

RESOLUCION

Para observaciones

MIPRES

LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC LLEGA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Establece los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios.

Ministerio de Salud

CONSULTORSALUD 2018

info@consultorsalud.com



consultorsalud

Aportando a la salud Latinoamericana

Pregunte por nuestra "Inmersión Sectorial Empresarial 2018" enfocada en relaciones prestadores pagadores / mecanismos de pago & Redes Integrales / Organizaciones Funcionales: info@consultorsalud.com o participe de nuestro entrenamiento WEB de contratación: <http://www.consultorsalud.com/contratacion2018>

Descargue aquí el [PORTAFOLIO](#) de servicios de CONSULTORSALUD

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2018****()**

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

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por los numerales 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, 30 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011 y en desarrollo del literal i) del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 y,

CONSIDERANDO

Que a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y los mecanismos de protección y acceso regulados en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles en favor de sus afiliados al Régimen Subsidiado, requiriéndose la implementación de un aplicativo tecnológico que permita registrar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC de tal régimen y servicios complementarios dispuesta por este Ministerio.

Que la mencionada herramienta tiene como pilares la autonomía de los profesionales de la salud para la adopción de decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes a su cargo en el marco de los esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica; la eliminación de barreras administrativas que dificulten el acceso oportuno a los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado y el manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los datos generados en sus diferentes niveles y su transformación para la toma de decisiones, lo cual se debe realizar en el marco de lo establecido en las Leyes Estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

Que las entidades territoriales de conformidad con la Ley 715 de 2001, tienen la obligación de gestionar los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad, concurriendo en la financiación de las tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado que requieran sus afiliados.

Que conforme con lo expuesto y en acatamiento a lo ordenado en el Auto 001 de 2017 proferido dentro del proceso de seguimiento al cumplimiento de la orden vigésima tercera de la Sentencia T- 760 de 2008, este Ministerio en aras de garantizar el acceso oportuno a las tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados del Régimen Subsidiado, debe establecer los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tales tecnologías.

En mérito de lo expuesto,

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

RESUELVE

CAPITULO I ASPECTOS GENERALES

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios a través del aplicativo tecnológico de prescripción dispuesta por este Ministerio.

Dicho aplicativo permite que los profesionales de la salud realicen la prescripción y reporte de las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, eliminando así el trámite por parte del Comité Técnico Científico de las Entidades Promotoras de Salud; garantizando de esta manera, la entrega oportuna de las mismas.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a los departamentos, distritos, Entidades Promotoras de Salud - EPS, prestadores de servicios de salud y proveedores.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de la aplicación de la presente resolución, se adoptan las siguientes definiciones.

- 1. Comparador administrativo:** tecnología en salud financiada con recursos de la UPC que las entidades recobrantes utilizarán para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/cobro.
- 2. Enfermedades huérfanas:** aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas, en los términos del artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011 y demás normas que la modifiquen o sustituyan.
- 3. Entidad responsable del afiliado:** Entidades Promotoras de Salud y Entidades Territoriales que en atención al modelo de gestión de garantía de suministro acogido en virtud de la Resolución 1479 de 2015 son responsables del afiliado.
- 4. Junta de profesionales de la salud:** Grupo de profesionales de la salud que se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar una tecnología en salud o servicio complementario, de soporte nutricional ambulatorio prescritos por el profesional de la salud.
- 5. Medicamentos vitales no disponibles:** Conforme a lo dispuesto en el Decreto 481 de 2004, es aquel *"indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes"*, que debe cumplir con los criterios allí previstos. Adicionalmente, también incluye medicamentos sin registro sanitario expedido por el INVIMA que se encuentran autorizados por esa Entidad a través del Listado de Medicamentos Vitales no Disponibles.
- 6. Otros agentes.** actores o agentes del SGSSS como proveedores, operadores logísticos, gestores farmacéuticos u otra denominación, que cumplen el ciclo en la garantía de la protección al derecho fundamental de la salud, realizando el suministro efectivo.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

7. **Prestación única:** tecnología en salud o servicio complementario que se suministra a un usuario por una única vez, cuya prescripción debe señalar la cantidad, la frecuencia y el tiempo total de uso el que en ningún caso podrá pasar de treinta (30) días calendario, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
8. **Prestación sucesiva:** tecnología en salud o servicio complementario que se suministra a un usuario de forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, cuya prescripción supera los treinta (30) días calendario y debe señalar la cantidad, la frecuencia y el tiempo total de uso en que se requiere.
9. **Prestaciones no financiadas con recursos del Sistema de Salud:** tecnologías o servicios que cumplan con los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 así como las que hagan parte del listado de la Resolución 5267 de 2017 y demás normas que la modifiquen o sustituyan.
10. **Producto de soporte nutricional:** Es el aporte de nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales de un individuo, bien sea a través de nutrición parenteral, enteral o mixta, cuando no es posible la alimentación convencional.
11. **Profesional de la salud:** para efectos de la presente resolución se entiende por profesional de la salud, aquellos que de acuerdo a la normativa vigente tienen la facultad de realizar prescripción de tecnologías (médicos, optómetras y odontólogos).
12. **Profesional de la salud par:** profesional de la salud que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial o del profesional de nutrición y dietética que pueden ordenar los productos de soporte nutricional para autorización de la junta de profesionales de la salud. En el caso de que una prescripción se realice por un sub-especialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerrequisito para la sub-especialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico del que trate la prescripción; igualmente para los profesionales de la salud en Nutrición y Dietética y optómetras será uno que tenga el mismo título profesional.
13. **Reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios:** diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las EPS, o en caso de servicios analizados por las Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las IPS, mediante el aplicativo dispuesto por este Ministerio.
14. **Servicios complementarios:** servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso busca promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad.
15. **Servicio ambulatorio priorizado:** Prestación prescrita por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

16. **Servicio ambulatorio no priorizado:** Prestación prescrita por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 5 días calendario.
17. **Suministro efectivo:** entrega de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC y/o servicio complementario que en el marco de la prescripción por profesional tratante o mediante fallo de tutela se debe garantizar y entregar al afiliado al Régimen Subsidiado; la cual podrá realizar la IPS u otro agente del SGSSS, conforme a las reglas y obligaciones señaladas en el presente acto administrativo o aquel que lo modifique o sustituya para cumplir y cerrar el ciclo respectivo.
18. **Tecnología en salud:** actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.
19. **Tecnologías en salud o servicios prestados en el exterior:** aquellas que se presten fuera del país, exceptuando los estudios de laboratorio y patología, con toma de muestra en el país y procesados en el exterior, los cuales se encuentran expresamente excluidos de su financiación con recursos asignados al Sistema de Salud.
20. **Usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS):** uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones, vías de administración, dosis o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.

CAITULO II. REPORTE DE PRESCRIPCIÓN.

Artículo 4. *Reporte de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios.* La prescripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios será realizada por el profesional de la salud, el cual debe hacer parte de la red definida por las EPS, a través del aplicativo que para tal efecto disponga este Ministerio, el cual operará mediante la plataforma tecnológica del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro) con diligenciamiento en línea o de acuerdo con los mecanismos tecnológicos disponibles en la correspondiente área geográfica.

De manera excepcional, las EPS y las IPS serán responsables de adelantar el reporte de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del régimen subsidiado, cuando estos sean ordenados mediante fallos de tutela, por situaciones de contingencia o para registrar las decisiones adoptadas por las juntas de profesionales de la salud.

Parágrafo 1. Una vez se finalice el diligenciamiento de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios, el aplicativo de que trata el presente artículo, asignará un número de prescripción, el cual deberá reportar la entidad cobrante/recobrante en la presentación del cobro/recobro ante la entidad territorial respectiva.

Parágrafo 2. La prescripción efectuada en el aplicativo será equivalente a la orden o fórmula médica, deberá contener la firma autógrafa del profesional prescriptor o las

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

medidas tecnológicas que determine este Ministerio, será diligenciada una única vez por el profesional de la salud y el aplicativo permitirá la impresión de la misma para la respectiva entrega al usuario.

Parágrafo 3. En ningún caso las EPS y las IPS podrán seleccionar de manera discrecional los profesionales de la salud que realizarán la prescripción, ni podrán restringir la autonomía de los mismos.

Parágrafo 4. Cuando exista urgencia vital, esto es, en caso de riesgo inminente para la vida o salud del paciente; o cuando se trate de los servicios contenidos en el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011 o la norma que la modifique o sustituya, el profesional de la salud tendrá la posibilidad de decidir sobre la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario a utilizar. En todo caso, el profesional de la salud deberá reportar la prescripción en dicho aplicativo.

Artículo 5. *Requisitos para acceder al aplicativo de reporte de prescripción.* El ingreso al aplicativo de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios está supeditado a la obtención previa de usuario y clave, la que será solicitada ante este Ministerio por cada profesional de la salud, quien deberá estar inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Igualmente procedimiento adelantará la IPS la que deberá encontrarse habilitada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS); las EPS; las entidades de inspección, vigilancia y control, las entidades territoriales del orden departamental y distrital y las demás que lo requieran de conformidad con el protocolo que para el efecto expida la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación (OTIC) de este Ministerio.

El usuario y la clave de acceso al aplicativo es personal e intransferible y tanto la información registrada, como los procesos informáticos realizados en esta tienen plena validez jurídica, debiendo usarse con responsabilidad y bajo principios éticos por parte de todos los actores. La asignación del nivel de acceso a la información estará supeditada a las competencias de cada entidad; el uso irresponsable de la clave dará lugar a las investigaciones y sanciones por parte de las autoridades competentes

Parágrafo 1. Tratándose de profesionales independientes de salud que presten directamente sus servicios a la EPS; la administración de los usuarios del aplicativo quedará bajo la responsabilidad del representante legal de la correspondiente entidad.

Parágrafo 2. Cuando se trate de profesionales de la salud en Servicio Social Obligatorio, para realizar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios, deberán estar asignados en una plaza aprobada, identificada con el Código Único de Identificación de Plazas de Servicio Social Obligatorio (CUIP) y debidamente actualizada por las Secretaría de Salud en el aplicativo dispuesto para tal fin por el Ministerio de Salud y Protección Social, en concordancia con lo señalado en el artículo 12 de la Resolución 1058 de 2010 y demás norma que la adicionen, modifiquen o sustituyan.

Parágrafo 3. Las IPS y las EPS serán responsables, en el marco de sus competencias, de garantizar la infraestructura tecnológica necesaria para el funcionamiento del aplicativo a que refiere este artículo; so pena de las sanciones

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

que correspondan por la omisión o incumplimiento de las obligaciones establecidas por la ley y el presente acto administrativo.

Artículo 6. *Consulta de la información de las prescripciones de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.* Las EPS, las IPS, las entidades territoriales y los profesionales de la salud, podrán consultar únicamente las prescripciones de sus afiliados o las realizadas por ellos mismos.

Parágrafo. El reporte de la prescripción que realiza el profesional de la salud y por lo tanto la decisión tomada por éste, así como los datos allí consignados, no podrán ser modificados por las EPS, entidades territoriales o IPS.

Artículo 7. *Imposibilidad de acceso y registro en el aplicativo de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios.* El profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario de contingencia diligenciado manual o electrónicamente, establecido por este Ministerio, únicamente cuando se presenten las siguientes circunstancias que imposibilitan el acceso al aplicativo:

1. Dificultades técnicas,
2. Ausencia de servicio eléctrico,
3. Falta de conectividad,
4. Inconsistencias de afiliación o identificación

El profesional de la salud deberá entregar al usuario el formulario debidamente diligenciado y éste será equivalente a la orden o fórmula médica.

La IPS deberá garantizar que la prescripción efectuada por sus profesionales de la salud sea enviada y recibida oportunamente por la entidad responsable del afiliado, a través del medio más expedito, máximo dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes, contadas a partir de la atención médica inicial. En los casos en que el profesional de la salud que prescribe sea independiente, éste será quien realice dicho trámite.

La EPS del afiliado deberá reportar en el aplicativo la prescripción, una vez reciba la copia del formulario de contingencia en un término no superior a veinticuatro (24) horas, la cual solo será realizada por profesionales de la salud en enfermería o química farmacéutica debidamente autorizados y registrados en ReTHUS

La entidad responsable del afiliado no se podrá negar a recibir las prescripciones que se generen a través del formulario y por lo tanto, deberá suministrarlas dentro de los plazos previstos en esta resolución.

Parágrafo 1. Este Ministerio dispondrá de una mesa de ayuda para los temas relacionados con el aplicativo de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

Parágrafo 2. El formulario de contingencia no podrá diligenciarse para solicitar tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios diferentes a las dispuestas en el aplicativo.

Artículo 8. *Anulación de prescripciones.* Solo de manera excepcional, el profesional de la salud que haya realizado la prescripción solicitará su anulación, manifestando el motivo por el cual esta se requiere. Dicha solicitud deberá realizarse dentro de las 24 horas siguientes a la prescripción inicial y será tramitada por la EPS, en un término

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

máximo de 48 horas siguientes a su solicitud. La anulación se realizará para todos los ítems prescritos dentro de la misma.

La entidad responsable del afiliado verificará previo a efectuar el trámite de anulación que la misma no haya sido suministrada; en caso de que se haya realizado el suministro efectivo, la prescripción no podrá anularse.

Parágrafo. En todo caso, es responsabilidad de la EPS del afiliado notificar de manera inmediata al profesional de la salud el resultado del trámite.

Artículo 9. *Tratamiento de la información.* Las entidades que deban reportar las prescripciones en el aplicativo tecnológico serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que les sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias 1266 de 2008 y 1581 de 2012, en la Ley 1712 de 2014 y el Decreto 1377 de 2013 y las normas que las modifiquen o sustituyan, en virtud de las cuales se harán responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información suministrada y de los datos a los que tengan acceso.

Parágrafo 1. Este Ministerio dispondrá el acceso a la información a través del aplicativo de reporte de la prescripción garantizando la protección de datos personales de acuerdo con la competencia de las entidades que lo soliciten.

Parágrafo 2. La información reportada por el profesional de la salud, será dispuesta a través de mecanismos seguros a las IPS, a las EPS, a las entidades territoriales, a las entidades de inspección, vigilancia y control y a otros agentes del Sistema que lo requieran, dentro de las obligaciones y responsabilidades de que trata la presente resolución.

CAPITULO III.

REQUISITOS, CONDICIONES Y REGLAS PARA LA PRESCRIPCION DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Artículo 10. *Requisitos para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.* La prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, deberá observar los siguientes requisitos:

1. La (s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) financiadas con recursos de la UPC
2. El uso, ejecución, utilización o realización de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), en el caso de medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales o dispositivos; o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso.
3. El procedimiento en salud no financiado con recursos de la UPC se encuentre en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).
4. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades tecnológicas, científicas y técnicas, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en el aplicativo.

5. Que la decisión de prescribir una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC, sea consecuente con la evidencia científica disponible, el diagnóstico y lo autorizado en el registro sanitario o la autoridad competente, según sea el caso.
6. Que las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, no se encuentren excluidas conforme a lo previsto en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 o en el listado contenido en la Resolución 5267 de 2017 o aquella que lo modifique o sustituya.
7. Que se consigne de forma expresa en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo siguiente.

Parágrafo 1. Los productos de soporte nutricional, como los alimentos para propósitos médicos especiales, se prescribirán conforme a los lineamientos señalados en el presente acto administrativo.

Parágrafo 2. -La prescripción de los medicamentos vitales no disponibles no incluidos en el listado definido por INVIMA de que trata el artículo 3 del Decreto 481 de 2004 o la norma que lo modifique o sustituya, esta se realizará en el formato de fórmula médica de la institución o personal, teniendo en cuenta lo definido por el artículo 2.5.3.10.16 del Decreto Único 780 de 2016 o la norma que lo modifique o sustituya, el cual servirá para realizar el trámite de importación ante el INVIMA. Una vez dicho Instituto autorice su importación, la EPS ingresará la información al aplicativo, sin que esto implique el suministro al usuario.

Artículo 11. *Criterios para la prescripción.* El profesional de la salud que prescribe tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios, deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual dejará constancia en su historia clínica y en el aplicativo, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas y de ser necesario la evidencia científica que sustente su decisión.
2. Comunicar al paciente con claridad el motivo por el cual no se utiliza la tecnología en salud financiada con recursos de la UPC, así como, los resultados esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías prescritas. El profesional de la salud, deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica.
3. Tratándose de medicamentos se deberán cumplir cualquiera de las siguientes condiciones: i) Estar registrados con sus indicaciones ante el INVIMA o quien haga sus veces o, ii) encontrarse en el listado temporal de usos no incluidos en el registro sanitario, iii) corresponder a medicamentos vitales no disponibles, cuando la vida o seguridad del paciente se encuentren en riesgo inminente a criterio del médico tratante. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los artículos 2.5.3.10.15 y 2.5.3.10.16 del Decreto Único 780 de 2016 o la norma que los modifique o sustituya.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

4. Los procedimientos en salud incluyen los dispositivos médicos, esto es, insumos, materiales, elementos o suministros, entre otros, necesarios e insustituibles para su realización o utilización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud financiado con recursos de la UPC o en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hacen parte de la financiación del mismo o correspondan a una financiación condicionada.
5. En caso de que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a dispositivos médicos, esto es, insumos, materiales o elementos entre otros, se deberá indicar el procedimiento al que corresponde, cuando haya lugar a ello.
6. Cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC se trate de procedimientos, deberá utilizar sin excepción la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, definida en la Resolución 5171 de 2017 o la norma que la modifique o sustituya.
7. Diligenciar de forma completa los datos solicitados en el aplicativo
8. Para los medicamentos no financiados con recursos de la UPC se consideran armonizadas las indicaciones aprobadas por el INVIMA, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación, la misma se considerará para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica, por lo tanto, no será objeto para la nominación como medicamento con UNIRS.
9. La prescripción de medicamentos de control especial que no se encuentren financiados con recursos de la UPC, debe realizarse de conformidad con la Resolución 1478 de 2006 y demás normas que la modifiquen o sustituyan. Para efectos del reporte en el aplicativo, si se requiere un medicamento de control especial por tiempo sucesivo se realizará el reporte por el tiempo que el o los profesionales de la salud tratantes indiquen, sin que se requiera transcripción mensual en la mencionada herramienta.
10. Cuando se requieran para la realización de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, medicamentos con fines de analgesia, anestesia y sedación, incluyendo los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, los mismos se entenderán incluidos en dicha atención, por lo cual no será necesario diligenciar la herramienta tecnológica descrita en la presente resolución.
11. Los radiofármacos necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear no financiados con recursos de la UPC no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos de MIPRES ya que se entienden como incluidos en el procedimiento de medicina nuclear y deberán ser parte de su costo global y no prescribirse de forma separada.
12. Cuando se trate de un producto de soporte nutricional este deberá cumplir las siguientes condiciones: i) Estar registrado ante el INVIMA con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales dentro de la categoría 14.3 "Alimentos para uso especial" establecida en la Resolución 719 de 2015 o aquella norma que la modifique o sustituya, y ii) corresponder a productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, en el ámbito hospitalario, ambulatorio o domiciliario, con el fin de brindar soporte

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

nutricional total o parcial a personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales, y capacidad limitada, deficiente o alterada para ingerir, digerir, absorber, metabolizar o excretar alimentos normales o determinados nutrientes o metabolitos de los mismos, o que por sus condiciones médicas necesiten otros nutrientes específicos; y cuyo manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional.

Artículo 12. *Reglas para la prescripción de servicios complementarios.* La prescripción de alguno de los servicios complementarios requiere consultar en cada caso particular, la pertinencia de su utilización ante la Junta de Profesionales de la Salud que se constituya de conformidad con lo establecido en el siguiente capítulo y atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

1. La prescripción se hará únicamente a través del aplicativo de que trata este acto administrativo.
2. Las IPS una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicho aplicativo, en el módulo dispuesto para tal fin.
3. Cuando la prescripción de servicios complementarios se realice por un profesional de una IPS que cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma.
4. Cuando la prescripción de servicios complementarios se realice por un profesional de una IPS que no cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, o por un profesional habilitado como prestador de servicios independiente, la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores, para lo cual quien efectúa la prescripción deberá aportar la información de la historia clínica para el análisis del caso.

Artículo 13. *Reglas para la prescripción de productos de soporte nutricional.* Cuando se trate de la prescripción de productos de soporte nutricional no financiados con recursos de la UPC, dichas tecnologías en salud deberán ser prescritas únicamente mediante el aplicativo de que trata la presente resolución, atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

1. Los médicos podrán prescribir productos de soporte nutricional mediante el aplicativo mencionado.
2. Las prescripciones de productos de soporte nutricional podrán ser ordenadas por el profesional de la salud en Nutrición y Dietética, siempre y cuando exista una prescripción médica que ordene la valoración por la mencionada profesión.
3. En caso de que el profesional de la salud en Nutrición y Dietética ordene productos de soporte nutricional, o el médico los prescriba directamente, en el ámbito ambulatorio, serán analizados por la Junta de Profesionales de la Salud de que trata la presente resolución.
4. En caso de que el profesional de la salud en Nutrición y Dietética ordene tecnologías en salud como productos de soporte nutricional, o el médico los prescriba directamente, en el ámbito hospitalario, serán suministrados, sin necesidad de aprobación por la Junta de Profesionales de la Salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

5. Cuando se trate de prescripciones de productos de soporte nutricional ambulatorio para pacientes con enfermedades huérfanas cuyo diagnóstico se encuentre confirmado, no requerirán Junta de Profesionales de la Salud.

Artículo 14. *Reglas para la prescripción en atención ambulatoria.* Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC así como servicios complementarios, en el ámbito de atención ambulatoria deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. La prescripción podrá efectuarse por primera vez hasta por un término máximo de tres (3) meses y a partir de allí determinará la periodicidad con la que se continuará prescribiendo, sin que en ningún caso se pueda ordenar por tiempo indefinido.
2. Tratándose de pacientes respecto de los cuales se determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de prescripción podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año. Al término de este período, el profesional de la salud deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad o no de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o del servicio complementario.
3. Cuando se trate de servicios sucesivos la prescripción tendrá un único número generado por el aplicativo de que trata este acto administrativo y no será necesaria la transcripción mensual por parte del profesional de la salud tratante, por lo tanto, el suministro a los usuarios, a cargo de la entidad responsable del asegurado, se debe garantizar con dicha prescripción sin requerir autorizaciones ni trámites adicionales.
4. Cuando se trate de tecnologías en salud, prescritas de forma ambulatoria cuyo suministro deba realizarse de forma hospitalaria, podrá diligenciarse la solicitud en el aplicativo como servicio ambulatorio tanto priorizado como no priorizado.

Parágrafo. Una vez la entidad responsable del afiliado informe la fecha y lugar para recibir el suministro efectivo, el usuario dispondrá de quince (15) días calendario cuando se trate de servicio ambulatorio priorizado; de treinta (30) días calendario para el servicio ambulatorio de los medicamentos y, noventa (90) días calendario en el caso de procedimientos.

Artículo 15. *Reglas para la prescripción en el ámbito de la atención hospitalaria.* El profesional de la salud que prescriba tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios en el ámbito hospitalario de atención, ya sea internación, domiciliario o urgencias deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. En casos de urgencia vital, la prescripción podrá efectuarse en el aplicativo de forma posterior a la prestación de los servicios durante las doce (12) horas siguientes a la atención y hasta máximo la fecha del egreso del paciente.
2. En caso de servicios hospitalarios con internación en institución o domiciliaria, la prescripción se podrá realizar registrando en el aplicativo lo que el profesional de la salud requiera en el momento que sea necesario o cada ocho (8) días calendario, por el tiempo y cantidades que estime para dicha estancia hospitalaria, máximo hasta la fecha del egreso hospitalario, para registrar las solicitudes. En caso de que se presenten excedentes en cuanto a las cantidades prescritas por el profesional de la salud, la evidencia de entrega para

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

efectos del recobro/cobro ante la entidad territorial, se realizará contra lo efectivamente suministrado y por lo tanto facturado.

3. Sin perjuicio de lo establecido en el numeral anterior del presente artículo, el profesional de la salud deberá registrar en la historia clínica, el plan de tratamiento de forma habitual, y prescribirá en el ordenamiento médico diario el manejo que se requiera realizar.
4. Cuando se trate de prescripciones para el egreso hospitalario, se debe tener en cuenta lo siguiente: **i)** el profesional de la salud deberá seleccionar el ámbito ambulatorio priorizado en el aplicativo y podrá generar la solicitud hasta por un mes de tratamiento; **ii)** si un usuario requiere continuar tratamiento en hospitalización domiciliaria, el profesional de la salud deberá seleccionar el ámbito de atención hospitalario – domiciliario para generar el plan de manejo de las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios; **iii)** cuando se requiera ajustar o cambiar el plan de manejo en el ámbito de atención domiciliaria, corresponderá a los profesionales de la salud de la IPS prescribir en el aplicativo.
5. Cuando la IPS no haga parte de la red de prestadores de la EPS o de la entidad territorial y se requiera atención de urgencias e incluso la hospitalización se podrá utilizar el ámbito de atención de urgencias desde el ingreso hasta el egreso hospitalario, siempre y cuando se informe y sea autorizado por la entidad responsable del asegurado tal condición, en los tiempos definidos para el reporte en el aplicativo de prescripción, so pena de incurrir en las acciones de investigación o sancionatorias, por la omisión en la obligación de reportar la información, de acuerdo a la normatividad vigente.

Artículo 16. *Responsabilidad de la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.* El profesional de la salud que realice la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios en el aplicativo asumirá la responsabilidad por la prescripción generada y fundamentada en su autonomía, en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la mejor evidencia científica disponible. En este sentido, producto de la auditoria no se podrá ejercer coacción o constreñimiento a los profesionales de la salud, retener parcial o totalmente sus honorarios o salarios por la aplicación de glosas entre prestadores, EPS y entidades territoriales, ni poner barreras de acceso a los usuarios.

Parágrafo 1. Cuando la prescripción de las tecnologías en salud o servicios complementarios de que trata el presente acto administrativo se realice por un profesional de la salud que presta sus servicios a una IPS, ésta será igualmente responsable conforme a la normatividad vigente.

Parágrafo 2. Los casos en los cuales las unidades de análisis de la información de este Ministerio así como las de las entidades territoriales, identifiquen que no se realizó un adecuado diligenciamiento del aplicativo; que el profesional de la salud no respondió cabalmente las preguntas de seguridad para realizar la prescripción, tales hechos serán informados trimestralmente a las sociedades científicas correspondientes para el respectivo análisis académico y retroalimentación.

Parágrafo 3. Cuando la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC sean el resultado de los estudios de pre trasplantes de donante no efectivo, el diligenciamiento se realizará a través de la EPS en los términos del parágrafo 1 del artículo 31 de la Resolución 5269 de 2017 o aquella norma que

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

modifique o sustituya, atendiendo la ruta diseñada para que el médico prescriptor la realice en el formulario de la IPS, registrando en la historia clínica la referencia al resultado de los diferentes estudios efectuados, con base en los cuales se concluye que el usuario es un donante no efectivo.

CAPÍTULO IV JUNTAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD.

Artículo 17. *Juntas de profesionales de la salud.* Las IPS habilitadas deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios complementarios, productos de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio o medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario. Sus reuniones podrán realizarse en forma presencial o virtual.

Parágrafo. Este Ministerio podrá determinar tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, otras tecnologías o servicios complementarios, para que sean analizados y aprobados por la Junta de Profesionales de la Salud, bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia.

Artículo 18. *Obligatoriedad de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud.* La obligatoriedad que tienen las IPS de conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, está determinada por la prescripción o prestación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios.

También deberán conformar las Juntas de Profesionales de la Salud, las IPS que suministran medicamentos, productos de soporte nutricional o dispositivos no financiados con la UPC, así como aquellas que los administran o aplican y las que realicen procedimientos no financiados con recursos de la UPC, independientemente de su complejidad técnica.

Artículo 19. *De los integrantes de las juntas de profesionales de la salud.* Las Juntas de Profesionales de la Salud estarán conformadas al menos, por tres (3) profesionales de la salud inscritos en el ReTHUS y por lo menos uno de ellos deberá ser profesional par del profesional de la salud prescriptor u ordenador. Los pares de los profesionales de la salud en Nutrición y Dietética y Optómetras será uno que tenga el mismo título profesional.

Parágrafo 1. las juntas de profesionales de la salud que evalúen medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, deberán ser conformadas en su totalidad por médicos y uno de ellos debe ser par del médico prescriptor.

Parágrafo 2. Las entidades responsables del afiliado no podrán exigir a las IPS actas de constitución o integración de sus juntas, toda vez que las mismas se realizarán con la disponibilidad de personal que exista en dichas Instituciones, el cual deberá garantizar la realización oportuna de las mismas.

Parágrafo 3. La Junta de Profesionales de la Salud tendrá un secretario técnico que podrá ser un profesional de la salud de enfermería o química farmacéutica inscrito en el ReTHUS, quien diligenciará las decisiones en el módulo del aplicativo.

Artículo 20. *Responsabilidad de la IPS.* A las IPS que deben conformar la Junta de Profesionales de la Salud, les corresponderá:

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

1. Disponer de los mecanismos necesarios para garantizar el funcionamiento de la Junta de Profesiones de la Salud, para decidir, en cada caso, en los tiempos previstos en la presente resolución.
2. Reportar oportunamente en el aplicativo la decisión adoptada por la Junta de Profesionales de la Salud, en los tiempos previstos en el presente acto administrativo, so pena de las sanciones a que haya lugar.
3. Garantizar que su personal administrativo no haga parte de la Junta, así sean profesionales de la salud.
4. Instaurar mecanismos para evitar que los miembros de las Juntas de Profesionales de la Salud reciban reconocimientos en especie o económicos de compañías productoras y distribuidoras de tecnologías en salud.

Artículo 21. *Criterios de análisis de la junta de profesionales de la salud.* Las Juntas recibirán la solicitud y tendrán en cuenta al analizar cada caso, los siguientes criterios:

1. Correlación entre la solicitud efectuada y la condición clínica del paciente.
2. La prestación solicitada no cumple con alguno de los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.
3. Consentimiento informado firmado por parte del paciente o su representante, cuando se trate de medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario
4. Pertinencia clínica de las cantidades prescritas o ajustes de las mismas.
5. Se han agotado las alternativas existentes en el Plan de Beneficios en Salud.

Parágrafo 1. Las decisiones adoptadas por la Junta de Profesionales deberán ser concordantes con los criterios jurisprudenciales señalados por la Honorable Corte Constitucional sobre el tema.

Parágrafo 2. Cuando por errores en el diligenciamiento del aplicativo, el profesional de la salud dirija un servicio a análisis de la Junta de Profesionales de Salud, y este no se requiera, se deberá reportar el desistimiento en dicho aplicativo.

Artículo 22. *Tiempos de decisión de la junta de profesionales de la salud.* La IPS deberá garantizar la decisión de la Junta, en los siguientes términos:

1. Si la prescripción se genera como ambulatoria priorizada, urgencias o en internación institucional o domiciliaria, deberá pronunciarse en un término no mayor a setenta y dos (72) horas siguientes a la solicitud del profesional de la salud.
2. Si la prescripción se genera como ambulatoria no priorizada, deberá pronunciarse dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la solicitud del profesional de salud.

Una vez la entidad responsable del afiliado conozca de la decisión de aprobación de la Junta deberá informar al afiliado y a partir de dicho momento se tendrán en cuenta los tiempos previstos en la presente resolución para la garantía del suministro.

Si en el aplicativo se reporta el desistimiento de la realización de la Junta, la entidad responsable del afiliado deberá informarle y garantizar el suministro efectivo de la tecnología o servicio complementario.

Parágrafo 1. La entidad responsable del asegurado deberá garantizar el suministro efectivo, aun cuando la IPS responsable de la Junta de Profesionales exceda el

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

tiempo de respuesta, caso en el cual realizará el reporte a la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. La omisión y el incumplimiento por parte de la IPS de los tiempos establecidos para el análisis y decisión así como el reporte de información según lo señalado en la presente resolución; será causal de investigación y sanción por parte de autoridad competente.

Artículo 23. *Contenidos del acta de las Juntas de profesionales de la salud.* Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta por usuario y deberá contener como mínimo:

1. Fecha de elaboración.
2. Número de acta. El consecutivo de las mismas lo determina la IPS que realiza la Junta.
3. Nombre, tipo y número de identificación del usuario.
4. Diagnóstico principal conforme con la Codificación Internacional de Enfermedades – CIE 10.
5. Nombre o descripción del servicio complementario, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, medicamentos de la lista temporal de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario, prescrita por el profesional de la salud.
6. Indicar si es una prestación única o sucesiva.
7. La justificación médica, técnica y de pertinencia de la Junta acerca del uso del servicio prescrito.
8. La decisión de la Junta: aprobación o negación.
9. Nombre y firma autógrafa y profesión de todos los integrantes de la Junta.

Parágrafo. Tratándose de un desistimiento, ello no se dejará consignado en un acta. En estos casos, el Secretario Técnico de la Junta lo reportará en el aplicativo.

Artículo 24. *Comunicación de la decisión y obligación de reportarla.* La IPS responsable de la Junta de Profesionales de la Salud que adoptó la decisión, deberá diligenciar en el módulo dispuesto en el aplicativo dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas a la sesión, la decisión adoptada, para que se genere el respectivo número de prescripción.

El registro del desistimiento así como de la decisión adoptada por la Junta de Profesionales de Salud será efectuado por el secretario técnico de esta, quien debe ser un profesional de la salud debidamente inscrito en el ReTHUS.

Las IPS entregará a las entidades responsables del afiliado, las actas de las Juntas de Profesionales de la Salud de cada paciente, en un término no mayor a setenta y dos (72) horas posteriores a la celebración de la sesión.

Artículo 25. *Periodicidad de las decisiones de la junta de profesionales de la salud.* La Junta de Profesionales de la Salud emitirá un único concepto anual cuando se trate de prescripciones que deban ser ordenadas varias veces en el mismo año o de forma sucesiva. En ningún caso la autorización y concepto favorable podrá ser por tiempo indefinido.

Artículo 26. *Cobro de la Junta de Profesionales de la Salud.* La IPS no podrá cobrar por la conformación y actuación de sus juntas de profesionales de la salud, por hacer parte de la integralidad de la prestación del servicio.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

Artículo 27. *Prescripciones en caso de usuarios con fallos de tutela.* Cuando un fallo de tutela ordene el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, procederá el suministro efectivo de las mismas, para el efecto, la EPS deberá ingresar la solicitud en el módulo de fallos tutelados del aplicativo dispuesto por este Ministerio a fin de garantizar el cumplimiento de la orden judicial en su totalidad.

CAPÍTULO III.

SUMINISTRO DE LAS PRESCRIPCIONES POR TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.

Artículo 28. *Garantía del suministro.* Las entidades responsables del afiliado, de conformidad con el modelo de garantía de suministro acogido en virtud de la Resolución 1479 de 2015, consultarán el aplicativo de reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, para garantizar a sus afiliados el suministro efectivo de lo prescrito u ordenado por el profesional de la salud según corresponda, sin que se requieran autorizaciones administrativas o de pertinencia médica de terceros, salvo la prescripción de tecnologías en salud o servicios complementarios que requieren análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud, en cuyo caso la autorización estará dada por ésta y en el evento de ser aprobado deberá suministrarse.

En ningún caso la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, podrá significar una barrera de acceso a los usuarios, bien sea por el diligenciamiento del aplicativo o por la prescripción realizada mediante el formulario de contingencia que este Ministerio expida para tal fin.

Parágrafo 1. Cuando la entidad responsable del afiliado identifique que la IPS no ha realizado el reporte de la decisión de la Junta de Profesionales de Salud en el aplicativo, deberá realizar el suministro efectivo dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes.

Parágrafo 2. La entidad responsable del afiliado, de conformidad con el modelo de garantía de suministro acogido en virtud de la Resolución 1479 de 2015 deberá reportar a este Ministerio, en línea o máximo cada ocho (8) días calendario, la fecha en la cual se realizó el suministro efectivo de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario prescrito por el profesional de la salud, de acuerdo con la metodología que se defina. En el evento de no reportar esta información, se comunicará dicha situación a la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 3. Las IPS u otros actores que presten, realicen o garanticen el suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios deberán reportar a las entidades responsables del afiliado, en línea o máximo cada ocho (8) días calendario, la fecha en la cual se realizó el suministro efectivo de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario prescrito por el profesional de la salud, de acuerdo con la metodología que se defina. En el evento de no reportar esta información, se comunicará dicha situación a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 29. Suministro efectivo. Hecho cierto que da cuenta de la entrega de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, por parte de las entidades responsables del afiliado, las cuales

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

deberán: **i)** verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud, **ii)** implementar los controles o mecanismos necesarios para evitar la duplicidad en la entrega, **iii)** garantizar el suministro sin trámites adicionales y, **iv)** garantizar los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones.

Las IPS y proveedores, cuando las entidades responsables del afiliado les direccionen el usuario para la correspondiente atención o entrega, también serán responsables de garantizar el suministro efectivo sin trámites adicionales.

Bajo ninguna circunstancia podrán: **i)** negar sin justa causa el suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, a los usuarios, **ii)** exigir al usuario nuevas prescripciones o invalidar la efectuada por el profesional de la salud, cuando la IPS o los proveedores definidos para realizar el respectivo suministro, sean distintos, **iii)** exigir nuevas citas con los profesionales de la salud para realizar nuevas prescripciones de acuerdo a las anulaciones y **iv)** negar el suministro efectivo cuando la Junta de Profesionales ha dado aprobación, incluso fuera de los términos.

Parágrafo 1. Las entidades responsables del afiliado deberán prescribir y suministrar tecnologías no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, a través de la red que definan, so pena de las acciones y sanciones por parte de autoridad competente, por la omisión o incumplimiento de sus obligaciones.

Artículo 30. Información a los usuarios del suministro. Las entidades responsables del afiliado deberán garantizar las condiciones tecnológicas, administrativas y operativas indispensables para informarles oportunamente la ruta de suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, la cual deberá ser publicada en los puntos de atención al usuario, red de prestadores y canales virtuales. Igualmente, deberán informar a los usuarios por cualquier medio escrito o electrónico, a quienes se les haya prescrito tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios la fecha, dirección y nombre del prestador encargado de hacer efectivo el suministro de lo ordenado.

La entidad responsable del afiliado y la IPS que realizó la Junta deberán informar oportunamente al usuario, por cualquier medio escrito o electrónico, de manera coordinada y concertada, la decisión de la Junta de Profesionales de la Salud que apruebe o niegue un servicio o tecnología analizado, durante las **veinticuatro (24) horas** siguientes a la fecha en que se realizó la sesión, entregando copia del acta correspondiente.

Las IPS deberán entregar oportunamente a la entidad responsable del afiliado las actas que dan cuenta de las sesiones de la Junta de Profesionales de la Salud y sus soportes. En caso de incumplimiento se comunicará a la Superintendencia Nacional de Salud para lo pertinente.

Artículo 31. Tiempos de suministro. Las entidades responsables del afiliado deberán garantizarle el suministro efectivo de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, de acuerdo con la red definida, teniendo en cuenta los siguientes términos:

1. **Ambulatorio no priorizado:** dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de la prescripción.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

2. **Ambulatorio priorizado:** dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha de la prescripción.
3. **Atención hospitalaria con internación, domiciliaria o de urgencias:** Dentro de un tiempo máximo de veinticuatro (24) horas. Este mismo término aplica respecto de las prestaciones contenidas en el artículo 54 de la Ley 1448 de 2011 o las normas que la modifiquen o sustituyan a las víctimas de que trata el artículo 3 de la citada ley.
4. Tecnologías como medicamentos o procedimientos que requieran trámites específicos como importación, preparaciones especiales, entre otros, deberá garantizarse el suministro en un término prudencial, sin dilaciones, en cumplimiento del principio de oportunidad de que trata el Artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. En el caso de medicamentos vitales no disponibles, este tiempo no podrá exceder los 45 días calendario posteriores a la autorización otorgada por el INVIMA. En cualquier caso, deberá garantizarse la continuidad en la prestación del servicio de salud y el suministro del medicamento correspondiente de tal manera que no se afecte la adherencia al tratamiento y se ponga en riesgo la salud del paciente.
5. **Prestaciones sucesivas:** el número de prescripción generado por el aplicativo será válido para realizar las entregas hasta por un (1) año de acuerdo con la prescripción realizada, para lo cual el usuario asistirá a una única consulta.

El incumplimiento de los plazos establecidos en la presente resolución será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la normativa vigente.

Artículo 32. Reporte del suministro. Las entidades responsables del afiliado deberán reportar a este Ministerio, a través del aplicativo, la información relacionada con el suministro efectivo de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario prescrito por el profesional de la salud, en los siguientes plazos:

1. Cuando se trate de servicios ambulatorios el reporte del suministro efectivo se deberá efectuar en línea o máximo cada ocho (8) días calendario, mediante los mecanismos tecnológicos dispuestos por este Ministerio para dicho reporte. Para este efecto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y otros proveedores entregarán a la respectiva entidad responsable del afiliado la información necesaria para el mencionado reporte con la periodicidad atrás mencionada.
2. Cuando se trate de servicios hospitalarios el reporte del suministro efectivo se deberá efectuar desde las veinticuatro (24) horas siguientes al egreso del afiliado y máximo hasta el momento en que se radica la facturación a la entidad responsable del afiliado.
3. Cuando la prescripción del profesional de la salud no requiera análisis de la Junta de Profesionales de acuerdo con lo dispuesto en el parágrafo 2 del artículo 22 y la IPS responsable de la Junta no haya reportado el desistimiento en el aplicativo, la entidad responsable del asegurado deberá realizar el suministro efectivo, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al reporte y notificación de la decisión o su desistimiento, al vencimiento de los tiempos previstos para la decisión de la Junta de Profesionales, situación que registrará en el mencionado reporte de suministro.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

Parágrafo. En el evento de no realizar el reporte de información del suministro se comunicará dicha situación a la Superintendencia Nacional de Salud para lo pertinente en el marco de sus competencias.

TÍTULO III

ACTIVACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Artículo 33. *Activación del aplicativo de prescripción de tecnologías en salud no financiado con recursos de la UPC y servicios complementarios del Régimen Subsidiado.* La activación por parte de las entidades territoriales del aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social estará sujeta a la revisión del modelo de gestión adoptado por la entidad territorial en virtud de lo establecido en la Resolución 1479 de 2015, para lo cual deberán remitir a este Ministerio los siguientes documentos.

1. Documento que contenga el análisis de la situación de salud del territorio y de las capacidades técnicas, operativas y financieras que fundamentan la adopción del modelo de gestión establecido en el acto administrativo de que trata el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015.
2. Documento en el que se determine el proceso de auditoría que adelanta la entidad territorial, especificando como mínimo los siguientes aspectos:
 - i. Requisitos esenciales del cobro/recobro que deben presentar las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y proveedores ante la EPS con el objeto de realizar el reconocimiento.
 - ii. Definición de los periodos de radicación, documentos específicos por el tipo de cobro (profesional de la salud o tutela), medios de radicación y usos de mecanismos específicos como formatos.
 - iii. Definición del responsable del proceso de auditoría integral y los recursos con los cuales se ejecutan; para lo cual, la entidad territorial deberá identificar: si la efectúa directamente, la capacidad institucional con la cual la realiza y la garantiza durante toda la vigencia; o si esta es contratada, los criterios con los cuales se selecciona al contratista y se define el valor de la misma.
 - iv. Definición del procedimiento de auditoría integral que dé cuenta de los procesos y revisiones adelantados en cada una de las etapas del proceso iniciando en la radicación y terminando en el pago y comunicación al prestador del mismo (manual de auditoría y manual de glosas).

Adicionalmente, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el artículo 5 de la presente resolución.

Parágrafo. Una vez verificado el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente artículo, este Ministerio procederá a realizar la activación de la entidad territorial de conformidad con el modelo de gestión adoptado, en virtud de la Resolución 1479 de 2015, momento a partir del cual el acceso, reporte de prescripción, rendición de cuentas y demás aspectos, serán los establecidos en el título II de la presente Resolución.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

TÍTULO IV DISPOSICIONES FINALES

Artículo 34. *Determinación de responsabilidad de reconocimiento por parte de las entidades territoriales de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios.* Las validaciones efectuadas por las entidades territoriales en virtud del procedimiento de verificación, control y pago de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC de los afiliados del régimen subsidiado y servicios complementarios, relacionadas con la competencia de reconocimiento con cargo a los recursos dispuestos por la Ley para tal fin, se debe realizar teniendo en cuenta la información registrada en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA. Lo anterior, en atención a la distribución de los recursos realizada a las entidades territoriales establecida en el Decreto 762 de 2017, el cual modifica el Decreto 780 de 2016.

Artículo 35. *Responsabilidades de los actores.* El cumplimiento de los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, así como el suministro de las mismas y el proceso de verificación, control y pago de dichas tecnologías y servicios, es responsabilidad de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

1. **Profesionales de la Salud.** Corresponde a los profesionales de salud la prescripción de las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud y servicios complementarios con cargo a la UPC y su reporte, según la pertinencia y necesidad, de acuerdo con lo previsto en la normativa vigente.
2. **Entidades Promotoras de Salud.** Corresponde a las EPS:
 - a. Garantizar el suministro de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado en los tiempos definidos en el capítulo III de la Resolución 3951 de 2016, o aquellas que la modifiquen o sustituya, a través de la red de prestadores definida, en el evento en que la entidad territorial haya adoptado el modelo de gestión de garantía de suministro a través de su red.
 - b. Realizar el seguimiento integral del paciente y el manejo de la gestión del riesgo en desarrollo de la función de aseguramiento.
 - c. Disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones.
 - d. Realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación, y en caso de encontrar inconsistencias relacionadas con identificación y afiliación resolverlas dentro de las doce (12) horas siguientes a la prescripción sin que se ponga en riesgo la prestación del servicio;
 - e. Realizar la transcripción de los servicios y tecnologías ordenadas mediante fallos judiciales en el aplicativo dispuesto para tal fin o en los casos de contingencia y,
 - f. Reportar a este Ministerio la información relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

Salud con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, en los términos establecidos en el capítulo III de la Resolución 3951 de 2016 o aquellas que la modifique o sustituyan, en el evento en que la entidad territorial haya adoptado el modelo de gestión de garantía de suministro a través de su red.

3. **Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).** Es responsabilidad de las IPS:
 - a. Suministrar las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado prescritas por los profesionales de la salud, en el marco de las obligaciones contractuales con las EPS y las entidades territoriales.
 - b. Brindar las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones.
 - c. Presentar ante la EPS o las entidades territoriales en los términos por estos determinados, según sea el caso, los soportes de cobro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado, efectivamente suministradas.
4. **Proveedores:** Es responsabilidad de los proveedores:
 - a. Suministrar las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado prescritas por los profesionales de la salud, en el marco de las obligaciones contractuales con las EPS y las entidades territoriales.
 - b. Presentar ante la EPS o las entidades territoriales en los términos por estos determinados, según sea el caso, los soportes de cobro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado, efectivamente suministradas.
5. **Entidades territoriales:** Es responsabilidad de los departamentos y distritos:
 - a. Garantizar el suministro de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, a través de los modelos de gestión de suministro que haya adoptado en virtud de la Resolución 1479 de 2015.
 - b. En el evento en el que se haya adoptado el modelo centralizado, la entidad territorial deberá reportar a este Ministerio la información relacionada con el suministro efectivo de las tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios debidamente autorizados, en los términos establecidos en el capítulo III de la Resolución 3951 de 2016 o la norma que la modifique o sustituya.
 - c. Realizar la verificación y control de las solicitudes de cobro/recobro derivadas del suministro de tecnologías en salud no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, garantizando el adecuado uso de los recursos.
 - d. Garantizar el adecuado flujo de los recursos, en relación con los pagos de las solicitudes de cobro/recobro derivadas del suministro de tecnologías en salud

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los requisitos para el acceso y reporte de prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones"

no financiadas con los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios.

6. Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sispro.

Corresponde a este Ministerio a través del SISPRO facilitar la disponibilidad, accesibilidad y actualización del aplicativo de reporte de que trata la presente resolución, así como el análisis de la información resultante del proceso de suministro de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el plan de beneficios con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado.

Artículo 36. Transitorio. A más tardar el 1 de enero de 2019, las entidades territoriales responsables de la garantía del suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios deberán encontrarse activadas en el aplicativo de prescripción de que trata el presente acto administrativo. Para el efecto, de conformidad con su capacidad tecnológica y administrativa, diseñaran el plan de implementación que se requiera.

Mientras es activada la entidad territorial en el aplicativo, la prescripción de tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado realizados por el profesional de la salud, deberán continuar surtiendo el trámite de aprobación ante el Comité Técnico Científico, de conformidad con lo establecido en el Título II de la Resolución 5395 de 2013.

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

Artículo 37. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga, a partir del 1 de enero de 2019, el artículo 5 de la Resolución 1479 de 2015 y el Título II de la Resolución 5395 de 2015.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C., a los

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social



consultorsalud

Aportando a la salud Latinoamericana



www.consultorsalud.com

Conoce aquí nuestro [PORTAFOLIO](#)