



## **RESOLUCIÓN NÚMERO 000532 DE 2017**

(Febrero 28)

*Por la cual se modifica la Resolución número 3951 de 2016, modificada por la Resolución número 5884 de 2016 y se dictan otras disposiciones.*

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial, las que le confieren los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, parágrafo 4° del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, y los numerales 25 y 30 del artículo 2° y 20 del artículo 6° del Decreto-ley número 4107 de 2011 y el literal i) del artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, y

### **CONSIDERANDO:**

Que la Ley 1751 de 2015 en virtud de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, determinó en su artículo 5° que corresponde al Estado como responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, atender, entre otras obligaciones, la siguiente: “*i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios en salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud de la población*”; y establece en el artículo 6°, entre otros elementos esenciales e interrelacionados que incluye el derecho fundamental a la salud en procura de garantizar el goce pleno y efectivo del mismo, los de disponibilidad, continuidad, oportunidad, sostenibilidad y eficiencia.

Que en con el fin de hacer efectivos los principios y elementos que incluyen el derecho fundamental a la salud en procura de garantizar el goce pleno y efectivo del mismo, este Ministerio mediante Resolución número 3951 de 2016 modificada por la Resolución número 5884 de 2016, determinó el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Que la citada resolución dispuso en el artículo 4°, las responsabilidades de los actores, entre las que se previó que le corresponde a este Ministerio facilitar la disponibilidad, accesibilidad y actualización del aplicativo de reporte de que trata dicho acto administrativo, en el marco de lo cual se dispuso el aplicativo web “*Reporte de Prescripción de Servicios y Tecnologías en Salud No cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC – Mipres No PBS*”.

Que igualmente se previó la implementación gradual por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, vía el aplicativo Mipres, en procura de eliminar las barreras de acceso a los usuarios.

Que en desarrollo del plan de adaptación en forma gradual de la implementación de la herramienta Mipres, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) han manifestado a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social de este Ministerio, algunas circunstancias operativas, administrativas y técnicas relacionadas con la operación y prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Que respecto del reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas, este Ministerio ha evidenciado que dentro del procedimiento definido por la Resolución número 3951 de 2016 no se incluyeron los criterios que acrediten la condición del paciente en tales circunstancias.

Que si bien es cierto, por regla general los prestadores solo podrán prescribir medicamentos cuyas indicaciones estén aprobadas por la autoridad competente, hay indicaciones no incluidas en el registro sanitario cuyos usos para el tratamiento de determinados diagnósticos cuentan con evidencia medica suficiente según el reporte de las Sociedades Científicas que será validada por este Ministerio, o hacen parte del listado de Medicamentos de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios (UNIRS) o ingresan al país bajo la modalidad de vitales no disponibles, que en aplicación de la autonomía del profesional de la salud resultan necesarias para salvaguardar la vida del paciente.

Que en atención a las situaciones antes mencionadas, resulta necesario modificar y precisar algunos requisitos, criterios y actividades del acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, con el fin de hacer efectivo el acceso de los usuarios al SGSSS, propender por el ejercicio de la autonomía profesional sin restricciones, adoptar las medidas que acrediten la debida destinación de los recursos en salud a cargo del Fosyga, y lograr la adaptación de todos los actores del Sistema a la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio para la prescripción en línea a través del Mipres.

En mérito de lo expuesto,

#### **RESUELVE:**

Artículo 1°. Modifíquese el numeral 2 del artículo 4° de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

“(…)

## **2. Entidades Promotoras de Servicios (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC).**

*Corresponde a las EPS y EOC: i) garantizar el suministro oportuno a través de la red de prestadores definida de los servicios y tecnologías en salud no financiadas en el Plan*

*de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por los profesionales de la salud; ii) recaudar los dineros pagados por concepto de copagos; iii) cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de recobro o cobro; iv) 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; v) 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 sin que se ponga en riesgo la prestación del servicio; vi) realizar la transcripción de los servicios y tecnologías ordenadas mediante fallos de tutela en el aplicativo dispuesto para tal fin o en los casos de contingencia y, vii) reportar a este Ministerio la información necesaria relacionada con el suministro efectivo de los servicios o tecnologías de que trata esta resolución”.*

Artículo 2°. Modifíquense los numerales 6 y 7, suprimase el 8, y adiciónese un párrafo al artículo 9° de la Resolución número 3951 de 2016, así:

“(…)

*6. Que los servicios o tecnologías en salud no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no correspondan o tengan propósito cosmético o suntuario, sin evidencia científica sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica, que se encuentren en fase de experimentación, o que requieran ser prestados en el exterior.*

*7. Consignar de forma expresa en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo posterior para la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.*

**Parágrafo.** *Sin perjuicio de lo establecido en el numeral 2 de este artículo, se podrá realizar la prescripción de medicamentos cuya indicación no cuente con registro sanitario del Invima, siempre y cuando la indicación para dichos medicamentos esté reportada ante este Ministerio por las Sociedades Científicas o estén incluidas en la lista UNIRS. En estos casos, será responsabilidad del médico tratante y de manera solidaria, de la IPS en la que funcione la respectiva Junta de Profesionales de la Salud, los posibles desenlaces y complicaciones que se presenten por el uso de dichos medicamentos. En cualquier caso, deberá mediar el respectivo consentimiento informado firmado por parte del paciente o su representante. De cumplir con la totalidad de los requisitos definidos en el procedimiento previsto en este acto administrativo, serán reconocidos y pagados por el Fosyga o quien haga sus veces”.*

Artículo 3°. Modifíquese el artículo 10, de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 10. Criterios para la prescripción.** El profesional de la salud que prescribe servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos, para lo cual dejará constancia en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e información bibliográfica que sustenten su decisión.

2. Comunicar al paciente con claridad el motivo por el cual no se utiliza el servicio o la tecnología en salud cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC así como los resultados esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías en salud no cubiertas por dicho Plan. Cuando no existan en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC servicios y tecnologías en salud que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica de acuerdo con la normativa referida en la presente resolución.

3. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un medicamento, este deberá cumplir cualquiera de las siguientes condiciones: i) Estar registrado con sus respectivas indicaciones ante el Invima o quien haga sus veces, ii) Hacer parte del listado construido con el reporte realizado por las Sociedades Científicas o, iii) Hacer parte de la lista UNIRS, o iv) medicamentos sin registro sanitario para primeros o segundos usos que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Decreto número 2200 de 2005 o la norma que los modifique, adicione o sustituya.

4. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por este Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.

5. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, se deberá indicar el procedimiento en el cual se utilizará, cuando haya lugar a ello.

6. Cuando la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se trate de procedimientos, deberá utilizar sin excepción la Codificación Única de Procedimientos (CUPS), definida en la Resolución número 4678 de 2015 y las normas que la modifiquen, adicione o sustituyan.

7. Diligenciar de forma completa los datos solicitados en el reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC medicamentos cuya indicación no se encuentre incluida en el registro sanitario que otorga el Invima, podrá realizarse cuando la vida o seguridad del paciente se encuentren en riesgo inminente a criterio del médico tratante y podrán ser suministrados, previo concepto de la Junta de Profesionales de la Salud. Adicionalmente, en la historia clínica del paciente debe reposar copia del consentimiento informado firmado correspondiente.

Igual procedimiento aplicará para el caso de medicamentos sin registro sanitario para primeros o segundos usos que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles.

9. Para los medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a 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 serán objeto de reporte por las Sociedades Científicas ni harán parte del listado UNIRS”.

Artículo 4°. Modifíquese el artículo 14 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 14. De las prescripciones en el ámbito de atención hospitalaria.** Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, en el ámbito hospitalario de atención, deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. En casos de urgencia vital, la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC podrá efectuarse de forma posterior a la prestación de los servicios hasta por un término máximo de 12 horas siguientes a la atención.

2. En caso de servicios hospitalarios con internación, la prescripción se podrá realizar registrando en el aplicativo lo que el profesional de la salud requiera en el momento que sea necesario, por el tiempo y cantidades que estime para dicha estancia hospitalaria. En caso de que se presenten excedentes en cuanto a las cantidades prescritas por el profesional de la salud, la evidencia de entrega para efectos del recobro ante el Fosyga o quien haga sus veces 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”.

Artículo 5°. Adiciónese el parágrafo 2° al artículo 15 de la Resolución número 3951 de 2016, así:

**“Parágrafo 2°.** Las EPS e IPS podrán adelantar actividades propias de la auditoría médica a los profesionales de la salud para retroalimentarlos con el objetivo de mejorar la prescripción y atención a los pacientes, sin que como consecuencia de las mismas puedan ejercer acciones de constreñimiento a los profesionales de la salud en virtud de su autonomía profesional, modificar las prescripciones realizadas, poner barreras de acceso a los

*usuarios, retener parcial o totalmente los honorarios y salarios de los profesionales de la salud por la aplicación de glosas entre prestadores, aseguradores y el Fosyga o quien haga sus veces”.*

Artículo 6°. Modifíquese el artículo 16 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 16. Imposibilidad de acceso y registro en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** Únicamente cuando se presenten circunstancias tecnológicas y aquellas relacionadas con la afiliación e identificación del usuario, que imposibiliten el acceso al aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario que este Ministerio defina para el efecto.

*Si la prescripción se realiza por un profesional de la salud que pertenece a una Institución Prestadora de Servicios, esta deberá garantizar que dicha prescripción sea enviada y recibida oportunamente por la entidad responsable del afiliado, a través del medio más expedito, máximo dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, contadas a partir de la atención médica inicial. En los casos en que el profesional de la salud que prescribe sea independiente, este será quien realice dicho trámite.*

**Parágrafo 1°.** *El profesional de la salud deberá entregar al usuario el formulario mencionado en el presente artículo, debidamente diligenciado y este será equivalente a la orden o fórmula médica y no deberá utilizarse por circunstancias distintas a las previstas, es decir situaciones tecnológicas y de afiliación o identificación.*

**Parágrafo 2°.** *La entidad responsable del afiliado no se podrá negar a recibir las prescripciones que se generen por la imposibilidad de acceso y registro en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y, por lo tanto, deberá suministrarlas dentro de los plazos previstos en esta resolución.*

**Parágrafo 3°.** *Este Ministerio dispondrá de una mesa de ayuda para los temas relacionados con el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”.*

Artículo 7°. Modifíquese el artículo 19 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 19. Obligación de reportar en el aplicativo las prescripciones.** *Cuando por dificultades técnicas de acceso al aplicativo de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o de identificación y afiliación del usuario, de manera excepcional se prescriban servicios o tecnologías mediante el formulario que este Ministerio expida para tal fin, la entidad responsable del afiliado deberá realizar la transcripción de la prescripción, una vez reciba la copia de dicho*

formulario, en el módulo del aplicativo dispuesto para ello en un término no superior a veinticuatro (24) horas”.

Artículo 8°. Modifíquese el artículo 20 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 20. Juntas de Profesionales de la Salud.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren habilitadas de conformidad con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que presten servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio, de medicamentos de la lista de Medicamentos de Usos No Incluidos en Registros Sanitarios (UNIRS) o del listado conformado a partir de los reportes presentados por las Sociedades Científicas a este Ministerio y validados por la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de la Entidad.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá determinar otros servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para que sean evaluados y analizados por la Junta de Profesionales de la Salud, de que trata la presente resolución, bajo criterios médicos y técnicos de conformidad con los protocolos establecidos por cada Institución Prestadora de Servicios de Salud”.

Artículo 9°. Adiciónense dos párrafos al artículo 21 de la Resolución número 3951 de 2016, los cuales quedarán así:

**“(…) Parágrafo 1º.** Las Juntas de Profesionales de la Salud que evalúen medicamentos que se encuentren reportados por las Sociedades Científicas con indicaciones no incluidas en el registro sanitario o que hagan parte de la lista UNIRS, deberán ser conformadas en su totalidad por médicos y uno de ellos debe ser par del médico prescriptor.

**Parágrafo 2º.** Las Entidades Promotoras de Salud no podrán exigir a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud 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”.

Artículo 10. Modifíquese el artículo 23 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 23. Criterios de análisis de la Junta de Profesionales de la Salud.** Cuando los profesionales de la salud realicen solicitudes de servicios o tecnologías en salud complementarias, de soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos reportados por las Sociedades Científicas, o de aquellos del listado UNIRS, mediante el aplicativo dispuesto para ello, las Juntas recibirán la solicitud y tendrán en cuenta al analizar cada caso en particular los siguientes criterios:

1. *La correlación de la solicitud efectuada con la condición clínica del paciente.*
2. *El servicio solicitado no se considere suntuario o cosmético, de acuerdo con el análisis del caso clínico particular.*
3. *La solicitud del servicio o tecnología a realizar se preste en el territorio colombiano.*
4. *La solicitud de acuerdo con la evidencia científica disponible para el caso clínico objeto del análisis.*
5. *El servicio prescrito tenga autorización para su comercialización o realización por la autoridad competente en el país.*
6. *En caso de tratarse de medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los del listado UNIRS, que exista el consentimiento informado firmado por parte del paciente o su representante.*
7. *La pertinencia clínica de las cantidades prescritas o ajustes de las mismas.*

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

Artículo 11. Modifíquese el artículo 25 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 25. 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 que deberá contener como mínimo:*

1. *Fecha de elaboración y número de acta.*
2. *Nombre, tipo y número de identificación del usuario.*
3. *Diagnóstico con la Codificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).*
4. *Servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los de la lista UNIRS prescrita por el profesional de la salud.*
5. *Si se trata de un servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los del listado UNIRS única o sucesiva.*
6. *La justificación médica, técnica y de pertinencia acerca del uso del servicio o tecnología complementaria prescrita.*
7. *La decisión de aprobación, ajustes en las cantidades prescritas o negación adoptada por la Junta.*
8. *Nombre y firma de todos los integrantes de la Junta”.*

Artículo 12. Modifíquese el artículo 26 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así: **“Artículo 26. Comunicación de la decisión y obligación de reportarla.** *La IPS responsable de la Junta de Profesionales de la Salud que adoptó la decisión, sin perjuicio del diligenciamiento en físico del acta correspondiente, comunicará dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas la decisión adoptada a la entidad responsable del aseguramiento del afiliado por el medio más expedito. La Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá diligenciar en el módulo dispuesto en el aplicativo de prescripción previsto en esta*

resolución, dicha decisión ya sea de aprobación, ajuste o negación, para que se genere el respectivo número de prescripción.

**Parágrafo.** Las IPS delegarán el registro de la decisión tomada por la Junta de Profesionales de Salud en el módulo del aplicativo de que trata la presente resolución. Para esto, crearán una Secretaría Técnica al interior de la misma, la cual será representada por un profesional de la salud debidamente inscrito en ReTHUS”.

Artículo 13. Modifíquese el artículo 29 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 29. Registro en caso de usuarios con fallos de tutela.** Cuando mediante un fallo de tutela se hayan ordenado servicios complementarios o de soporte nutricional de tipo ambulatorio y medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los de la lista UNIRS estos no requerirán análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud y deberán ser transcritos por parte del profesional de la salud de la Entidad Promotora de Salud (EPS) en el módulo de tutelas del aplicativo dispuesto por este Ministerio”.

Artículo 14. Modifíquese el parágrafo 2° del artículo 30 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

**“(…) Parágrafo 2°.** Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) 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 efectivo de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC a los usuarios sin trámites adicionales y, iv) garantizar los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones. Las IPS y proveedores igualmente deberán garantizar el suministro efectivo de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC a los usuarios, sin trámites adicionales.

Bajo ninguna circunstancia podrá: i) negarse sin justa causa el suministro de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC a los usuarios o ii) exigirse 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”.

Artículo 15. Modifíquese el artículo 36 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 36. Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas por el profesional de la salud.** Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud, donde se solicite el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, además de los documentos de que tratan los artículos 33 y 34 de la presente resolución, las entidades recobrantes, deberán allegar los siguientes documentos e información:

1. El número de prescripción generado por el aplicativo de que trata el artículo 5° de la presente resolución, en el archivo (TXT) que soporta la presentación de la solicitud de recobro.

2. Registro de información en el archivo (TXT) que soporta la presentación de solicitudes de recobro/cobro, para el tipo de radicación, teniendo en cuenta:

a) Si se trata de un medicamento, este debe venir reportado en CUMS e identificar la opción terapéutica que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito y que se encuentre cubierto en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, mediante la descripción en su denominación común internacional o principio(s) activo(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC). En todo caso los demás campos asociados al medicamento que puede reemplazar o sustituir el tratamiento prescrito deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada. Si el medicamento recobrado tiene un comparador administrativo, este debe venir reportado en CUMS, de acuerdo con el listado adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, indicar el nombre en su denominación común internacional o principio(s) activo(s) individual(es) o combinado(s), código de clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATC). En todo caso los demás campos asociados al comparador administrativo deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada;

b) Si se trata de un procedimiento, es obligatorio sin excepción identificar el o los procedimientos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se reemplazan o sustituyen, equivalentes a los solicitados, con el Código Único de Procedimiento en Salud (CUPS). En todo caso, los demás campos asociados al procedimiento deberán ser registrados de manera coherente y equivalente con la tecnología en salud recobrada. Si la tecnología en salud tiene comparador administrativo, deberá identificarse con el código correspondiente en cualquier caso, aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social o por la autoridad competente.

3. Cuando el servicio solicitado por el profesional de la salud corresponda a una tecnología complementaria y, de soporte nutricional de tipo ambulatorio deberá adjuntar el Acta de la Junta de Profesionales de la Salud debidamente diligenciada. Para el caso de medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o aquellos de la lista UNIRS además de la mencionada acta se deberá adjuntar el consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante.

4. Evidencia de la entrega del servicio o de la tecnología no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así: a) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC sea de tipo ambulatorio: firma y número de identificación del paciente, de su representante responsable, del acudiente o de quien recibe la tecnología en salud, como constancia de recibido en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción, en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por las entidades recobrantes;

b) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se haya proporcionado en atención de urgencias: Copia del informe de atención de urgencias;

*c) Cuando el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC que se haya proporcionado en atención de urgencias con observación, atención con internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria: Copia del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.*

*5. Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC prestadas a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales establecidos en el artículo 35 de la presente resolución, deberá registrar al usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el sistema de información establecido por el Decreto 1954 de 2012 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya”.*

Artículo 16. Adiciónese el numeral 6 al artículo 37 de la Resolución número 3951 de 2016, el cual quedará así:

*“(…) 6. Cuando se trate de recobros/cobros originados en fallos de tutela por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC prestadas a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales establecidos en el artículo 35 de la presente Resolución, deberá registrar al usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el sistema de información establecido por el Decreto 1954 de 2012 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. (…)”.*

Artículo 17. Modifíquese el artículo 93 de Resolución número 3951 de 2016, modificado por el artículo 2° de la Resolución número 5884 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 93. Transitoriedad y plan de adaptación.** *Los actores a los cuales aplica la presente resolución, de conformidad con su capacidad tecnológica y administrativa, diseñarán el plan de adaptación que se requiera para utilizar el registro de prescripción en línea aquí previsto y de forma gradual así:*

*a) A partir del 1° de diciembre de 2016 las Entidades Promotoras de Salud deberán implementar las medidas aquí adoptadas, como mínimo con una Institución Prestadora de Servicios de Salud de su red, la cual deberá ser informada a través de comunicación suscrita por el representante legal a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o a quien haga sus veces. Para este caso, las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC serán autorizadas por los Comités Técnico-Científicos, hasta el 30 de noviembre de 2016;*

*b) Entre el 1° de diciembre de 2016 y el 31 de marzo de 2017, las Entidades Promotoras de Salud deberán implementar y garantizar que la totalidad de los prestadores de servicios de salud de su red, adopten las medidas del presente acto administrativo con el objetivo de que al 1° de abril de 2017 todas las prescripciones de servicios y tecnologías no cubiertas por el*

*Plan de Beneficios con cargo a la UPC se realicen a través de la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio. En estos casos, las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC serán autorizadas por los Comités Técnico-Científicos, hasta el día anterior a la fecha en que se implemente dicha herramienta.*

*En todo caso, a partir de la fecha en que el prestador de servicios de salud implemente la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio, deberá hacerlo para la prescripción de tecnologías o servicios de salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, de los usuarios que así lo requieran, independientemente de la Entidad Promotora de Salud, es decir, que no podrá un mismo prestador de servicios de salud operar de manera simultánea con el mecanismo establecido en el presente acto administrativo y el proceso definido en la Resolución número 5395 de 2013.*

*En ningún caso, los Comités Técnico-Científicos de las EPS podrán operar para realizar análisis de solicitudes efectuadas por prestadores de servicios de salud que ya hayan adoptado e implementado la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio.*

*Las solicitudes de servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, aprobadas por los Comités Técnicos-Científicos se presentarán ante el Fosyga o quien haga sus veces, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución número 5395 de 2013, y por lo tanto el procedimiento de reconocimiento y pago se efectuará con base en las disposiciones de dicho acto administrativo”.*

**Parágrafo.** *El incumplimiento de las disposiciones previstas en el presente artículo por las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios y los profesionales de la salud se informará a la Superintendencia Nacional de Salud para lo de su competencia”.*

Artículo 18. Modifíquese el artículo 94 de Resolución número 3951 de 2016, modificado por el artículo 3° de la Resolución número 5884 de 2016, el cual quedará así:

**“Artículo 94. Vigencia y derogatoria.** *La presente resolución entrará en vigencia a partir de su publicación, regirá de manera gradual conforme lo previsto en el artículo 93, a partir del 1° de diciembre de 2016 y sus disposiciones serán exigibles para todos los actores a los que aplica a partir del 1° de abril de 2017. Lo previsto en los numerales 5 del artículo 36 y 6 del artículo 37 de la presente resolución, serán exigibles a partir del primero (1°) de junio de 2017. Se derogan las Resoluciones 5395 de 2013, 3435 de 2016 y 5319 de 2016, salvo lo previsto en el título II de la Resolución número 5395 de 2013, que se mantiene vigente para el procedimiento de cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC suministradas a los afiliados del régimen subsidiado”.*

Artículo 19. *Reporte de información relacionada con las indicaciones de los medicamentos, no incluidas en los registros sanitarios otorgados por el Invima. Las Sociedades Científicas reportarán a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de este Ministerio, dentro*

de los ocho (8) días calendario siguientes a la publicación del presente acto administrativo, la información relacionada con las indicaciones de los medicamentos no incluidas en los registros sanitarios otorgados por el Invima, que se consideran necesarios para salvaguardar la vida de los pacientes. Si el reporte ya se efectuó, no será necesario repetirlo. En caso de requerir reportes posteriores, los mismos podrán hacerse por las Sociedades Científicas de acuerdo con la estructura definida por este Ministerio, durante los primeros cinco (5) días de cada mes.

El Ministerio de Salud y Protección Social clasificará las indicaciones solicitadas por la correspondiente Sociedad Científica, de acuerdo con la evaluación sobre su seguridad y efectividad para un segundo uso, en donde se podrán dar los siguientes resultados: i) Emitir concepto favorable o ii) emitir concepto No favorable, caso en el cual, los medicamentos no se reconocerán ni pagarán para la indicación evaluada.

Las prescripciones de medicamentos en la indicación reportada por la correspondiente Sociedad Científica que aún no hayan sido evaluadas por este Ministerio, es decir, que aún no hagan parte del listado UNIRS, se reconocerán y pagarán por el Fosyga o quien haga sus veces, siempre y cuando se acredite el cumplimiento de los demás requisitos definidos en el procedimiento establecido en este acto administrativo.

Artículo 20. *Vigencia y derogatorias.* La presente resolución entra en vigencia a partir de su publicación y modifica los artículos 4°, 9°, 10, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 29, 30, 36 y 37 de la Resolución número 3951 de 2016, así como los artículos 93 y 94 de dicha resolución, los cuales a su vez fueron modificados por los artículos 2° y 3° de la Resolución número 5884 de 2016.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 28 de febrero de 2017.

El Ministro de Salud y Protección Social,

*Alejandro Gaviria Uribe.*