Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: **202311501012881**
Fecha: **29-05-2023**

Bogotá D.C.,

Señores
JUZGADO QUINTO CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYAN
Correo Electrónico: j05ccpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co
Popayán, Cauca

Código de verificación: B6034

Para verificar la autenticidad del documento escaneé el QR o ingrese al link: https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/consultaWebMinSalud/ y digite el número del radicado y el Código de verificación.

ASUNTO: Respuesta al Oficio No. 089 del 12 de mayo de 2023 Radicado Minsalud No. 202342301146942

Respetados señores,

En atención al oficio allegado a este Ministerio en el que decreta oficiosamente las siguientes pruebas:

> *"(…)* ***a****.- ORDENAR oficiarle al Ministerio de Salud a fin de que, dentro de los diez (10) días siguientes al recibo de la correspondiente comunicación, le informe al Juzgado sobre los siguientes hechos****: i.-*** *Para el 01 de mayo de 2017, cuando un paciente requería atención por urgencias, de qué forma la EPS a la cual se encontraba afiliado, le debía de garantizar esa clase de atención;* ***ii****.- Si al consultar a una IPS que carecía de especialista, en este caso, de oftalmólogo-retinólogo, bajo qué procedimiento se debía de enviar el paciente a una institución de un mayor nivel de complejidad para que recibiera la atención especializada que demandaba su condición de salud;* ***iii****.- Si la IPS o el Hospital que atendió al paciente por urgencias para la citada fecha, estaba obligada o no, antes de remitir al paciente a otra IPS de mayor complejidad, verificar que esa IPS a la cual estaba direccionando al paciente, contara con el especialista en la patología que comprometía la salud del paciente o cuál era el procedimiento o protocolo que se debía de seguir en un caso en el cual se consultó por urgencias, determinó que la usuaria de salud presentaba un «desprendimiento de retina bilateral», no obstante, se remitió a una IPS que, para ese momento, carecía de especialista en la materia;* ***iv****.- Si a la IPS que se remitió a la paciente, la que no contaba con el especialista requerido, después de solicitarle a la EPS autorización para que la usuaria de la salud fuese trasladada a otro centro asistencial que tuviese oftalmólogo-retinólogo y, según se dijo, sin obtener una respuesta de la EPS, para garantizarle a la paciente fuese atendida por urgencias, la atención especializada que demandaba su condición de salud, podía enviarla por su propia cuenta, tomando en cuenta la urgencia y condición de salud de la usuaria del sistema, sin la autorización de la EPS, a otra Institución Prestadora del Servicio de Salud que contara para el momento con el especialista indicado o debía esperar que la EPS diera la autorización, a pesar*

*del «desprendimiento de retina bilateral» que padecía la paciente; **v.-** Cuál era el tiempo máximo de respuesta de una EPS, frente a un requerimiento de una IPS para trasladar a la paciente a una institución de mayor nivel de complejidad para que fuese atendida por urgencias, dado las consecuencias que le puede acarrear a las salud de la persona, en este caso, el no tratarle el «desprendimiento de retina bilateral» que enfrentaba cuando consultó en urgencias; **vi.-** Tomando en cuenta la referenciada patología, el concepto del médico que indicaba que la paciente requería valoración por oftalmología urgente y posteriormente, la remisión urgente a retinólogo, se podía mantener a la paciente, en el transcurso del tiempo, sin esa valoración especializada; **vii**.- En el caso de autos, la paciente consultó el 01 de mayo de 2017 quien, según el registro médico, para esa fecha llevaba dos (2) días de evolución, valorándosele el 02 de mayo por oftalmólogo quien conceptuó «paciente con desprendimiento de retina ojo derecho, requiere valoración por retinólogo nivel IV», precisándose en el historial clínico que se inició trámites antes la EPS, Aseguradora de Salud que finalmente, se dijo no le garantizó el acceso a la valoración especializada y al tratamiento médico requerido por la paciente según se indicó en el escrito de demanda, por ello, se deberá precisar cuáles eran los protocoles médicos e institucionales establecidos para atender una urgencia como la reseñada, a efectos de evitarle una mayor complicación en la salud visual a la paciente y conjurar la patología que enfrentaba; **viii**.- En qué consiste una «urgencia vital» y una «urgencia oftalmológica», en este caso, la «paciente con desprendimiento de retina ojo derecho, requiere valoración por retinólogo nivel IV» y cuáles son las medidas de atención médica que, bajo la condición de «urgencias», se debieron adoptar para garantizarle la atención a la paciente que presentaba esa clase de padecimiento y **ix**.- Precisar la normatividad bajo la cual se debieron prestar los servicios y que fundamenten las respuestas objeto de esta consulta.- (…)"*

Al respecto me permito informar que, el a través del memorando No. 202331200179643 la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgo Laborales y Pensionales de este Ministerio emite respuesta en los siguientes términos:

"(…) Hemos recibido una serie de preguntas mediante oficio No. 089 del Juzgado Quinto Civil del Circuito Palacio de Justicia Luis Carlos Pérez Popayán (Cauca), dentro del proceso de responsabilidad civil contractual y extracontractual relacionado en el asunto, por lo cual, nos permitimos allegar el insumo técnico respectivo, con el fin de solicitar que desde la Dirección Jurídica se proceda a dar atención al despacho judicial, de conformidad con las competencias y representación judicial y extrajudicial a nombre de este Ministerio.

A continuación, remitimos las respuestas técnicas a los interrogantes números 1 al 7 primera parte, en el marco de las competencias de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, manifestando respecto a los numerales 7º segunda parte y 8º corresponden a otras dependencias al interior del Ministerio según justificación relacionada en cada ítem, así:

i.- Para el 01 de mayo de 2017, cuando un paciente requería atención por urgencias, de qué forma la EPS a la cual se encontraba afiliado, le debía de garantizar esa clase de atención.

Relativo a la atención de urgencias, la reglamentación nacional establece que se debe garantizar la atención de urgencias para todas las personas, de acuerdo con lo
dispuesto por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993[1], en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015, así:

*"**Artículo. 168.-Atención inicial de urgencias.** La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el fondo de solidaridad y garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento (…)"[2]*

Y, en cuanto a lo relacionado con la función de las EPS frente a la atención de urgencias, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007[3] definió que las Entidades Promotoras de Salud son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, definiendo así mismo el aseguramiento en salud como:

*"Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, **la gestión del riesgo en salud**, **la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador** y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud"*
(negrillas fuera de texto).

Con el marco citado, se colige tanto para el año 2017 como para la actualidad y desde la Ley 100 de 1993 se ha reglamentado para que la atención de

urgencias se garantice a todas las personas sin ninguna barrera, ni limitación. Es tanto así, que sin importar si la persona se encuentra o no afiliada al Sistema General de Seguridad social en Salud
– SGSSS, se garantiza la atención de urgencias en todo el territorio colombiano.

Ahora bien, si una persona ya se encuentra afiliada al SGSSS, la EPS tiene la responsabilidad de brindar a través de su red prestadora la atención de los servicios de salud del Plan de Beneficios en Salud – PBS anteriormente Plan Obligatorio de Salud – POS, y para el caso de la atención de urgencias, igualmente es su deber garantizar la [1]atención en cualquier parte del país, realizando el reconocimiento y pago como lo establece el artículo 2.5.3.6.1 del Decreto 780 de 2016[4] de dicha atención aún si no hubiese contrato previo con el prestador de servicios de salud, es decir incluso si la Institución Prestadora de Servicios de Salud no hace parte de la Red contratada por la EPS.

ii- Si al consultar a una IPS que carecía de especialista, en este caso, de oftalmólogo-retinólogo, bajo qué procedimiento se debía de enviar el paciente a una institución de un mayor nivel de complejidad para que recibiera la atención especializada que demandaba su condición de salud.

Primero es menester precisar que la regulación de los acuerdos de voluntades entre las Entidades Responsables de Pago – ERP y los Prestadores de Servicios de Salud - PSS o los Proveedores de Tecnologías en Salud – PTS; presentó una importante modificación y actualización normativa siendo inicialmente el Decreto 4747 de 2007[2] el marco vigente para la época de los hechos (año 2017) y posteriormente y a partir del 28 de marzo de 2022, éste Ministerio expidió el Decreto 441 de 2022[6] vigente actualmente, ambos incorporados en el Decreto 780 de 2016[7].

---

[11] *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*

[2] *Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-408-94 del 15 de septiembre de 1994, Magistrado Ponente Dr. Fabio Morón Díaz.*

[3] *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*

[4] *Decreto Único Reglamentario del sector salud*

[25] *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*

[6] *Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud*

[7] *Decreto Único Reglamentario del Sector Salud*

Con el fin de dar contexto a las respuestas en adelante del cuestionario formulado, es pertinente tener en cuenta las definiciones del artículo 3º del Decreto 4747 de 2007 citado, vigente en el 2017 pero actualmente derogado, el cual conceptuó:

a. ***Prestadores de servicios de salud:*** *Se consideran como tales las* ***instituciones prestadoras de servicios de salud*** *y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.*

b. ***Entidades responsables del pago de servicios de salud:*** *Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud,* ***las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado****, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.*

Red de prestación de servicios: *Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia* ***establecidos por la entidad responsable del pago****, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.*

e. Referencia y contrarreferencia. *Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios* ***definida por la entidad responsable del pago****. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de*[3] *salud, a otro*

[38] *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009*
[9] *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007*

prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud (...)[4]

f. Acuerdo de voluntades: *Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen" (negrillas fuera de texto)*

Enunciado lo anterior, en relación con el procedimiento que se debía realizar por parte de una institución para remitir a un paciente a un servicio de salud de mayor nivel de complejidad, éste corresponde al proceso de referencia y contrarreferencia señalado en el artículo 2.5.3.2.16 de Decreto 780 de 2016, vigente actualmente, que dispone así:

Artículo 2.5.3.2.16 Proceso de referencia y contrarreferencia. *El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las* ***entidades responsables del pago*** *de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.*

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud ***la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físi- cos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la aten- ción de pacientes****.*

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora. *Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago" (negrillas fuera de texto)*

4

Sea preciso señalar para el caso en concreto, en la Resolución 4331 de 2012[8] modificatoria de la Resolución 3047 de 2008, se dispuso lo siguiente respecto al proceso:

*"**Artículo 9**. Los procesos de referencia y contrarreferencia de que trata el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007, deberán efectuarse de conformidad con lo señalado en los **Formatos Estándares de Referencia y Contrarreferencia de pacientes contenidos en los Anexos Técnicos Nos. 9** y 10 que hacen parte integral de la presente resolución.*

***Cuando el servicio requerido deba ser prestado por otro prestador,** el formato de referencia de pacientes contenido en el Anexo Técnico No. 9 que hace parte integral de la presente resolución, **será suficiente como solicitud de autorización y reemplaza el Anexo Técnico No. 3** de la Resolución 3047 de 2008.*

***Parágrafo 1.** Cuando el paciente atendido en el servicio de urgencias u hospitalización, requiera remisión a otro prestador y **no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, dicho prestador, deberá informar de ello al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del respectivo ente territorial**, o a quien haga sus veces, diligenciando el formato estandarizado de referencia contenido en el Anexo Técnico No. 9 que hace parte integral de la presente resolución. (…)" (negrillas fuera de texto)*

Siendo así, es necesario precisar que en la mencionada Resolución 3047 de 2008 se precisó que el formato de referencia de pacientes del que se hace mención en el artículo 9, será suficiente como solicitud de autorización, por tanto, el Prestador de Servicios de Salud solo debía diligenciar el Anexo Técnico No. 9 y enviarlo a la Entidad Responsable de Pago, para el debido trámite de referencia, entendiéndose así que aplican los tiempos y el procedimiento dispuestos en los artículos 4° y 5° de la Resolución 3047 de 2008.

Ahora bien, respecto al procedimiento del Prestador, aplica lo dispuesto en el artículo 4º de la Resolución 3047 de 2008[9] reglamentaria del Decreto en cita 4747 de 2007, que se señala a continuación:

***Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.** Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el **Anexo Técnico No. 3** que hace parte integral de la presente resolución.*

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para solicitar autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente. El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.
(...)
PARÃGRAFO 3o. ***En caso de que el paciente requiera para su atención remisión a otro prestador, el prestador de servicios de salud deberá emplear el formato y seguir el procedimiento establecido en este artículo****. Una vez definido el prestador receptor, el prestador remitente deberá diligenciar y enviar al prestador receptor la nota de remisión con la información clínica del paciente"*

Así las cosas, con el marco normativo expuesto, se cita lo regulado por este Ministerio sobre el procedimiento a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Responsables de Pago, en los casos en los que, debido a la condición de salud de la persona, se requiera el proceso de referencia y contrarreferencia a una institución de un mayor nivel de complejidad.

iii.- Si la IPS o el Hospital que atendió al paciente por urgencias para la citada fecha, estaba obligada o no, antes de remitir al paciente a otra IPS de mayor complejidad, verificar que esa IPS a la cual estaba direccionando al paciente, contara con el especialista en la patología que comprometía la salud del paciente o cuál era el procedimiento o protocolo que se debía de seguir en un caso en el cual se consultó por urgencias, determinó que la usuaria de salud presentaba un «desprendimiento de retina bilateral», no obstante, se remitió a una IPS que, para ese momento, carecía de especialista en la materia.

Bajo el marco de lo definido en el artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016 arriba ci - tado sobre el proceso de referencia y contrarreferencia, la operación del sistema de re- ferencia y contrarreferencia es obligación de las ***entidades responsables del pago*** *de servicios de salud, quienes deben disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, de tal forma que señaló esta disposición responsabilidades tanto para las entidades responsables del pago como para los prestadores de servicios de salud al enunciar: "...Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención,* ***es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora*** *que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.* ***La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora.***

Para efectos operativos, la entidad responsable de pago, una vez recibió el formato de referencia dispuesto en el Artículo 9 de la Resolución 3047 de 2008 o la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias fijado en el artículo 4 de la Resolución 3047 de 2008, debió dar respuesta empleando el formato y procedimiento descrito en el artículo 5 de la misma Resolución 3047 de 2008, que establece lo siguiente:

*"**Artículo 5. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso de***

autorización adicional. *Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para su respuesta, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente resolución.*

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. *Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:*

a. *Para la atención posterior a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.*
b. *Para la atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.*

2. *En caso de que la solicitud implique la remisión a otro prestador,* ***la entidad responsable del pago deberá dar la autorización de servicios en el formato y con el procedimiento establecido en este artículo, al receptor del paciente con copia al prestador solicitante****. Lo anterior, sin perjuicio de que el prestador solicitante garantice la continuidad de la atención del paciente mientras se produce el traslado. La entidad responsable del pago deberá cancelar los servicios prestados mientras se asume el manejo por el prestador receptor.*

(...)

5. En caso de ***que la solicitud implique la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador de servicios de salud deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, emergencias y desastres - CRUE de la dirección territorial respectiva****, o a la dirección territorial en el caso que no exista CRUE,* ***quien definirá el prestador a donde debe remitirse el paciente****. La entidad responsable del pago deberá cancelar el valor de la atención a la entidad receptora en los términos definidos en el acuerdo de voluntades y en el caso de no existir éste, en las normas vigentes sobre la materia y no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado (...)" (negrilla fuera de texto)*

De acuerdo, con lo señalado en el marco regulatorio expuesto, la remisión de un paciente a otra IPS de mayor complejidad se enmarca en la operación del proceso de referencia y contrarreferencia, el cual es responsabilidad de la entidad responsable de pago y para lo cual debió haberse seguido los procedimientos descritos en los artículos 4°, 5º y 9° de la Resolución 3047 de 2008.

iv.- Si a la IPS que se remitió a la paciente, la que no contaba con el especialista requerido, después de solicitarle a la EPS autorización para que la usuaria de la salud fuese trasladada a otro centro asistencial que tuviese oftalmólogo-retinólogo y, según se dijo, sin obtener una respuesta de la EPS, para garantizarle a la paciente fuese atendida por urgencias, la atención especializada que demandaba su condición de salud, podía enviarla por su propia cuenta, tomando en cuenta la urgencia y condición de salud de la usuaria del sistema, sin la autorización de la EPS, a otra Institución Prestadora del Servicio de Salud que contara para el momento con el especialista indicado o debía esperar que la EPS diera la autorización, a pesar del «desprendimiento de retina bilateral» que padecía la paciente.

Como se ha citado en las respuestas a las preguntas que anteceden, se considera pertinente señalar para dar respuesta a este punto iv, lo establecido en el artículo 4º de la Resolución 3047 de 2008 relativo a que, si luego de los tres (3) intentos de envío debidamente soportados, en un período no menor de cuatro (4) horas, el prestador de servicios de salud no logra comunicación con la entidad responsable del pago, debe remitir la solicitud de autorización a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud.

Así como lo citado del artículo 5º de la Resolución 3047 en cita, sobre el detalle del procedimiento para la respuesta a la solicitud de autorización y en especial, lo descrito frente a las situaciones de no respuesta por parte de la Entidad Responsable de Pago, ***en el cual el Prestador de Servicios de Salud debe informar al Centro Regulador de Urgencias, emergencias y desastres - CRUE de la dirección territorial respectiva, o a la dirección territorial en el caso que no exista CRUE, quien definirá el prestador a donde debe remitirse el paciente****.*

Además de lo establecido en el parágrafo 1 del articulo 9º de la Resolución 4331 de 2012, así:

"...Parágrafo 1. *Cuando el paciente atendido en el servicio de* ***urgencias*** *u hospitalización,* ***requiera remisión*** *a otro prestador y* ***no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, dicho prestador, deberá informar de ello al Centro Regulador de Urgencias****, Emergencias y Desastres del respectivo ente territorial, o a quien haga sus veces, diligenciando el formato estandarizado de referencia contenido en el Anexo Técnico No. 9 que hace parte integral de la presente resolución"*

Por lo tanto, está claro en el marco normativo el procedimiento que debió realizar la Institución Prestadora de Servicios de Salud con el paciente a cargo, ante una solicitud de servicios de salud sin respuesta por parte de una Entidad Responsable de Pago.

v.- Cuál era el tiempo máximo de respuesta de una EPS, frente a un requerimiento de una IPS para trasladar a la paciente a una institución de mayor nivel de complejidad para que fuese atendida por urgencias, dado las consecuencias que le puede acarrear a la salud de la persona, en este caso, el no tratarle el «desprendimiento de retina bilateral» que enfrentaba cuando consultó en urgencias.

Se citó anteriormente, el artículo 5º de la Resolución 3047 de 2008 en el cual se establecen los formatos y procedimientos para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, que fija términos dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud para la atención posterior a la atención inicial de urgencias y, dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud, para la atención de servicios adicionales.

vi.- Tomando en cuenta la referenciada patología, el concepto del médico que indicaba que la paciente requería valoración por oftalmología urgente y posteriormente, la remisión urgente a retinólogo, se podía mantener a la paciente, en el transcurso del tiempo, sin esa valoración especializada

Al respecto, vale la pena traer en cita el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007[10], modifica- do por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, el cual reza:

***"Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud:** Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. **El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la rela- ción entre el profesional de la salud y el usuario**. Esta relación de asistencia en salud ge- nera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.*

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y ac- tividades profesionales de sus pares sobre la base de:

1. ***El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios** (...)"*

Por su parte, el artículo 105 de la Ley 1438 de 2011 dispone que se entiende por auto- nomía los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión, señalando además que ***"los profesionales de la medicina, se encuentren en la facultad de tomar las acciones que consideren pertinentes para garanti- zar la atención integral de salud de sus pacientes..."***

A su vez el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015[11] *indica que se garantizará la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, las cuales serán ejercidas en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y evidencia científica, precepto normativo que señala lo siguiente:*

*"**ARTÍCULO 17. AUTONOMÍA PROFESIONAL.** Se garantiza la autonomía de los profesio- nales de la salud **para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pa- cientes que tienen a su cargo**. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica(...)"*

Teniendo en cuenta lo expuesto, sumado al esbozo normativo realizado en las respuestas a todas las preguntas que anteceden, la regulación da cuenta del fundamento legal del criterio médico del médico tratante, ante el tratamiento y/o manejo que requiera un paciente, en ejercicio de su autonomía, descrita en el artículo 105 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015 citados, ante los cuales puede adoptar las decisiones relativas al diagnóstico y tratamiento de sus pacientes a cargo.

Así las cosas y de acuerdo a las normas expuestas, los profesionales de la medicina, se encuentran en la facultad de tomar las acciones que consideren pertinentes para garantizar la atención integral de salud de sus pacientes según su condición de salud y con mayor veracidad tratándose de la atención de urgencias, la cual debe buscar preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

vii.- En el caso de autos, la paciente consultó el 01 de mayo de 2017 quien, según el registro médico, para esa fecha llevaba dos (2) días de evolución, valorándosele el 02 de mayo por oftalmólogo quien conceptuó «paciente

con desprendimiento de retina ojo derecho, requiere valoración por retinólogo nivel IV», precisándose en el historial clínico que se inició trámites antes la EPS, Aseguradora de Salud que[5] finalmente, se dijo no le garantizó el acceso a la valoración especializada y al tratamiento médico requerido por la paciente según se indicó en el escrito de demanda, por ello, se deberá precisar cuáles eran los protocoles médicos e institucionales establecidos para atender una urgencia como la reseñada, a efectos de evitarle una mayor complicación en la salud visual a la paciente y conjurar la patología que enfrentaba.

Lo primero, en el marco de los acuerdos de voluntades entre las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud, debe tenerse en cuenta que mediante el artículo 5 del Decreto 4747 de 2007, se fijaron algunos requisitos mínimos a tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos en la prestación de servicios, tales como:

"(…)

a. Por parte de los prestadores de servicios de salud:

1. *Habilitación de los servicios por prestar.*
2. *Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.*
3. ***Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.***
4. *Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.*

b. Por parte de las entidades responsables del pago

1. *Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.*
2. ***Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.***
3. *Diseño y **organización de la red de servicios**, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.*

---

[5] [10] *Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*
[11] *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*

4. *Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.*
5. ***Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.***
6. ***Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia** que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red" (negrillas fuera de texto)*

De tal forma que, tanto en los modelos de prestación de servicios definidos por el prestador, en los modelo de atención definidos por la entidad responsable del pago, adicional al diseño y organización de la red de servicios, los Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y por supuesto en el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia las partes desde la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, debieron incluir los guías o protocolos institucionales establecidos en desarrollo del objeto contractual y para la atención de la población a cargo.

*En segundo lugar, se considera necesario de acuerdo a la pertinencia técnica relacionada con los protocolos solicitar insumo técnico a la **Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria en Salud** de este Ministerio.*

viii.- En qué consiste una «urgencia vital» y una «urgencia oftalmológica», en este caso, la «paciente con desprendimiento de retina ojo derecho, requiere valoración por retinólogo nivel IV» y cuáles son las medidas de atención médica que, bajo la condición de «urgencias», se debieron adoptar para garantizarle la atención a la paciente que presentaba esa clase de padecimiento

Se Dirección de Operación de la Regulación del Aseguramiento en Salud, Riegos Laborales y Pensiones de este Ministerio no es competente para atender este numeral relativo a la definición y diferenciación de urgencia vital y urgencia oftalmológica, se sugiere solicitar concepto técnico a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres.

ix- Precisar la normatividad bajo la cual se debieron prestar los servicios y que fundamenten las respuestas objeto de esta consulta.

Se dio respuesta a cada uno de los interrogantes con la normatividad vigente para el año 2017, según lo descrito correspondiente al tiempo de los hechos.

En los anteriores términos, damos insumo para la respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1755 de 2015[12], en cuanto a que "Salvo disposición legal en contrario, los concep- tos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del dere- cho a formular consultas, no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución", constituyéndose simplemente en un criterio orientador.
(…)".

En los anteriores términos, damos respuesta a lo requerido por su despacho.

Cordialmente,

Firmado digitalmente por Anderson Alberto Lopez Pinilla

ANDERSON ALBERTO LÓPEZ PINILLA
Coordinador Grupo Defensa Legal

Anexo: Memorando No. 202331200179643
Elaboró: **Jcortes**
Ruta electrónica: **/tmp/tempDocX_6475f7cc67307.docx**

202331200179643

MEMORANDO

Bogotá, D.C., ***19-05-2023***

PARA: **Dr. GABRIEL BUSTAMANTE PEÑA**
Dirección Jurídica

DE: Directora de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

ASUNTO: **RAD 202342301146942: INSUMOS PARA RESPUESTA DENTRO DEL PROCESO 2022-00015-00 VERBAL RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL Y EXTRACONTRACTUAL QUE FORMULÓ AMPARO RAMIREZ ENRIQUEZ CONTRA COOMEVA EPS S.A OFICIO No. 089**

Cordial Saludo,

Hemos recibido una serie de preguntas mediante oficio No. 089 del Juzgado Quinto Civil del Circuito Palacio de Justicia Luis Carlos Perez Popayán (Cauca), dentro del proceso de responsabilidad civil contractual y extracontractual relacionado en el asunto, por lo cual, nos permitimos allegar el insumo técnico respectivo, con el fin de solicitar que desde la Dirección Jurídica se proceda a dar atención al despacho judicial, de conformidad con las competencias y representación judicial y extrajudicial a nombre de este Ministerio.

A continuación, remitimos las respuestas técnicas a los interrogantes números 1 al 7 primera parte, en el marco de las competencias de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, manifestando respecto a los numerales 7º segunda parte y 8º corresponden a otras dependencias al interior del Ministerio según justificación relacionada en cada ítem, así:

i.- Para el 01 de mayo de 2017, cuando un paciente requería atención por urgencias, de qué forma la EPS a la cual se encontraba afiliado, le debía de garantizar esa clase de atención.

Relativo a la atención de urgencias, la reglamentación nacional establece que se debe garantizar la atención de urgencias para todas las personas, de acuerdo con lo

202331200179643

dispuesto por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993[1], en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015, así:

> *"**Artículo. 168.-Atención inicial de urgencias.** La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el fondo de solidaridad y garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento (…)"*[2]

Y, en cuanto a lo relacionado con la función de las EPS frente a la atención de urgencias, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007[3] definió que las Entidades Promotoras de Salud son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, definiendo así mismo el aseguramiento en salud como:

> *"Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, **la gestión del riesgo en salud**, **la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador** y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud"*
> *(negrillas fuera de texto).*

Con el marco citado, se colige tanto para el año 2017 como para la actualidad y desde la Ley 100 de 1993 se ha reglamentado para que la atención de urgencias se garantice a todas las personas sin ninguna barrera, ni limitación. Es tanto así, que sin importar si la persona se encuentra o no afiliada al Sistema General de Seguridad social en Salud – SGSSS, se garantiza la atención de urgencias en todo el territorio colombiano.

Ahora bien, si una persona ya se encuentra afiliada al SGSSS, la EPS tiene la responsabilidad de brindar a través de su red prestadora la atención de los servicios de salud del Plan de Beneficios en Salud – PBS anteriormente Plan Obligatorio de Salud – POS, y para el caso de la atención de urgencias, igualmente es su deber garantizar la atención en cualquier parte del país, realizando el reconocimiento y pago como lo establece el artículo 2.5.3.6.1 del Decreto 780 de 2016[4] de dicha atención aún si no

---

[1] *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*

[2] *Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-408-94 del 15 de septiembre de 1994, Magistrado Ponente Dr. Fabio Morón Díaz.*

[3] *Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*

[4] *Decreto Único Reglamentario del sector salud*

hubiese contrato previo con el prestador de servicios de salud, es decir incluso si la Institución Prestadora de Servicios de Salud no hace parte de la Red contratada por la EPS.

ii- Si al consultar a una IPS que carecía de especialista, en este caso, de oftalmólogo-retinólogo, bajo qué procedimiento se debía de enviar el paciente a una institución de un mayor nivel de complejidad para que recibiera la atención especializada que demandaba su condición de salud.

Primero es menester precisar que la regulación de los acuerdos de voluntades entre las Entidades Responsables de Pago – ERP y los Prestadores de Servicios de Salud - PSS o los Proveedores de Tecnologías en Salud – PTS; presentó una importante modificación y actualización normativa siendo inicialmente el Decreto 4747 de 2007[5] el marco vigente para la época de los hechos (año 2017) y posteriormente y a partir del 28 de marzo de 2022, éste Ministerio expidió el Decreto 441 de 2022[6] vigente actualmente, ambos incorporados en el Decreto 780 de 2016[7].

Con el fin de dar contexto a las respuestas en adelante del cuestionario formulado, es pertinente tener en cuenta las definiciones del artículo 3º del Decreto 4747 de 2007 citado, vigente en el 2017 pero actualmente derogado, el cual conceptuó:

a. Prestadores de servicios de salud: *Se consideran como tales las* ***instituciones prestadoras de servicios de salud*** *y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.*

b. Entidades responsables del pago de servicios de salud: *Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud,* ***las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado****, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.*

c. Red de prestación de servicios: *Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia* ***establecidos por la entidad responsable del pago****, que busca garantizar la calidad de la atención en*

[5] *Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones*

[6] *Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud*

[7] *Decreto Único Reglamentario del Sector Salud*

salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

e. Referencia y contrarreferencia. *Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios* ***definida por la entidad responsable del pago****. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud (...)*

f. Acuerdo de voluntades: *Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen" (negrillas fuera de texto)*

Enunciado lo anterior, en relación con el procedimiento que se debía realizar por parte de una institución para remitir a un paciente a un servicio de salud de mayor nivel de complejidad, éste corresponde al proceso de referencia y contrarreferencia señalado en el artículo 2.5.3.2.16 de Decreto 780 de 2016, vigente actualmente, que dispone así:

Artículo 2.5.3.2.16 Proceso de referencia y contrarreferencia. *El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las* ***entidades responsables del pago*** *de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.*

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud ***la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes****.*

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora. *Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago" (negrillas fuera de texto)*

202331200179643

Sea preciso señalar para el caso en concreto, en la Resolución 4331 de 2012[8] modificatoria de la Resolución 3047 de 2008, se dispuso lo siguiente respecto al proceso:

> *"**Artículo 9**. Los procesos de referencia y contrarreferencia de que trata el artículo 17 del Decreto 4747 de 2007, deberán efectuarse de conformidad con lo señalado en los **Formatos Estándares de Referencia y Contrarreferencia de pacientes contenidos en los Anexos Técnicos Nos. 9** y 10 que hacen parte integral de la presente resolución.*
>
> ***Cuando el servicio requerido deba ser prestado por otro prestador,** el formato de referencia de pacientes contenido en el Anexo Técnico No. 9 que hace parte integral de la presente resolución, **será suficiente como solicitud de autorización y reemplaza el Anexo Técnico No. 3** de la Resolución 3047 de 2008.*
>
> ***Parágrafo 1.** Cuando el paciente atendido en el servicio de urgencias u hospitalización, requiera remisión a otro prestador y **no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, dicho prestador, deberá informar de ello al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres del respectivo ente territorial**, o a quien haga sus veces, diligenciando el formato estandarizado de referencia contenido en el Anexo Técnico No. 9 que hace parte integral de la presente resolución. (…)" (negrillas fuera de texto)*

Siendo así, es necesario precisar que en la mencionada Resolución 3047 de 2008 se precisó que el formato de referencia de pacientes del que se hace mención en el artículo 9, será suficiente como solicitud de autorización, por tanto, el Prestador de Servicios de Salud solo debía diligenciar el Anexo Técnico No. 9 y enviarlo a la Entidad Responsable de Pago, para el debido trámite de referencia, entendiéndose así que aplican los tiempos y el procedimiento dispuestos en los artículos 4° y 5° de la Resolución 3047 de 2008.

Ahora bien, respecto al procedimiento del Prestador, aplica lo dispuesto en el artículo 4º de la Resolución 3047 de 2008[9] reglamentaria del Decreto en cita 4747 de 2007, que se señala a continuación:

> ***Artículo 4. Formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.** Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene*

[8] *Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009*

[9] *Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007*

establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el ***Anexo Técnico No. 3*** *que hace parte integral de la presente resolución.*

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

Las direcciones territoriales de salud mantendrán un archivo con los informes recibidos y requerirán a las entidades responsables del pago en las que reiteradamente se detecte la imposibilidad de comunicación para solicitar autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. De este trámite deberá remitirse copia a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia. Dicho informe se considera un mensaje de datos y su archivo se realizará de acuerdo con lo establecido en la Ley 527 de 1999 o en las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente. El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.
(...)
PARÁGRAFO 3o. ***En caso de que el paciente requiera para su atención remisión a otro prestador, el prestador de servicios de salud deberá emplear el formato y seguir el procedimiento establecido en este artículo****. Una vez definido el prestador receptor, el prestador remitente deberá diligenciar y enviar al prestador receptor la nota de remisión con la información clínica del paciente"*

Así las cosas, con el marco normativo expuesto, se cita lo regulado por este Ministerio sobre el procedimiento a cargo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y

202331200179643

las Entidades Responsables de Pago, en los casos en los que, debido a la condición de salud de la persona, se requiera el proceso de referencia y contrarreferencia a una institución de un mayor nivel de complejidad.

> ***iii.- Si la IPS o el Hospital que atendió al paciente por urgencias para la citada fecha, estaba obligada o no, antes de remitir al paciente a otra IPS de mayor complejidad, verificar que esa IPS a la cual estaba direccionando al paciente, contara con el especialista en la patología que comprometía la salud del paciente o cuál era el procedimiento o protocolo que se debía de seguir en un caso en el cual se consultó por urgencias, determinó que la usuaria de salud presentaba un «desprendimiento de retina bilateral», no obstante, se remitió a una IPS que, para ese momento, carecía de especialista en la materia***.

Bajo el marco de lo definido en el artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780 de 2016 arriba citado sobre el proceso de referencia y contrarreferencia, la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las **entidades responsables del pago** de servicios de salud, quienes deben disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, de tal forma que señaló esta disposición responsabilidades tanto para las entidades responsables del pago como para los prestadores de servicios de salud al enunciar: "...*Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención,* ***es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora*** *que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.* ***La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora.***

Para efectos operativos, la entidad responsable de pago, una vez recibió el formato de referencia dispuesto en el Artículo 9 de la Resolución 3047 de 2008 o la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias fijado en el artículo 4 de la Resolución 3047 de 2008, debió dar respuesta empleando el formato y procedimiento descrito en el artículo 5 de la misma Resolución 3047 de 2008, que establece lo siguiente:

> *"**Artículo 5. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso de autorización adicional.** Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización para su respuesta, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente resolución.*

202331200179643

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo se tendrá en cuenta lo siguiente:

***1.** Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos:*

a. Para la atención posterior a la atención inicial de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.
b. Para la atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

***2.** En caso de que la solicitud implique la remisión a otro prestador, **la entidad responsable del pago deberá dar la autorización de servicios en el formato y con el procedimiento establecido en este artículo, al receptor del paciente con copia al prestador solicitante**. Lo anterior, sin perjuicio de que el prestador solicitante garantice la continuidad de la atención del paciente mientras se produce el traslado. La entidad responsable del pago deberá cancelar los servicios prestados mientras se asume el manejo por el prestador receptor.*

(...)

*5. En caso de **que la solicitud implique la remisión a otro prestador y no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, el prestador de servicios de salud deberá informar al Centro Regulador de Urgencias, emergencias y desastres - CRUE de la dirección territorial respectiva**, o a la dirección territorial en el caso que no exista CRUE, **quien definirá el prestador a donde debe remitirse el paciente**. La entidad responsable del pago deberá cancelar el valor de la atención a la entidad receptora en los términos definidos en el acuerdo de voluntades y en el caso de no existir éste, en las normas vigentes sobre la materia y no podrá devolver la factura o glosarla con el argumento de tratarse de un servicio no autorizado (...)" (negrilla fuera de texto)*

De acuerdo, con lo señalado en el marco regulatorio expuesto, la remisión de un paciente a otra IPS de mayor complejidad se enmarca en la operación del proceso de referencia y contrarreferencia, el cual es responsabilidad de la entidad responsable de pago y para lo cual debió haberse seguido los procedimientos descritos en los artículos 4°, 5º y 9° de la Resolución 3047 de 2008.

iv.- Si a la IPS que se remitió a la paciente, la que no contaba con el especialista requerido, después de solicitarle a la EPS autorización para que la usuaria de la salud fuese trasladada a otro centro asistencial que tuviese oftalmólogo-retinólogo y, según se dijo, sin obtener una respuesta de la EPS, para garantizarle a la paciente fuese atendida por urgencias, la atención especializada que demandaba su condición de salud, podía enviarla por su propia cuenta, tomando en cuenta la urgencia y condición de salud de la usuaria del sistema, sin la autorización de la EPS, a otra Institución Prestadora del Servicio de Salud que contara para el momento con el especialista

202331200179643

indicado o debía esperar que la EPS diera la autorización, a pesar del «desprendimiento de retina bilateral» que padecía la paciente.

Como se ha citado en las respuestas a las preguntas que anteceden, se considera pertinente señalar para dar respuesta a este punto *iv*, lo establecido en el artículo 4º de la Resolución 3047 de 2008 relativo a que, si luego de los tres (3) intentos de envío debidamente soportados, en un período no menor de cuatro (4) horas, el prestador de servicios de salud no logra comunicación con la entidad responsable del pago, debe remitir la solicitud de autorización a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud.

Así como lo citado del artículo 5º de la Resolución 3047 en cita, sobre el detalle del procedimiento para la respuesta a la solicitud de autorización y en especial, lo descrito frente a las situaciones de no respuesta por parte de la Entidad Responsable de Pago, **en el cual el Prestador de Servicios de Salud debe informar al Centro Regulador de Urgencias, emergencias y desastres - CRUE de la dirección territorial respectiva, o a la dirección territorial en el caso que no exista CRUE, quien definirá el prestador a donde debe remitirse el paciente**.

Además de lo establecido en el parágrafo 1 del articulo 9º de la Resolución 4331 de 2012, así:

*"**...Parágrafo 1.** Cuando el paciente atendido en el servicio de **urgencias** u hospitalización, **requiera remisión** a otro prestador y **no se obtenga respuesta por parte de la entidad responsable del pago, dicho prestador, deberá informar de ello al Centro Regulador de Urgencias**, Emergencias y Desastres del respectivo ente territorial, o a quien haga sus veces, diligenciando el formato estandarizado de referencia contenido en el Anexo Técnico No. 9 que hace parte integral de la presente resolución"*

Por lo tanto, está claro en el marco normativo el procedimiento que debió realizar la Institución Prestadora de Servicios de Salud con el paciente a cargo, ante una solicitud de servicios de salud sin respuesta por parte de una Entidad Responsable de Pago.

v.- Cuál era el tiempo máximo de respuesta de una EPS, frente a un requerimiento de una IPS para trasladar a la paciente a una institución de mayor nivel de complejidad para que fuese atendida por urgencias, dado las consecuencias que le puede acarrear a la salud de la persona, en este caso, el no tratarle el «desprendimiento de retina bilateral» que enfrentaba cuando consultó en urgencias.

202331200179643

Se citó anteriormente, el artículo 5º de la Resolución 3047 de 2008 en el cual se establecen los formatos y procedimientos para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, que fija términos dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud para la atención posterior a la atención inicial de urgencias y, dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud, para la atención de servicios adicionales.

> ***vi.- Tomando en cuenta la referenciada patología, el concepto del médico que indicaba que la paciente requería valoración por oftalmología urgente y posteriormente, la remisión urgente a retinólogo, se podía mantener a la paciente, en el transcurso del tiempo, sin esa valoración especializada***

Al respecto, vale la pena traer en cita el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007[10], modificado por el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, el cual reza:

> ***"Artículo 26. Acto propio de los profesionales de la salud:*** *Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas.* ***El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario****. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.*
>
> *Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares sobre la base de:*
>
> *1.* ***El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios*** *(...)"*

Por su parte, el artículo 105 de la Ley 1438 de 2011 dispone que se entiende por autonomía los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión, señalando además que ***"los profesionales de la medicina, se encuentren en la facultad de tomar las acciones que consideren pertinentes para garantizar la atención integral de salud de sus pacientes..."***

A su vez el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015[11] indica que se garantizará la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y trata-

[10] *Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*

[11] *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*

miento de los pacientes, las cuales serán ejercidas en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y evidencia científica, precepto normativo que señala lo siguiente:

> *"**ARTÍCULO 17. AUTONOMÍA PROFESIONAL.** Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud **para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo**. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica(...)"*

Teniendo en cuenta lo expuesto, sumado al esbozo normativo realizado en las respuestas a todas las preguntas que anteceden, la regulación da cuenta del fundamento legal del criterio médico del médico tratante, ante el tratamiento y/o manejo que requiera un paciente, en ejercicio de su autonomía, descrita en el artículo 105 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 17 de la Ley 1751 de 2015 citados, ante los cuales puede adoptar las decisiones relativas al diagnóstico y tratamiento de sus pacientes a cargo.

Así las cosas y de acuerdo a las normas expuestas, los profesionales de la medicina, se encuentran en la facultad de tomar las acciones que consideren pertinentes para garantizar la atención integral de salud de sus pacientes según su condición de salud y con mayor veracidad tratándose de la atención de urgencias, la cual debe buscar preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

> ***vii.- En el caso de autos, la paciente consultó el 01 de mayo de 2017 quien, según el registro médico, para esa fecha llevaba dos (2) días de evolución, valorándosele el 02 de mayo por oftalmólogo quien conceptuó «paciente con desprendimiento de retina ojo derecho, requiere valoración por retinólogo nivel IV», precisándose en el historial clínico que se inició trámites antes la EPS, Aseguradora de Salud que finalmente, se dijo no le garantizó el acceso a la valoración especializada y al tratamiento médico requerido por la paciente según se indicó en el escrito de demanda, por ello, se deberá precisar cuáles eran los protocoles médicos e institucionales establecidos para atender una urgencia como la reseñada, a efectos de evitarle una mayor complicación en la salud visual a la paciente y conjurar la patología que enfrentaba.***

Lo primero, en el marco de los acuerdos de voluntades entre las Entidades Responsables de Pago y los Prestadores de Servicios de Salud, debe tenerse en cuenta que mediante el artículo 5 del Decreto 4747 de 2007, se fijaron algunos

202331200179643

requisitos mínimos a tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos en la prestación de servicios, tales como:

"(...)

a. Por parte de los prestadores de servicios de salud:

1. Habilitación de los servicios por prestar.
2. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
3. ***Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.***
4. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

b. Por parte de las entidades responsables del pago

1. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
2. ***Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.***
3. Diseño y ***organización de la red de servicios****, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.*
4. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
5. ***Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.***
6. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia *que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos requeridos para la operación de la red" (negrillas fuera de texto)*

De tal forma que, tanto en los modelos de prestación de servicios definidos por el prestador, en los modelo de atención definidos por la entidad responsable del pago, adicional al diseño y organización de la red de servicios, los Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y por supuesto en el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia las partes desde la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, debieron incluir los guías o protocolos institucionales establecidos en desarrollo del objeto contractual y para la atención de la población a cargo.

202331200179643

En segundo lugar, se considera necesario de acuerdo a la pertinencia técnica relacionada con los protocolos solicitar insumo técnico a la ***Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria en Salud*** de este Ministerio.

> ***viii.- En qué consiste una «urgencia vital» y una «urgencia oftalmológica», en este caso, la «paciente con desprendimiento de retina ojo derecho, requiere valoración por retinólogo nivel IV» y cuáles son las medidas de atención médica que, bajo la condición de «urgencias», se debieron adoptar para garantizarle la atención a la paciente que presentaba esa clase de padecimiento***

Se Dirección de Operación de la Regulación del Aseguramiento en Salud, Riegos Laborales y Pensiones de este Ministerio no es competente para atender este numeral relativo a la definición y diferenciación de urgencia vital y urgencia oftalmológica, se sugiere solicitar concepto técnico a la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres.

> ***ix- Precisar la normatividad bajo la cual se debieron prestar los servicios y que fundamenten las respuestas objeto de esta consulta.***

Se dio respuesta a cada uno de los interrogantes con la normatividad vigente para el año 2017, según lo descrito correspondiente al tiempo de los hechos.

En los anteriores términos, damos insumo para la respuesta a la consulta formulada, no sin antes advertir que este concepto tiene los alcances determinados en el artículo 28 de la Ley 1755 de 2015[12], en cuanto a que *"Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas, no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución"*, constituyéndose simplemente en un criterio orientador.

Cordialmente,

Firmado digitalmente por Margarita Maria Escudero Osorio

MARGARITA MARIA ESCUDERO OSORIO

[12] *Ley 1755 de 2015: Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.*

202331200179643

Directora

Elaboró: Squiroga – Aescobar - Abarrios
Revisó/Aprobó: AArevalo

Ruta electrónica: /tmp/tempDocX_646ea1366609f.docx