: recolección de información, control del gasto y disminución de las barreras de acceso en el contexto del sistema de salud nacional y los retos que presenta.

### **Materiales y métodos**

Se hizo una caracterización del MIPRES a través de la identificación de los tres objetivos principales bajo los cuales se reglamenta su implementación descritos en las resoluciones 1328 y 2158 de 2016.

Se consultó también la información sobre la plataforma contenida en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2018 relacionado con propósitos, funcionamiento e informes oficiales de resultados.



Posteriormente se elaboró un cuadro de resumen donde se relacionaron cada uno de los objetivos del MIPRES con los conceptos en salud que los soportan y bajo los cuales se considera que se puede analizar el cumplimiento de estos.

Utilizando los buscadores del sistema integrado de búsqueda de literatura científica de la Universidad del Rosario y Google Scholar se selecciona la información por relevancia bajo las palabras claves y su equivalente en inglés: sistema de información, tecnologías de la información, barreras de acceso, sistemas de salud, modelos de salud, regulación de medicamentos, medicamentos de alto costo, e- prescripción, y e-salud. Igualmente se solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social autorización para la consulta de la bodega electrónica de datos del MIPRES–Cubo, para evaluar la información disponible a un año del funcionamiento de la herramienta. Por último se realiza el análisis del cumplimiento de los objetivos del MIPRES según la información encontrada y se describen las estrategias efectivas documentadas en otros países a manera de propuesta de mejora para la plataforma.

## **Resultados**

### **Características del MIPRES.**

La Ley 100 de 1993 conllevó un cambio importante en el modelo de salud bajo la figura de financiamiento total o parcial de la demanda poblacional de servicios de salud. A partir de su implementación el Estado adquirió la responsabilidad de garantizar la universalidad de la cobertura, la solidaridad que hace referencia a la redistribución de recursos a favor de los más necesitados y la eficiencia; planteando un desafío enorme en términos de sostenibilidad. Para superarlo se da cabida a la figura de las aseguradoras cuya función principal es la de cumplir con los tres objetivos mencionados a partir de la prestación de un plan de servicios básicos conocido antiguamente como Plan Obligatorio de Salud o POS y actualmente conocido como Plan de

Beneficios en Salud o PBS(Bernal & Barbosa, 2015). Sin embargo, la incapacidad del Estado para controlar el manejo de los recursos asignados a las aseguradoras impactó de manera significativa el gasto total en salud: el Ministerio de Salud reportó un aumento exponencial de reclamaciones de tecnologías en salud no incluidas en el PBS asociadas a recobros fraudulentos, incapacidad para procesar las solicitudes de recobros y heterogeneidad de tarifas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). En un intento por frenar el gasto exagerado, la Resolución 2312 de 1998 reglamentó la constitución de los Comités Técnico-Científicos (CTC) conformados por representantes de las aseguradoras, de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) y de las asociaciones de usuarios, encargados de evaluar la pertinencia de las órdenes médicas. Lejos de ser un mecanismo de control se convirtieron en una barrera de acceso administrativa a los servicios de salud y dispararon el número de demandas legales contra las aseguradoras o por negación de las solicitudes o por inoportunidad en la prestación. El Ministerio de Salud instauró una serie de medidas para el periodo 2011-2017 que incluyeron la reglamentación de recobros, la compra centralizada de medicamentos y la actualización del Plan de Benéficos en Salud (PBS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Con el fin de asegurar el control de las solicitudes de tecnologías en salud no PBS y disminuir la radicación de demandas. La Ley Estatutaria 1751 de 2015 ordena al Estado garantizar el acceso oportuno y equitativo a los servicios de salud y evaluar de manera permanente el cumplimiento de la prestación para detectar cualquier vulneración del derecho a la salud (Jiménez et al., 2016). Para mejorar el proceso de acceso a tecnologías de alto costo (No PBS) controlar y monitorizar el comportamiento de la prescripción de las mismas (Agudelo, Vassilakopoulou, & Aanestad, 2019) El Ministerio de Salud a través de las Resoluciones 3951 y 6408 de 2016 reglamentó el funcionamiento de una plataforma electrónica bajo el nombre de “ Mi Prescripción “ (MIPRES).

A partir de abril de 2016 su uso es obligatorio a nivel nacional y para su diligenciamiento el profesional de salud debe estar previamente inscrito en la plataforma electrónica denominada Sistema de Información del Talento Humano en Salud (Rethus) que lo habilita para ejercer su profesión; una vez cuenta con esta certificación puede registrarse en MIPRES.

La herramienta contiene la lista de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios disponibles en el país, las dosis permitidas y las presentaciones autorizadas para tratamiento o diagnóstico de una enfermedad específica a la luz de la evidencia científica. Una vez el profesional identifica la necesidad de prescripción ingresa a la plataforma y completa la información que justifica su solicitud entregando al paciente una copia del formulario diligenciado para que se dirija a la aseguradora correspondiente a tramitar la entrega. Como la orden expedida ya no necesita autorización para la dispensación, la figura de los CTC desaparece. En el caso de las tecnologías en salud que no han sido aprobadas en el país, la Sociedad Científica o el Ministerio de Salud y Protección Social pueden proponer la evaluación de su uso para que el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) haga la investigación pertinente. Durante este periodo dichas tecnologías se encuentran en la lista de Uso no Incluido de Registro Sanitario (UNIRS) que puede ser consultada en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social y se clasifican según la evidencia a favor o en contra. Aquellas con algún nivel de evidencia a favor de su uso pueden ser prescritas y son financiadas bajo el modelo de recobro (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

### **Modelo de salud y MIPRES como regulador del gasto.**

El crecimiento poblacional y la carga de enfermedad consecuente, la especialización médica que demanda estrategias de integración de redes de atención, y el aumento de las tecnologías en salud que incrementan el costo de la prestación de servicios son retos permanentes para los modelos de

salud imperantes, representando limitaciones en la calidad y la cobertura (Gómez, Atucha, & Jiménez, 2013). A su vez, la manera en que se articula el modelo con las políticas nacionales y los ingresos internos, condiciona la capacidad de inversión y de operación definiendo la evolución o la involución de los beneficios para los pacientes y estableciendo barreras de acceso (Granados & Gómez, 2000).

A pesar de los esfuerzos durante la década de los 90 por mejorar las condiciones pensionales y de salud sustentadas en programas dirigidos hacia las poblaciones con más riesgo de inequidad como la infancia, las mujeres o la población con discapacidad, Europa experimentó en los siguientes 10 años cambios significativos en los países más golpeados por la crisis financiera. Portugal y Grecia son ejemplos de retroceso en políticas sociales, debido a la necesidad del ajuste fiscal pactado durante el periodo conocido como la Gran Recesión, observándose una migración hacia un sistema de pensiones de ahorro individual con el consecuente desmonte de los fondos solidarios, la disminución del gasto público y el aumento de la participación de los privados en la prestación de servicios de salud, que en el caso de Grecia ha conllevado a la falta de cobertura para dos millones de habitantes en el 2015. En el caso de España e Italia aunque no se reportan cambios drásticos, se evidencian modificaciones del sistema como la descentralización, restricciones en cuanto a los objetivos de asistencia social y endurecimiento de las políticas del régimen pensional empeorando las condiciones de inequidad y aumentando las barreras de acceso (Guillén, González, & Luque, 2016).

Los países latinoamericanos también han pasado por reestructuraciones importantes secundarias a las crisis económicas afrontadas, en cuyo caso las reformas al igual que en Grecia e Italia han sido acordadas con entidades financieras transnacionales como el Banco Mundial, lo cual restringe las posibilidades de ampliación de programas de aseguramiento.

A pesar de que se mantiene el principio de cobertura universal, no se ha alcanzado dicho objetivo, los servicios de salud son fragmentados, la distribución de recursos no es equitativa y los servicios ofertados tienen serias limitaciones en cuanto a complejidad y oportunidad (Heredia et al., 2015). El modelo europeo de seguros sociales adoptado por la mayoría de los países de Latinoamérica no ha tenido éxito debido a la informalidad laboral predominante en el continente y presenta dificultades como consecuencia de la baja carga tributaria y las lógicas del libre mercado en aseguramiento que han establecido amplias brechas de inequidad en cuanto al acceso y la calidad de la prestación de servicios de salud (Uthoff, 2014).

En Colombia si bien se ha observado un aumento de la inversión en el sistema de salud, las limitaciones de los planes de beneficios en cuanto a tecnologías disponibles, los altos niveles de corrupción, y la falta de regulación de las organizaciones privadas resultan en un descalabro financiero para el Estado. (Heredia et al., 2015) Aunque existen diferencias entre las fuentes de información consultadas, en general se observa un incremento en el gasto total en salud para el periodo 2004-2014 de 30.8 billones de pesos (aproximadamente el 7% del PIB) (Bardey & Buitrago, s. f.).

Después de la declaración de la emergencia social en salud en el 2009, secundaria al aumento del recobro en tecnologías no incluidas en el plan de aseguramiento (Decreto 4975 de 2009) el estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su informe 2009-2014, reportó una disminución significativa del gasto una vez se hizo ajuste de precios y se establecieron desde la Corte Constitucional criterios específicos para el pago de recobros a las aseguradoras. Para el 2014, el gasto por este concepto fue de 2.1 billones de pesos, casi la mitad de lo esperable en caso de no haber establecido las reformas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Sin embargo, para el periodo 2016-2018 el gasto registró un nuevo aumento en

parte debido a la falta de actualización del listado de precios; se evidenció también un aumento en la demanda tanto de medicamentos de precios regulados (probablemente por mejoras en condiciones de acceso) como de aquellos no regulados, que incluso aumentaron su valor comercial, sugiriendo que los cambios en las políticas estatales modifican las dinámicas de mercado de la industria farmacéutica cuyo objetivo es el de mantener las utilidades (Andia, 2018) (Sánchez et al., 2017). En este contexto es esperable que los sistemas de información en salud como el MIPRES no logren un impacto directo en la contención del gasto público, pero que sí sean útiles como indicadores de las condiciones de aseguramiento en el país, ligadas a las variaciones de la economía nacional y que repercuten en la regulación de la comercialización de medicamentos. Para el caso particular el Estado debe buscar otras medidas garantes de control que beneficien la reducción de costos.

En los países de la Unión Europea (UE) por ejemplo, hay un conjunto de medidas de control del gasto que varían dependiendo del grado de financiamiento estatal de los medicamentos y los costos derivados de la dispensación y el consumo. Sin embargo, comparten características comunes (Panteli et al., 2016):

- Establecimiento de precios de referencia externa o de fijación de precios basados en el valor terapéutico
- Solicitud de descuentos o rebajas que son negociados directamente entre las industrias farmacéuticas y los pagadores, lo cual ha permitido obtener precios hasta en un 50% menores a los que se encuentran en las listas de referencia
- Licitación pública para medicamentos de alta demanda
- Importación paralela de medicamentos con libre circulación por la UE

- En algunos casos seguimiento de volúmenes de prescripción específicos a los médicos tratantes con base a la adherencia a guías de prescripción y la asignación de metas presupuestales para cada profesional. Esta última medida ha sido controversial y en algunos países, descartada debido a la presentación de acciones judiciales.

### **Los sistemas de información y el MIPRES como herramienta de prescripción electrónica.**

La OMS define los sistemas de información en salud como el conjunto de componentes y procedimientos organizados con el objetivo de generar información para mejorar las decisiones de gestión de la atención médica en todos los niveles del sistema de salud (Lippeveld, Sauerborn, Bodart, & World Health Organization, 2000). Su papel fundamental es la constitución de nuevas prácticas en todos los campos contenidos por las ciencias de la salud no solamente en cuanto a la toma de decisiones, sino también en torno a la formación profesional, la interacción con el paciente, y el control de la actividad del personal en salud enfocado hacia la prevención de errores y el ahorro de costos por dicha causa (Plazzotta, Luna, González, & Quiros, 2015). De igual manera y como consecuencia del auge de la informática en las últimas décadas las tecnologías de la información han cobrado importancia como proveedores de datos evolucionando desde simples herramientas diseñadas para la gestión financiera o el control de procesos hasta complejas redes de captación y análisis, orientadas al mejoramiento continuo y la eficiencia de la prestación de servicios convirtiéndose en un aporte valioso de los sistemas de información (Plazzotta et al., 2015). Este contexto plantea un nuevo desafío dado por la selección acertada y el uso eficaz del gran volumen de información obtenida.

Lippeveld et al (2000) identifican cinco aspectos claves que dificultan el cumplimiento de los propósitos establecidos una vez se ha implementado el sistema de información: 1) generación de

información irrelevante que no se alinea ni se necesita para cumplir con el objetivo 2) sesgos en la recolección del dato 3) disgregación de los datos obtenidos en diferentes subsistemas (administrativo, epidemiológico, datos rutinarios, etc.) implicando dificultades en la integración de resultados con frecuencia redundantes o súper puestos 4) retraso en la entrega de resultados que influye sobre la toma de decisiones y 5) bajo uso de la información recolectada. (Bogaert, van Oers, & Van Oyen, 2018) describen inconvenientes en la implementación del sistema de información unificado para los países miembros de la unión europea tales como la diversidad de sistemas internos (nacionales) que favorecen la fragmentación de la información y problemas de acceso dados por retrasos o por variaciones en el concepto de la medición que impiden la comparabilidad de los datos obtenidos.

En el caso de Nigeria, el análisis interministerial realizado en el año 2013 evidenció fragmentación de la información, presencia de informes paralelos, pobre articulación institucional y ausencia de objetivos establecidos según el impacto de la medición sobre la toma de decisiones. Kumar, Gotz, Nutley, & Smith, 2018 encontraron que las limitaciones en el recurso humano y en infraestructura también hacen parte de los factores limitantes del desarrollo de los sistemas de información siendo aspectos particularmente sensibles para los países en desarrollo.

En Colombia la Ley 100 de 1993 y la Ley 1151 de 2007 (Plan de Desarrollo 2006-2010) incluyen la descripción de los lineamientos, las responsabilidades y el financiamiento de los sistemas de información en salud evidenciando el esfuerzo hecho por el gobierno de establecer una política nacional al respecto. La Ley 1438 de 2011 da cabida al SISPRO que es el sistema de información integrada más grande del país que abarca datos generados sobre estados de salud, condiciones laborales, asistencia social, riesgos profesionales y sistema pensional.



A pesar de que existe una amplia regulación sobre el tema en la realidad el país presenta los mismos inconvenientes reportados en otras latitudes, fragmentación de la información debido a que las instituciones que reportan tienen sistemas propios no compatibles entre sí ni con los gubernamentales, pobre calidad del reporte, duplicidad de resultados y bajo uso de la información. También se detectan debilidades importantes en la recolección de información sobre morbilidad y gestión administrativa (Bernal & Forero, 2011). Eslava, Camelo, Rosero, Vásquez, & Mejía (2018) demuestran además la existencia de un gran volumen de indicadores que impiden la consulta práctica de la información, restricción en el acceso a los datos y poca claridad de las entidades generadoras sobre las bases de datos que reposan en sus bodegas; por otra parte, la mayoría de las mediciones actuales corresponden o están centradas en la gestión financiera dejando de lado la evaluación de las actividades orientadas a la garantía del derecho a la salud tales como barreras de acceso a prestación de servicios, oportunidad de la prestación, vigilancia de la red de prestadores, funcionamiento de las rutas integrales de atención, gestión de los eventos de enfermedad y de los eventos adversos (Eslava et al., 2018).

El MIPRES recolecta la información electrónicamente una vez el profesional previamente inscrito en el aplicativo elabora la orden, esta información migra a la bodega única de datos del SISPRO y de allí a los llamados CUBOS de información a los que se puede acceder con la autorización directa del Ministerio de Salud y Protección Social. La información obtenida puede filtrarse por número de personas, número de prescripciones, número de dispositivos, número de medicamentos, número de EPS, o número de procedimientos. Contiene también datos demográficos tales como edad, género, etnia, diagnósticos, presencia de enfermedad huérfana y distribución geográfica de las prescripciones. Describe los medicamentos formulados especificando tipo (control especial, UNIRS, vital no disponible) principio activo, dosis,

concentración, presentación, vía de administración y si la prescripción es única o consecutiva.

Para los dispositivos médicos se puede obtener información sobre tipo. Además la página web de SISPRO contiene un módulo específico sobre el MIPRES, allí puede encontrarse la información sobre normatividad, novedades y modificaciones realizadas al aplicativo, instructivos sobre registro de profesionales, forma de realizar o anular la prescripción y consulta de la misma, lista actualizada de tecnologías UNIRS.

Las instituciones prestadoras de servicios, las aseguradoras y las entidades territoriales pueden consultar las prescripciones hechas para una fecha o un paciente específico junto con los datos del prescriptor, causas de la prescripción, justificación de la prescripción, perfil de seguridad de la tecnología prescrita según consideración del prescriptor, duración del tratamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019) y tecnologías que requirieron evaluación por la Junta de Profesionales de Salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional ambulatorio y medicamentos del listado de usos no incluidos en registro sanitario (UNIRS), prescritos por el profesional de la salud.

Los profesionales en salud inscritos a la plataforma MIPRES pueden consultar las prescripciones realizadas por sí mismos o las realizadas a un paciente específico. También se encuentra para libre consulta el reporte trimestral de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el PBS con cargo a la UPC-MIPRES no PBS, en el momento en que se elaboró este artículo, solamente se encontraba la información del primer semestre del año anterior y no fue posible consultar en la página web ni la información anterior ni la posterior a junio de 2018; en el primer informe del aplicativo que corresponde al año 2017, se obtienen datos relacionados con el porcentaje de participación de cada servicio sobre el total de prescripciones, en el que los

medicamentos corresponden al 87% de las órdenes elaboradas, el 6.5% a procedimientos y el 3.6% a productos nutricionales.

La tasa de prescripción por EPS presenta una distribución heterogénea que va entre el 26.6 para Nueva EPS hasta 4.1 para Cafesalud por cada mil afiliados. Los medicamentos más formulados presentan un porcentaje uniforme de alrededor del 3% de la prescripción del total de este grupo destacando aquellos relacionados con el control del dolor como pregabalina, paracetamol en combinación con psicodélicos y codeína en combinación con psicodélicos. En el caso de los procedimientos sí se observa una concentración del 29% de todas las órdenes en la tomografía óptica coherente de estructura ocular. En cuanto a los productos nutricionales el 47% de la prescripción se concentra en los tres primeros más formulados y de estos el 40% pertenecen al mismo laboratorio.

Para los servicios complementarios el ítem más solicitado corresponde a pañales sugiriendo que este insumo es percibido por los pacientes como de alto costo.

En cuanto a los dispositivos médicos el 60% están relacionados con el mantenimiento de las colostomías, no es posible determinar si se debe a un aumento de la prevalencia del cáncer colorrectal.

El informe también presenta los resultados de una encuesta realizada a 1418 pacientes de un total de 3.287.000 con órdenes MIPRES para todo el año, en la que se evaluó la percepción de los usuarios sobre entrega oportuna (cumplimiento del 64%), entrega completa (69% de cumplimiento) y comunicación efectiva entre la aseguradora y el paciente (48% de cumplimiento), no se describen los parámetros bajo los cuales se hizo la calificación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

El informe del primer semestre del 2018 contiene también el número de personas y prescripciones realizadas para el periodo; sin embargo, en el comparativo con los datos del año anterior se observa una diferencia aproximada de 143.917 personas y 26.049 prescripciones por trimestre respecto al informe del año 2017 para las mismas variables.

Hay un aumento significativo de las prescripciones para los períodos entre el primer y segundo trimestre de 2017 cuando la norma sobre prescripción MIPRES entra en vigencia, y primer y segundo trimestre de 2018 probablemente por el ingreso del régimen subsidiado al aplicativo, con un reporte total de 1.377.000 prescripciones. No hay cambios importantes respecto a los 10 medicamentos no PBS más formulados aunque pasan al primer lugar aquellos relacionados con el tratamiento del dolor crónico o refractario.

Por último, el informe 2018 ofrece la posibilidad de consultar el número de procedimientos, medicamentos y dispositivos no PBS por departamento, se encontró una mayor concentración de prescripciones en Antioquia seguido por Santander y Valle del Cauca (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

MIPRES resulta útil para generar alertas sobre el consumo irregular de tecnologías en salud No PBS, gracias a la descripción detallada del comportamiento de la prescripción; permite caracterizar la población usuaria, lo cual es importante para definir investigaciones sobre carga de la enfermedad y orientar así programas de atención basados en las necesidades de las comunidades locales e incluso, esbozar el impacto de las enfermedades de alto costo sobre el sistema de salud en términos de volumen de tecnologías solicitadas; los datos obtenidos sobre región, instituciones prestadoras de servicios y aseguradoras pueden facilitar la comunicación entre estas y el Estado para acordar planes de mejoramiento, capacitación o investigación que se consideren necesarios; para el profesional de salud el aplicativo permite la consulta actualizada

de las órdenes y el control de aquellas suministradas al paciente. Sin embargo, en la actualidad no se cuenta con evidencia de la ejecución de alguna de estas actividades.

La información presenta problemas de fragmentación, no existe continuidad en la generación de informes y estos se limitan a describir la frecuencia de todas las variables sin establecer causalidad o relación entre unas y otras, dificultando la generación de análisis que realmente permitan la toma de decisiones basadas en la evidencia. A la fecha no hay certeza sobre la intención de articular los datos obtenidos por el aplicativo con los de otras bases de datos del SISPRO o de carácter gubernamental; sin embargo, el Ministerio reconoce en el informe MIPRES 2017, la necesidad de armonizar los datos obtenidos con los de recobro del Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para medir el impacto económico que tienen las tecnologías No PBS sobre el gasto total en salud y así dar cumplimiento a uno de los principales objetivos de creación de la herramienta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a).

A pesar de que la Ley 100 de 1993 y la Ley 1438 de 2011 establecen que se debe agregar mediciones de desempeño de todos los actores del sistema, cuyos resultados sean de libre consulta (Bernal & Forero, 2011) el MIPRES ha enfocado el esfuerzo en el estudio financiero, olvidando otros factores relacionados, tales como, la oportunidad de entrega de los medicamentos, el seguimiento a las aseguradoras respecto al cumplimiento de la norma, las barreras de acceso a las tecnologías en salud que presentan tanto los prestadores como los pacientes o el comportamiento de las tutelas una vez entra en vigencia el aplicativo. Todos estos aspectos son garantes del derecho a la salud y terminan siendo sensibles para el entendimiento de los desafíos en cuanto a cobertura y calidad de la prestación (Eslava et al., 2018). El acceso a los datos recolectados también representa un desafío tanto para garantizar la auditoría pública de las

instituciones como para lograr la concientización del personal en salud sobre el impacto de la formulación en el gasto total.

### **Barreras de acceso y MIPRES.**

En general, existen múltiples enfoques sobre accesibilidad sanitaria, los cuales han sido útiles para la investigación en contextos sociales diferentes (Cabieses & Bird, 2014), la mayoría de los modelos teóricos coinciden en reconocer las condiciones bajo las cuales se da la interacción entre la oferta y la demanda como el pilar que soporta el estudio de las barreras de acceso. Donabedian define la accesibilidad como la interrelación entre la capacidad de obtener o usar un servicio y las posibilidades ofertadas por el sistema (Rodríguez, Rodríguez, & Corrales, 2015). Penchansky destaca las particularidades de ambos actores como los dos grandes configuradores del concepto (Levesque, Harris, & Russell, 2013). Guilford añade otras dos características importantes: la accesibilidad física y la aceptabilidad sociocultural de los servicios que implica el análisis de las barreras de acceso desde la perspectiva de los diferentes grupos sociales que pueden coexistir en una misma comunidad.

El costo en tiempo, la calidad del proveedor de servicios y la integralidad de la prestación también han sido identificados con frecuencia como aspectos claves (Torgerson, Wortsman, & McIntosh, 2006). Otros autores sugieren que la accesibilidad se restringe al proceso de buscar y recibir atención, siendo los demás factores atribuidos en realidad, determinantes de la utilización de un servicio; la brecha existente entre la disponibilidad, es decir los recursos con que cuenta el proveedor de servicios y el uso real que puede hacer de ellos aquel que los requiere corresponde a lo que se conoce como barreras de acceso las cuales están condicionadas por las características del individuo que permiten o impiden la obtención de atención (Frenk, 1985).

La OMS define los Determinantes Sociales en Salud como los factores preponderantes en el estudio de las situaciones de inequidad en cuanto a la búsqueda y la obtención de atención médica (Hirmas et al., 2013). Estos determinantes se describen como las condiciones de vivienda, de trabajo, de enfermedad y de vejez, que al estar distribuidas de manera desigual dificultan el avance de los programas sanitarios (Espelt et al., 2016).

Hirmas et al. (2013) identifican como obstáculos en el acceso los costos resultantes de la atención, los tiempos de espera prolongados, las dificultades de traslado hacia los sitios donde se presta el servicio, la escasez de infraestructura, la no disponibilidad de medicamentos y la falta de información. Por otra parte describe la satisfacción del usuario, la red de apoyo y la percepción de salud como determinantes sociales que afectan el acceso a los servicios.

Dentro de los procesos de atención, el uso de tecnologías y más específicamente el uso de los medicamentos se ha convertido en la piedra angular de la práctica médica, casi ninguna relación entre el prestador de servicios y el paciente prescinde de la prescripción de medicamentos; por lo tanto, es de esperarse que allí se perciban la mayoría de los inconvenientes en cuanto al acceso.

Un estudio comparativo entre Australia y Nueva Zelanda reveló que las dificultades se presentan en tres componentes principales: la configuración del sistema de salud, el control de precios y el reembolso (Babar, Gammie, Seyffodin, Hasan, & Curley, 2018).

El estudio de Choudry encontró, que en el grupo de pacientes norteamericanos con diagnóstico de infarto de miocardio, los copagos eran un factor decisivo a la hora de hablar de adherencia al tratamiento. En Canadá el 20% de la población de menos recursos identificó este gasto como una barrera de acceso a la medicación, y en ciudades como Quebec luego de la introducción de los copagos como medio de obtención de medicamentos el uso diario de los mismos disminuyó

hasta en un 16%, aunque en estos países el copago se calcula según el costo de adquisición del servicio y no la capacidad de pago del usuario (Tang, Ghali, & Manns, 2014).

En el caso de Latinoamérica por ejemplo, el análisis hecho para Nicaragua describe cómo las principales barreras de acceso a la medicación estuvieron relacionadas con la edad, la alfabetización en español (en el caso de las comunidades étnicas), la ubicación geográfica, el tipo de aseguramiento y la capacidad de pago. En Honduras además de las mencionadas, influyó el nivel económico del hogar.

La falta de disponibilidad y el costo de medicinas no cubiertas por los programas de aseguramiento también fueron reportadas como dificultades importantes, con una disponibilidad de medicamentos menor al 80% en los sectores tanto público como privado (Acuña et al., 2014).

El estudio comparativo realizado para algunos grupos poblacionales de Brasil y Colombia revela resultados similares en ambos países: los usuarios con mayor capacidad de pago, mejores condiciones laborales y mayor nivel educativo tienden a hacer mayor uso de los servicios de salud y los programas de promoción y prevención, como por ejemplo, detección temprana de cáncer y control de obesidad. Sin embargo, a diferencia de otros análisis este demuestra también inequidades significativas en el acceso a los servicios de salud de segundo nivel de complejidad según el régimen de aseguramiento y mayor uso de los servicios de urgencias por parte de la población más pobre (García-Subirats et al., 2014).

La existencia de una Política Farmacéutica Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social y OPS) facilita la planeación de objetivos de acuerdo con las necesidades colectivas, el control de la industria farmacéutica, la toma de decisiones consensuadas y la fundamentación de principios claros de aceptabilidad basados en evidencia científica. Sin embargo, en Latinoamérica no se



cumplen aún las metas trazadas debido a la simultaneidad de otros factores socioeconómicos que representan un reto permanente difícil de resolver encontrándose también vacíos sustanciales respecto a la regulación del mercado, la publicidad y la comercialización, el financiamiento y el uso racional (Jimenez, 2018).

Para Colombia los resultados son similares, el estudio hecho para la ciudad de Cali reportó que el aseguramiento marca diferencias estadísticamente significativas en la reclamación de medicinas (87.8% para el régimen contributivo y 59.9% para el régimen subsidiado), insatisfacción con la entrega (18.9% y 32.6% respectivamente), e insatisfacción con la ubicación (16.5% y 23.1% respectivamente) (C. Díaz, Zapata, & Aristizábal, 2015).

Los hallazgos hechos para las poblaciones de Medellín y Manizales ponen en evidencia la influencia del nivel socioeconómico en el acceso: el 47% de los afiliados al régimen contributivo devengan menos de un salario mínimo mensual lo cual puede contribuir a la priorización de otras necesidades básicas diferentes a la salud; el 56% no recibieron medicamentos incluidos en el plan de beneficios, las dos terceras partes pertenecían al régimen subsidiado. Las aseguradoras también reportaron inconvenientes en cuanto a la disponibilidad de medicamentos debido a falencias presupuestales, compras condicionadas o falta de oferta en el mercado. Otras fallas estuvieron sujetas a problemas relacionados con la selección de medicamentos, la compra, la negociación con los laboratorios según sus exigencias y en la gestión del suministro (Mejía, Vélez, Buriticá, Arango, & del Río, 2002).

La variabilidad de la oferta de servicios de salud también ha sido identificada como una barrera de acceso importante en el territorio nacional, para 2012 las regiones Caribe, Orinoquía y Pacífica fueron las que mayores necesidades de atención presentaron pero las que menos

prestadores tenían por número de habitantes, aunque se evidenció una disminución de las diferencias en la distribución de la oferta entre todas las zonas del país.

También se reportó una disminución significativa en la referencia de la falta de ingresos como causa de ausencia de atención médica básica la cual pasó de 45% a 11% lo cual sugiere un impacto positivo de las condiciones de cobertura (Ayala, 2014) .

Las demoras en la prestación y la percepción de mala calidad del servicio (entre los que se incluyen múltiples componentes como falta de información, gran volumen de trámites, desplazamientos a zonas alejadas, negación de tecnologías en salud solicitadas y falta de resolución de necesidades manifestadas) son reconocidas por los usuarios como factores significativamente influyentes en la búsqueda de atención que incluso promueven la automedicación, el uso de tratamientos caseros o el uso de medicinas alternativas (Ayala 2002, Mejía et al.,2002, Díaz 2015).

El Estado colombiano presenta desafíos importantes en el cumplimiento de la Ley en términos de garantías de acceso. La obtención real de los servicios requeridos por la población está condicionada por factores críticos como la desigualdad socioeconómica, la localización geográfica o el acceso a la información; por otra parte la configuración de las redes de prestación no favorece la atención integral ni oportuna sobre todo en las regiones periféricas del país dificultando además la implementación y la evaluación de estrategias sanitarias. En el caso de las tecnologías no incluidas en el plan de beneficios las negaciones por parte de las aseguradoras son uno de los principales inconvenientes reportados por los usuarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), allí el MIPRES constituye un acierto ya que otorga al Estado la potestad de determinar lo que debe ser financiado en favor del paciente sin necesidad de acudir a

los estrados judiciales y eliminando la posibilidad de que estas decisiones sean tomadas con el objetivo de beneficiar a terceros.

Aunque en la actualidad es posible establecer un control de las tecnologías autorizadas que realmente son entregadas al paciente (y por lo tanto recobradas al ADRES) esta información no está disponible ni tampoco la del tiempo que se invierte en la obtención de estas.

La encuesta realizada a los usuarios en 2018 y reportada en el informe de MIPRES para el mismo año da cuenta de los problemas que continúan presentándose en cuanto a la entrega oportuna y completa de las tecnologías en salud autorizadas, sugiriendo la necesidad de establecer mediciones sistemáticas que describan el comportamiento de las barreras de acceso.

El alcance de la herramienta es por lo tanto limitado, no puede dar respuesta a los problemas de fondo antes mencionados que dependen en gran medida de la situación nacional política y económica, de la configuración del mercado farmacéutico y su participación en la regulación de precios y, de las estrategias instauradas por las aseguradoras para la adquisición de las tecnologías. Sin embargo, representa un aporte significativo frente a la eliminación de la principal barrera administrativa relacionada con la autorización y podría en el futuro contribuir en el reconocimiento de las dinámicas de búsqueda y obtención de servicios en salud.

El MIPRES incorpora un avance en materia de derechos toda vez que estandariza las condiciones de prescripción de las tecnologías en salud no incluidas en el plan de aseguramiento pero es insuficiente para garantizar el acceso real a las mismas.

## **Discusión**

Luego de realizar la caracterización del MIPRES con base en la normatividad que sustenta su funcionamiento y en la información pública suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se evidencia una clara intencionalidad gubernamental de implementar la herramienta para

responder a las necesidades de control del gasto y de las barreras de acceso relacionadas con las tecnologías en salud de alto costo. Sin embargo, el análisis de estos objetivos a la luz de los estudios realizados por otros autores en la última década sobre la situación de salud en el país demuestran que en el contexto nacional existen una serie de factores complejos que determinan las circunstancias bajo las cuales se desarrollan los procesos de intervención sanitaria y que dependen en gran medida de la inversión social, el comportamiento de la economía nacional y la capacidad del Estado para controlar el mercado farmacéutico. Aunque las barreras de acceso administrativas son más evidentes para los usuarios quizás relacionadas con el despliegue informacional que los medios de comunicación han hecho sobre las demandas a las aseguradoras, en realidad las causas de inoportunidad están más relacionadas con condiciones individuales que dificultan la búsqueda de atención tales como el lugar de vivienda, la situación laboral y el acceso a la información.

El acceso en salud está definido en términos de la relación dada entre el prestador y el usuario y las barreras de acceso como los factores del individuo que dificultan esa relación (Frenk, 1985); cualquier herramienta que pretenda disminuir las barreras de acceso debe estar en la capacidad de medir la diferencia entre la disponibilidad de un servicio y la obtención real del mismo.

Aunque los sistemas de información no necesariamente están diseñados para cumplir con este requisito, en el caso del MIPRES es uno de los objetivos principales de su creación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a). Sin embargo, el alcance actual de la herramienta no puede dar respuesta a las necesidades poblacionales relacionadas con los factores socioeconómicos que influyen significativamente en los procesos de búsqueda y obtención de atención ni garantiza su seguimiento: hay diferencias sustanciales en el uso de servicios de salud condicionados por el gasto de bolsillo incluso dentro de la población afiliada (Tovar & Arrivillaga, 2014); el acceso a

la atención especializada no es equitativa y depende del régimen de aseguramiento y la zona geográfica de la vivienda (García et al., 2014b). Por otra parte, las aseguradoras continúan presentando dificultades para establecer redes integradas de atención que garanticen las condiciones de calidad ordenadas por la norma, que favorezcan la gestión transparente y eficiente de los recursos asignados, disminuyendo las posibilidades de acceso oportuno a las tecnologías en salud no PBS relacionadas con problemas de disponibilidad. Los datos obtenidos de los estudios para Colombia revelan también serios incumplimientos en la entrega de tecnologías en salud incluidas en el plan de beneficios, pero no se encontró información específica que describa a profundidad este aspecto.

Como tecnología de la información que aporta al sistema de información nacional, el MIPRES es una buena propuesta porque tiene la capacidad de recolectar un gran volumen de datos que permiten tener una visión amplia del comportamiento de la prescripción de alto costo en tiempo real; sin embargo, requiere superar algunos problemas de articulación con otras bases de datos para que sustente realmente la toma de decisiones basadas en la evidencia. A nivel internacional hay pocas herramientas de información similares: la mayoría de las plataformas de prescripción electrónica en otros países están enfocadas en garantizar la articulación entre los prescriptores, los farmacéuticos y los pacientes en aras de impactar positivamente el acceso oportuno a los medicamentos financiados por el sistema, la prevención de errores de diligenciamiento de las fórmulas médicas, la duplicación de órdenes, la prevención de interacciones medicamentosas, la pertinencia de la prescripción según medicina basada en la evidencia y el seguimiento de la adherencia al tratamiento (Wanden, Sabucedo, & Martínez, 2011) (Gilabert, López, Escoda, & Salvadó, 2010) (Peikari, Shah, Zakaria, Yasin, & Elhissi, 2015) (Samadbeik, Ahmadi, Sadoughi, & Garavand, 2017).

Excepto para Alemania y Austria, no se encontró evidencia de cómo la e-prescripción contribuye al control del gasto aunque sí existen estrategias orientadas a fijar metas presupuestales específicas con las que debe cumplir cada profesional y que en algunos casos generan sanciones económicas para aquellos que las sobrepasen (Panteli et al., 2016).

### **Conclusiones y recomendaciones**

El MIPRES está inscrito en el contexto de un sistema de salud que enfrenta el desafío permanente de garantizar la sostenibilidad, la cobertura y la calidad de la prestación de servicios dando respuesta a las necesidades poblacionales que fluctúan en función de los propios cambios sociales y culturales. Dada la complejidad de los factores atribuibles a la relación entre los procesos de atención y el recurso disponible, se hace necesario articular múltiples estrategias que promuevan el entendimiento de este comportamiento, que permitan tener una visión sistémica de la forma en que se distribuye el gasto y que estimulen la toma de decisiones con base en los datos recolectados orientados a la planeación de los programas de atención en el corto y mediano plazo.

En el caso colombiano, el diseño del modelo bajo el principio de aseguramiento universal impone la necesidad de generar controles al uso de nuevas tecnologías en salud que pueden alterar considerablemente el equilibrio financiero; sin embargo, los controles dependen tanto de una regulación estricta del mercado farmacéutico como del diseño de controles a las actividades de prescripción. Es clara la responsabilidad de los profesionales del área de la salud en cuanto al uso racional de los recursos, pero en definitiva, la capacidad que tenga el Estado de ejercer control sobre las lógicas de comercialización y disponibilidad de estas tecnologías serán determinantes en el ahorro presupuestal (Jimenez, 2018).

Las medidas que hasta el momento han demostrado efectividad, son la actualización de la lista de tecnologías en salud incluidas en los planes de beneficios y la regulación de los recobros. Como tecnología que contribuye al sistema de información en salud, el MIPRES representa una herramienta vital en el estudio de las características de la población que hace uso de los servicios no incluidos en el plan de beneficios y la forma en que se distribuyen las solicitudes en el territorio nacional. De manera indirecta, aporta al reconocimiento de grupos poblacionales en situación de riesgo sobre los cuales se podrían planear diferentes tipos de intervenciones que mitiguen el impacto de la enfermedad, el costo total del tratamiento o ambos. Determinar el comportamiento de la prescripción también favorece la comparación del desempeño individual del profesional de la salud, el desempeño institucional, el establecimiento de metas presupuestales en torno al financiamiento de las tecnologías y los recursos con que cuentan los entes territoriales y las aseguradoras dependiendo de las condiciones de salud–enfermedad de la población afiliada que varían ampliamente de una institución a otra.

En el entorno actual el MIPRES responde parcialmente al objetivo principal de generar información que facilite la toma de decisiones; sin embargo, debe superar una serie de limitantes como la falta de articulación con otras fuentes de información sobre financiamiento, costos por servicio, acceso, carga de la enfermedad, nivel socioeconómico de los pacientes y disponibilidad de centros de atención que explican el uso de las tecnologías en salud. El retraso en la publicación de los datos recolectados y las restricciones a la consulta de la información también son factores que arriesgan la utilidad de la plataforma, desincentivan su uso, desfavorecen la auditoría pública y la intervención oportuna de los problemas detectados. Por otra parte, aunque las razones que soportan la creación de la herramienta quedan ampliamente expuestas, también es necesario definir cuáles serán las intervenciones que se harán a las aseguradoras y a los

profesionales de salud que garanticen el control del gasto, basándose en los resultados arrojados por la plataforma, sin afectar el principio de la autonomía del ejercicio profesional.

El presente estudio es una evaluación muy temprana del MIPRES a solo dos años de su funcionamiento y constituye uno de los primeros aportes al análisis de la herramienta con la finalidad de describir el impacto real que puede tener sobre el sistema de salud. Es necesario realizar revisiones similares en un horizonte de tiempo mayor para determinar el impacto sobre el gasto en salud y sobre el comportamiento de las demandas legales así como los cambios implementados en el aplicativo.

## **REFERENCIAS**

- Acuña, C., Marina, N., Mendoza, A., Martins, I., Luiza, V., & Botelho, T. (2014). Determinantes sociales de la exclusión a los servicios de salud y a medicamentos en tres países de América Central. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35, 128-135.
- Agudelo, S., Vassilakopoulou, P., & Aanestad, M. (2019). “MIPRES grew like a snowball and took us with it”: *Evolution of a health information infrastructure*.  
[https://doi.org/10.18420/ihc2019\\_017](https://doi.org/10.18420/ihc2019_017)
- Andia, T. (2018). *El “efecto portafolio” de la regulación de precios de medicamentos. La respuesta de la industria farmacéutica a la regulación de precios de medicamentos en Colombia* (N.º 1507). Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ayala, J. (2014). *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso* (N.º 204; p. 45). Banco de la República.
- Babar, Z., Gammie, T., Seyffodin, A., Hasan, S., & Curley, L. (2018). Patient access to medicines in two countries with similar health systems and differing medicines policies:



- Implications from a comprehensive literature review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.04.006>
- Bardey, D., & Buitrago, G. (s. f.). *Capítulo-1: Macroeconomía de los gastos en salud en Colombia*. 42.
- Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e126
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública de México*, 57, 433-440.
- Bernal, O., & Forero, J. (2011). Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 16.
- Bogaert, P., van Oers, H., & Van Oyen, H. (2018). Towards a sustainable EU health information system infrastructure: A consensus driven approach. *Health Policy*, 122(12), 1340-1347. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.009>
- Cabieses, B., & Bird, P. (2014). Glossary of Access to Health Care and Related Concepts for Low- and Middle-Income Countries (LMICs): A Critical Review of International Literature. *International Journal of Health Services*, 44(4), 845-861. <https://doi.org/10.2190/HS.44.4.j>
- Constitución Política de Colombia (1991). Presidencia de la República de Colombia
- Díaz, A., Orbegozo, K., Safra, W., & Trisollini, R. (2013). *Sistemas de información de salud*. Recuperado de <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/273679>
- Díaz, C., Zapata, Y., & Aristizábal, J. (2015). Acceso y satisfacción con servicios curativos: análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en

- un barrio estrato 2 - Cali, Colombia. (Spanish). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14, 155.
- Eslava, J., Camelo, F., Rosero, L., Vásquez, M., & Mejía, M. (2018). Análisis de la capacidad de respuesta de los sistemas de información en salud para la supervisión de riesgos que afectan el derecho a la salud en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35).  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.acrs>
- Espelt, A., Continente, X., Domingo-Salvany, A., Domínguez-Berjón, M., Fernández-Villa, T., Monge, S., ... Borrel, C. (2016). La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 30, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.011>
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438-453.
- García, I., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A., De Paepe, P., Ferreira, M., Unger, J., ... Vázquez, M. (2014). Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *International Journal for Equity in Health*, 13, 10. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-10>
- García-Subirats, I., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A., De Paepe, P., Ferreira, M., Unger, J., ... Vázquez, M. (2014). Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *International Journal for Equity in Health*, 13, 10. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-10>
- Gilabert, A., López, P., Escoda, N., & Salvadó, C. (2010). Receta electrónica en Cataluña (Rec@t): una herramienta de salud. *Medicina Clínica*, 134, 49-55.  
[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(10\)70010-5](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(10)70010-5)

- Gómez, M., Atucha, E., & Jiménez, J. (2013). Sistemas de salud: modelos. En *Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: Un manual para ciencias de la salud* (pp. 419-424). Recuperado de <http://site.ebrary.com/id/11043162>
- Granados, R., & Gómez, M. (2000). La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. *REVISTA DE SALUD PUBLICA*, 24.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*, 53, s144-s155.
- Guillén, M., González, S., & Luque, D. (2016). Austeridad y ajustes sociales en el Sur de Europa. La fragmentación del modelo de bienestar Mediterráneo. *Revista española de Sociología*, 25, 261-272.
- Heredia, N., Asa, C. L., Feo, O., Noronha, J., González-Guzmán, R., & Torres-Tovar, M. (2015). El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? *MEDICC Review*, 17, 3.
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I., & Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 223-229. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000300009>
- Jimenez, L. (2018). La política nacional de medicamentos en el contexto de América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 398-421.
- Jiménez, W., Angulo, L., Castiblanco, Y., Gómez, M., Rey, L., Solano, L., & Urquijo, Y. (2016). Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? *Revista Colombiana de Cirugía*, 31(2), 11.
- Kumar, M., Gotz, D., Nutley, T., & Smith, J. B. (2018). Research gaps in routine health information system design barriers to data quality and use in low- and middle-income

- countries: A literature review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), e1-e9. <https://doi.org/10.1002/hpm.2447>
- Levesque, J., Harris, M., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Lippeveld, T., Sauerborn, R., Bodart, C., & World Health Organization. (2000). *Design and implementation of health information systems*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42289>
- Manuel José Cepeda Espinosa. Corte Constitucional (2008) Sentencia T-760. Derecho a la Salud. M.P. Bogotá
- Mejía, S., Vélez, A., Buriticá, O., Arango, M., & del Río, J. (2002). La política farmacéutica nacional en Colombia y la reforma de la seguridad social: acceso y uso racional de medicamentos. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1025-1039. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400009>
- Mettler, T., & Vimarlund, V. (2017). All that Glitters is not Gold: Six Steps Before Selecting and Prioritizing e-Health Services. *Journal of Medical Systems*, 41(10), 154. <https://doi.org/10.1007/s10916-017-0801-9>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Anexo técnico para la disposición de información de prescripción Versión Beta*. Recuperado de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Cifras financieras del sector salud , recobros al Fosyga por tecnologías no incluidas en el plan de beneficios 2009- 2014* (N.º Boletín 11). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Descripción de las prescripciones realizadas a través de MIPRES Enero a diciembre 2017*. Recuperado de <https://consultorsalud.com>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *La tutela en salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Reporte trimestral de prescripción de servicios y/o tecnologías en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC – MIPRES NoPBS*. Recuperado de <https://sig.sispro.gov.co>
- Panteli, D., Arickx, F., Cleemput, I., Dedet, G., Eckhardt, H., Fogarty, E., ... Busse, R. (2016). Pharmaceutical regulation in 15 European countries. *Health System in Transition, 18*(5), 1-118.
- Peikari, H., Shah, M., Zakaria, M., Yasin, N., & Elhissi, A. (2015). The impacts of second generation e-prescribing usability on community pharmacists outcomes. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP, 11*(3), 339-351.  
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.08.011>
- Plazzotta, F., Luna, D., González, F., & Quiros, B. (2015). Sistemas de Información en Salud: Integrando datos clínicos en diferentes escenarios y usuarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 32*(2), 343-351.
- Rodríguez, J., Rodríguez, D., & Corrales, J. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(6), 1947-1958. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
- Samadbeik, M., Ahmadi, M., Sadoughi, F., & Garavand, A. (2017). A comparative review of electronic prescription systems: Lessons learned from developed countries. *Journal of Research in Pharmacy Practice, 6*(1), 3. <https://doi.org/10.4103/2279-042X.200993>

Sánchez, O., Mesa, G. H., Ruíz-, A. F., Quintero, D. N., López, S., Serna, J. S., & Muñoz, P. A.

(2017). Ahorro del sistema de salud por la regulación directa de precios de venta de medicamentos biotecnológicos en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31).

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.assr>

Tang, K. L., Ghali, W. A., & Manns, B. J. (2014). Addressing cost-related barriers to prescription drug use in Canada. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 186(4),

276-280. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121637>

Torgerson, R., Wortsman, A., & McIntosh, T. (2006). *Towards a Broader Framework for Understanding Accessibility in Canadian Health Care*. 51.

Tovar, L. M., & Arrivillaga, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Gerencia y*

*Políticas de Salud*, 13(27). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.eaia>

Uthoff, A. (2014). *Alternativas para abordar los desafíos de la protección social en salud y pensiones en América Latina*.

Wanden, C., Sabucedo, L., & Martínez, I. (2011). Investigación virtual en salud: las tecnologías de la información y la comunicación como factor revolucionador en el modo de hacer

ciencia. *Salud Colectiva*, 7, S29-S38. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652011000400004>