

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO****DE 2022****()**

Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial, las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993; el literal i) del artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, el artículo 2° del Decreto - Ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que, la Ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud, disponiendo en el artículo 5°, como obligación del Estado, adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.

Que, el artículo 6° *ibídem*, ordena al Estado promover la progresividad del derecho fundamental a la salud con ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías en salud, la mejora en su prestación, la ampliación de la capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo de este derecho. De la misma manera, establece que todos los actores del sistema de salud deben procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Que, en desarrollo de la integralidad de que trata el artículo 8°, en concordancia con lo establecido en el inciso primero del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, los servicios y tecnologías en salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. De esta manera, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario, entendiendo que esta comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Que, el artículo 9° de la mencionada ley indica que, se entiende por determinantes sociales de salud de la salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad e inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, tales como: sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos; y resalta que tales determinantes serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud, y tendrán que ser atendidos a través de políticas públicas generadas por los diferentes actores del Estado, dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades existentes. Por tanto, los servicios que se requiere para intervenir en los determinantes sociales de la salud no son financiados con cargo al Presupuesto Máximo.

Que, el artículo 15 de la citada Ley Estatutaria, definió los criterios para identificar aquellos servicios y tecnologías que deben ser excluidos de la financiación con los recursos públicos

Continuación de la resolución *“Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”*

asignados a la salud, y en consecuencia, de forma implícita o concomitante determinó que el conjunto de servicios y tecnologías en salud autorizados en el país, de acuerdo a la normativa vigente, deben ser garantizados a los usuarios del sistema, a través de los recursos públicos para la protección del derecho fundamental a la salud, y en virtud de ello, se han previsto mecanismos para actualizar integralmente y financiar los servicios y tecnologías en salud a los que tienen derecho la población afiliada residente en el país.

Que, en consonancia con los mandatos de la Ley Estatutaria en salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud financia la totalidad de los servicios y tecnologías de salud autorizados en el país por la autoridad competente, para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, excluyendo aquellos que cumplan con al menos uno de los criterios de que tratan el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015. En ese sentido, la Corte Constitucional se pronunció mediante Sentencia C-313 de 2014, en la que indicó que, en aras del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, se entiende que *“salvo lo excluido, lo demás está cubierto”*.

Que, este Ministerio, como rector de la política pública en salud, está en el deber de definir e implementar políticas que permitan el uso eficiente y racional de los recursos disponibles para garantizar el derecho fundamental a la salud a través del SGSSS, y para ello fija los mecanismos que permitan financiar el acceso a servicios y tecnologías de salud autorizados en el país por autoridad competente.

Que, la financiación de las tecnologías y servicios de salud está organizada a través de los recursos públicos asignados a la salud vía Unidad de Pago por Capitación - UPC y NO financiados con recursos de la UPC, que coexisten articuladamente, bajo responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud EPS y Entidades Obligadas a Compensar EOC, para facilitar la materialización del derecho a la salud. Por una parte, se tiene el aseguramiento como fuente de financiación con cargo a la UPC, que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, utiliza instrumentos para inferir y reconocer una prima. Por otra parte, existen dos fuentes de financiación relacionadas con lo NO UPC, la primera de ellas con cargo al presupuesto máximo, que se transfiere de manera ex ante a las EPS y EOC, y en segundo lugar existen servicios financiados de manera excepcional y taxativa con recursos dispuestos por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES.

Que, el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 establece que las Entidades Promotoras de Salud -EPS, entre otras obligaciones, deben organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional; definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras de servicios de salud con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional y establecer procedimientos para garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios.

Que, la Ley 1955 del 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 *“Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”*, dispone en su artículo 240, que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la ADRES, y precisa que, las EPS considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina este Ministerio, remitirán la información que este último requiera, precisando que en ningún caso el cumplimiento del presupuesto máximo por parte de las EPS, deberá afectar la prestación del servicio.

Continuación de la resolución *“Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”*

Que, la precitada norma faculta a este Ministerio para definir la metodología que establezca el presupuesto máximo anual por EPS, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos.

Que, los recursos definidos por el presupuesto máximo para los regímenes Contributivo y Subsidiado pertenecen al Sistema de Seguridad Social en Salud y se destinan a financiar los servicios y tecnologías de salud no reconocidos financiados con recursos de la UPC que no hacen parte de las exclusiones del sistema, en virtud de los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Que, los recursos destinados a financiar los servicios y tecnologías en salud con cargo al presupuesto máximo deberán gestionarse por las EPS o EOC en calidad de responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud y consecuentemente, directas encargadas de la óptima utilización de estos a fin de alcanzar el objetivo propuesto, conforme lo señalado en los artículos 14 de la Ley 1122 de 2007 y 3 (numeral 3.9) de la Ley 1438 de 2011. En tal contexto, por disposición constitucional y legal están amparados bajo el principio de inembargabilidad, y no podrán destinarse ni utilizarse para fines diferentes a los previstos en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019.

Que, en el país existe libertad de contratación y tarifas para que las EPS o EOC celebren sus negociaciones con los diferentes agentes, sobre las condiciones de prestación de servicios de salud, las tarifas y los mecanismos de pago, siempre y cuando se acojan a los lineamientos legales previstos en el Decreto 780 de 2016 o la norma que modifique o actualice o sustituya.

Que, mediante la Resolución 205 de 17 de febrero de 2020 este Ministerio fijó disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, y adoptó la metodología para definir el presupuesto máximo.

Que, mediante la Resolución 586 del 7 de mayo de 2021, este Ministerio sustituyó lo dispuesto en la Resolución 205 de 2020, salvo la metodología adoptada en la misma, estableciendo las disposiciones generales en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y no excluidos de la financiación con recursos del SGSSS, de los afiliados a los - regímenes Contributivo y Subsidiado.

Que, la fuente de información para determinar el presupuesto máximo es la reportada y gestionada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, los operadores logísticos de tecnologías de salud, gestores farmacéuticos, y las EPS o EOC, en el módulo de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES, que se rige con la normatividad vigente que regula lo referente a la herramienta tecnológica.

Que, mediante Resolución 2292 del 23 de diciembre de 2021, este Ministerio estableció y actualizó los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación — UPC para la vigencia 2022, incorporando algunos servicios y tecnologías que hacían parte de los presupuestos máximos, los cuales fueron reconocidos a través de la Resolución 2381 de 2021, *“Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2022”*; situación por la que se hace necesario ajustar los artículos relacionados con las reglas que determinan la cobertura de los servicios y tecnologías en salud financiados con cargo al presupuesto máximo y previstos en la citada Resolución 586 de 2021.

Que, desde la entrada en vigencia de presupuesto máximo, este Ministerio ha venido adelantado medidas encaminadas al uso eficiente del gasto en servicios y tecnologías no

Continuación de la resolución “Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”

financiadas con recursos de la UPC; incorporando elementos que permiten reconocer desviaciones injustificadas de los valores reportados de los servicios y tecnologías por parte cada una de las EPS o EOC, por lo que se ha fortalecido el mecanismo, contando ahora con elementos asociados a la calidad de la información identificada en la herramienta MIPRES y la metodología para la asignación de recursos, lo que permite realizar un único cálculo y reconocimiento por vigencia a las EPS y demás EOC.

Que, atendiendo a los resultados observados en el desarrollo del mecanismo de financiación de presupuesto máximo adelantado en los últimos 2 años, resulta necesario actualizar algunas disposiciones de la regulación prevista en la Resolución 586 de 2021, por lo que se sustituirá su contenido en el acápite general, incluyendo la derogatoria de la metodología dispuesta en el anexo de la Resolución 205 de 2020.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

TÍTULO I GENERALIDADES

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación en los regímenes contributivo y subsidiado de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, en los componentes de procedimientos de salud, medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales - APME, y servicios complementarios.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, operadores logísticos y gestores farmacéuticos, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES, y a los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

3.1. Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME: productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, con el fin de brindar soporte 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.

3.2. Ajustador Delta de Cantidades: son las cantidades resultantes del cálculo de las tasas de crecimiento de UMC o prestaciones de los grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida como resultado de aplicar la metodología para la vigencia de cálculo del presupuesto máximo, donde se incluyen las órdenes judiciales y aplica únicamente para el cálculo del presupuesto anual inicial por los doce meses.

3.3. Ajuste por traslado de EPS: valor a ajustar correspondiente al traslado de afiliados entre las EPS o EOC; ya sea traslado voluntario de afiliados o por el proceso administrativo de intervención forzosa o liquidación de alguna EPS o EOC.

Continuación de la resolución “Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”

- 3.4. Cantidad de UMC:** número de Unidades Mínimas de Concentración - UMC de cada grupo relevante que se utilizan para el cálculo del presupuesto máximo.
- 3.5. Cantidad Inicial (Q inicial):** cantidades de grupos relevantes reportadas por, las EPS o la ADRES a este Ministerio, correspondientes a los servicios y tecnologías en salud prestados en el periodo que se defina, incluyendo los entregados o prestados en cumplimiento de órdenes judiciales. La cantidades inicial se expresa según la medida de cada grupo relevante.
- 3.6. Cantidad total prospectiva por grupo relevante:** cantidades proyectadas de grupos relevantes de tecnologías en salud y servicios complementarios, resultantes de aplicar la metodología para la vigencia de cálculo del presupuesto máximo.
- 3.7. Cantidades ajustadas:** cuantías estimadas de grupos relevantes a partir de la base de datos definida en cada metodología, en razón a que a la fecha de corte de la información existe carencia de reporte de las prestaciones efectuadas durante el periodo de estudio.
- 3.8. Combinación de Dosis Fija -CDF:** medicamento que contiene dos o más principios activos en concentraciones específicas.
- 3.9. EPS o EOC de origen:** es la EPS o EOC desde la cual un afiliado se traslada a otra.
- 3.10. EPS o EOC receptora:** es la EPS o EOC que recibe al afiliado proveniente de una EPS o EOC de origen.
- 3.11. Forma farmacéutica:** preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Son formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.
- 3.12. Grupo relevante:** agrupamiento tanto de medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales –APME, procedimientos de salud y servicios complementarios, los cuales estarán enunciados en el documento técnico de aplicación metodológica de la vigencia que se publique en la página web de este Ministerio, cuyas definiciones corresponden a:
- 3.12.1. Grupo relevante de medicamentos:** conjunto de medicamentos pertenecientes a la misma clasificación Anatómica Terapéutica Química, ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) a nivel 5 (principio activo) e igual forma farmacéutica, así como a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM.
- 3.12.2. Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales -APME:** conjunto de alimentos para propósito médico especial que tienen características similares en su composición calórica, concentración y especificidades de los macro y micronutrientes, así como el uso específico que se ha otorgado a algunos de estos.
- 3.12.3. Grupo relevante de procedimientos:** procedimiento identificado con el código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS.
- 3.12.4 Grupo relevante de servicios complementarios:** agrupación de los servicios y tecnologías conforme a las tablas de referencia MIPRES para servicios complementarios y los ordenados por autoridad judicial.

Continuación de la resolución “Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”

- 3.13. Precio de referencia por comparación internacional (PRI):** es el precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos -CNPMDM.
- 3.14. Presupuesto máximo:** mecanismo de financiación de tecnologías en salud y servicios no financiados con cargo a la UPC, ni excluidos de la financiación con recursos públicos de la salud, que corresponde al reconocimiento de un valor prospectivo anual calculado, en aplicación de la metodología adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social, previa recomendación de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, que la ADRES transfiere a las EPS o EOC, para que estas realicen gestión y garanticen a sus afiliados la prestación integral en protección del derecho fundamental a la salud.
- 3.15. Principio activo:** cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.
- 3.16. Unidad Mínima de Concentración (UMC):** unidad de medida utilizada para expresar la cantidad de principio activo contenida en la mínima unidad de dispensación de un medicamento y que puede ser expresada en gramo (g), miligramo (mg), microgramo (mcg), unidad internacional (ui), o aquella que corresponda. Para el caso de los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales –APME, la UMC corresponde a la unidad de presentación de cada producto para soporte nutricional según su disponibilidad para suministro por sonda o vía oral, esta será expresada en gramos (gr) o mililitros (ml). Para procedimientos y servicios complementarios corresponde a las unidades entregadas en concordancia con lo descrito en los numerales 3.12.3 y 3.12.4.
- 3.17. Valor de cálculo por Grupo Relevante:** valor máximo de reconocimiento que se defina en la metodología adoptada en cada vigencia para la fijación del presupuesto máximo.
- 3.18. Valor de Referencia:** valor que resulta de la aplicación de la metodología adoptada en cada vigencia para la fijación del presupuesto máximo; dicho resultado es insumo para la definición del Valor de cálculo por Grupo Relevante.

El valor de referencia corresponde al listado definido en el documento técnico del cálculo del presupuesto máximo realizado para la vigencia, o a los precios regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos –CNPMDM si aplica. En todo caso, el valor de referencia podrá corresponder a los definidos en el documento técnico de cálculo del presupuesto máximo de vigencias pasadas, si el servicio o tecnología en salud no cuenta con reporte de información en la fuente definida para el cálculo de la vigencia más reciente, que no permita calcular un valor de referencia.

- 3.19. Valor de recobro/cobro:** valor recobrado o cobrado ante la ADRES por los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, sin considerar el valor de la cuota moderadora o copago conforme lo determina la normatividad vigente, el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este Ministerio, ni el valor calculado para los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC utilizados o descartados. En adelante se denominará como Recobro.

Artículo 4. Responsabilidades de los actores. Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, procedimientos de salud y servicios complementarios financiados con cargo Presupuesto Máximo los actores del sistema, entre otras, deberán:

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS"

Las EPS o EOC.

- 4.1** Garantizar en forma integral tanto los medicamentos, APME, procedimientos de salud y servicios complementarios financiados con cargo a los recursos Presupuesto Máximo, como el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, para el efecto establecerán modelos de atención y gestión, adoptarán en conjunto con los actores del sistema las guías o protocolos de atención que disponga este Ministerio. En caso de no estar al menos uno de estos documentos disponible, desarrollarán guías o protocolos de atención basadas en la evidencia nacional e internacional. Los servicios y tecnologías en salud deben ser garantizados de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante, absteniéndose de limitar, restringir o afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud.
- 4.2** Administrar, organizar, gestionar y prestar directamente o contratar en forma integral con los diferentes actores del sistema de salud, y sus redes de servicios, el conjunto de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC y Presupuesto Máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación.
- 4.3** Realizar el seguimiento, monitoreo y auditoría, a su red prestadora de servicios de salud y demás proveedores de servicios de salud con miras a garantizar la atención integral de sus afiliados, de conformidad con los acuerdos de voluntades que haya concertado.
- 4.4** Garantizar que todas las actividades y procesos propios del servicio farmacéutico, que implique servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo al Presupuesto Máximo, se realicen bajo las condiciones y criterios definidos por la normatividad vigente, y que su funcionamiento se ajuste a la habilitación, autorización y vigilancia por la autoridad competente para tal fin.
- Cuando un establecimiento farmacéutico, entidad o persona (entiéndase bajo esta denominación incluidos los operadores logísticos y los gestores farmacéuticos) realice cualquier actividad o proceso propio del servicio farmacéutico, deberá cumplir las disposiciones del Capítulo 10 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo correspondiente, o según la norma que lo modifique o sustituya.
- 4.5** Garantizar todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de los servicios y tecnologías en salud financiados con cargo al presupuesto máximo, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, en virtud de la integralidad en la prestación de los servicios, establecida en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015.
- 4.6** Realizar el cierre del ciclo de garantía de suministro de MIPRES con celeridad, oportunidad y calidad del registro. Para el cálculo anual del reconocimiento del Presupuesto Máximo el cierre del reporte de información de la vigencia fiscal anterior se debe realizar a más tardar el 31 de marzo de la vigencia en la cual se está realizando el cálculo, con el fin de que el reconocimiento contenga todas las prestaciones realizadas durante la vigencia fiscal anterior, sin perjuicio de que exista proceso administrativo de intervención forzosa o liquidación de la EPS o EOC.

Las IPS, operadores logísticos y gestores farmacéuticos

Continuación de la resolución “Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”

4.7 Deberán realizar el registro y reporte de la prescripción, suministro y facturación en los módulos de la herramienta tecnológica MIPRES según les corresponda, conforme a los tiempos estipulados en la normatividad vigente o pactados en los acuerdos de voluntades que permitan el cumplimiento de las responsabilidades de las EPS o EOC según lo establecido en el numeral 4.6., sin perjuicio de que exista proceso administrativo de intervención forzosa o liquidación de la EPS o EOC.

4.8 Cumplir los tiempos establecidos para realizar la facturación en los términos de los artículos 615 y 616 del Estatuto Tributario, del Decreto 4747 de 2007, y las normas que lo sustituyan o modifiquen.

Parágrafo. Los actores del SGSSS continuarán cumpliendo con las responsabilidades asignadas en el artículo 4 de la Resolución 1885 de 2018, o las normas que la modifiquen o sustituyan.

TÍTULO II

SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD FINANCIADOS CON CARGO AL PRESUPUESTO MÁXIMO

Artículo 5. Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos del presupuesto máximo. Los recursos del Presupuesto Máximo transferidos a cada EPS o EOC financiarán los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios siempre que estén asociados a una condición de salud, se prescriban por un profesional de la salud o se ordenen mediante un fallo de tutela, se encuentren autorizados por la autoridad competente del país, no se encuentren financiados con recursos de la UPC ni por otro fuente de financiación, no se encuentren excluidos de acuerdo a lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y cumplan las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Se consideran financiados con cargo a los recursos de Presupuesto Máximo de la vigencia:

5.1. Medicamentos.

5.1.1. Los medicamentos que ingresen al país, debidamente autorizados por el INVIMA, y tengan el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al presupuesto máximo en las indicaciones autorizadas.

5.1.2. Los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país, que contengan principios activos aquí autorizados. En todo caso, estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC, serán financiadas con cargo a dicha fuente.

5.1.3. Los medicamentos que contienen el metabolito activo de un principio activo o precursor financiado con cargo al presupuesto máximo, indistintamente de la forma farmacéutica, siempre y cuando tengan la misma indicación. Este criterio también aplica para medicamentos que no se encontraban incluidos en normas farmacológicas, y que luego de su autorización de ingreso al país se considerarán incluidos en el Presupuesto Máximo, sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 9.5 del artículo 9 de la presente resolución.

5.1.4. Los medicamentos cuyo principio activo sea un estereoisómero de la mezcla racémica de un principio activo financiado con cargo al presupuesto máximo, siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico del principio activo del cual se extraen, sin que sea necesario que coincidan en la misma sal o éster en caso de tenerlos. Este criterio también aplica para medicamentos que no se encontraban incluidos en normas farmacológicas, y que luego de su autorización de ingreso al país se considerarán

Continuación de la resolución “Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”

incluidos en el Presupuesto Máximo, sin perjuicio de lo dispuesto en el numeral 9.5 del artículo 9 de la presente resolución.

- 5.1.5. Los medicamentos para el tratamiento de enfermedades huérfanas que venían garantizando la EPS o EOC al paciente con diagnóstico confirmado en vigencias anteriores, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC.
- 5.1.6. Los medios de contraste que no se encuentran financiados con recursos de la UPC.
- 5.1.7. Los medicamentos diferentes a medios de contraste cuando sean usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos financiados con cargo a estos recursos.
- 5.1.8. Los medicamentos que actúen como estímulo in vivo o in vitro requeridos en un procedimiento incluido dentro de la financiación del presupuesto máximo, siempre y cuando sea necesario e insustituible para la realización de dicho procedimiento.
- 5.1.9. Los medicamentos nuevos incluidos en normas farmacológicas en el país que no sean financiados con recursos de la UPC.

En caso de que el agente interesado solicite un ajuste en el valor a reconocer, deberá realizar el procedimiento para determinar la superioridad, no diferencia o inferioridad, de los servicios y tecnologías en salud, en primera instancia deberá ser demostrado por el agente interesado a través de una evaluación de tecnología en salud para su posterior verificación por parte del IETS, cuando esta no la realice el IETS. En todo caso el IETS podrá realizar la evaluación de tecnología en salud, así como la verificación de la de la evaluación de la evaluación de los servicios y tecnologías en salud solicitadas por el tercero interesado, serán financiadas por este directamente al IETS.

- 5.1.10. Los usos autorizados en la lista UNIRS de un medicamento financiado con cargo al Presupuesto Máximo y los que cumplan con lo estipulado en el párrafo 3 del artículo 37 de la Resolución 2292 de 2021, o la norma que la modifique o sustituya.

Se exceptúa de la financiación de Presupuesto Máximo lo establecido en el párrafo transitorio del artículo 37 de la Resolución 2292 de 2021.

- 5.1.11. Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y los prescritos por urgencia clínica según el Decreto 481 de 2004 o la norma que la modifique o sustituya, cuya autorización de importación fue otorgada por el INVIMA, que tengan definido un valor de referencia.
- 5.1.12. Los medicamentos cuya financiación se define en el presente acto administrativo con cargo al presupuesto máximo, cualquiera sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación autorizada.
- 5.1.13. Las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones de medicamentos incluidos en el presupuesto máximo o de la adecuación de estos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.

5.2. Procedimientos.

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS"

- 5.2.1. Los procedimientos en salud, que cumplan las siguientes condiciones: i) prescritos por un profesional en salud autorizado o sea ordenado por un fallo de tutela u orden judicial. ii) descritos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS iii) que no se encuentren incluidos en la Resolución 2292 de 2021, las normas que las modifiquen o sustituyan y iv) Que se prescriba a través de la herramienta tecnológica MIPRES.

También se entienden financiados los radiofármacos, así como los procedimientos de analgesia, anestesia y sedación, y por lo tanto los medicamentos anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversiones de estos, que se consideren necesarios e insustituibles para la realización de un procedimiento financiado con cargo al presupuesto máximo.

- 5.2.2. En caso de que se requiera prestar de manera combinada, simultánea o complementaria procedimientos financiados con recursos de la UPC y financiados con Presupuesto Máximo, para cada uno se mantendrá la fuente de financiación definida.
- 5.2.3. Los injertos necesarios para los procedimientos contenidos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos, injertos heterólogos u homólogos. La financiación también incluye los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.
- 5.2.4. Las tecnologías en salud oral no financiados con recursos de la UPC y que no sean procedimientos estéticos. También se entienden financiadas la anestesia general o sedación asistida de acuerdo con el criterio del profesional tratante.
- 5.2.5. Los tratamientos reconstructivos no financiados con recursos de la UPC en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.
- 5.2.6. Las reintervenciones relacionadas con un procedimiento o intervención financiada con recursos del Presupuesto Máximo, conforme con la prescripción del profesional tratante.
- 5.2.7. Los estudios realizados a donantes no efectivos de aquellos trasplantes financiados con recursos de la UPC.

5.3. Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME

- 5.3.1 Los productos para soporte nutricional clasificados como Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME.

Los APME, prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente, prestados por la red de prestación de servicios de salud de la EPS o EOC, de conformidad con la tabla de referencia de la herramienta tecnológica MIPRES. En todo caso, y según corresponda, estos servicios deberán surtir el proceso establecido en las resoluciones 1885 y 2438 de 2018, 1343 de 2019, o las normas que las modifiquen o sustituyan.

El APME financiado con cargo al Presupuesto Máximo, deberá cumplir las siguientes condiciones para su prescripción: i) estar registrado ante el INVIMA con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales; ii) contar con concepto favorable vigente como APME, emitido por la Comisión Revisora de la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas del INVIMA; y iii) que los dos requisitos anteriores hayan sido validados por el Ministerio de Salud y Protección Social antes de habilitar el producto en las tablas de referencia de la herramienta tecnológica MIPRES, de acuerdo

Continuación de la resolución “*Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS*”

con los criterios técnicos establecidos para la expedición de registros sanitarios en esta categoría.

5.4. Servicios complementarios

5.4.1. Los servicios complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente, prestados por la red de prestación de servicios de salud de la EPS o EOC, de conformidad con la tabla de referencia de la herramienta tecnológica MIPRES. En todo caso, y según corresponda, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta de profesionales de la salud, según lo establecido en las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018, o las normas que las modifiquen o sustituyan. En el evento que sea un fallo de tutela deberá cumplir con lo dispuesto en el artículo 29 de las Resoluciones 1885 y 2438 de 2018, o las normas que las modifiquen o sustituyan.

Parágrafo Trimestralmente, a partir de la expedición del presente acto administrativo, el INVIMA deberá actualizar y remitir a este Ministerio, a la ADRES y al IETS el listado de solicitudes de registros sanitarios, identificando las moléculas nuevas y autorizaciones de importación de vitales no disponibles y medicamentos no catalogados como vitales no disponibles.

Artículo 6. Indicaciones autorizadas. La financiación de medicamentos con cargo al presupuesto máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA.

Parágrafo 1. Las indicaciones de los medicamentos financiados con cargo al presupuesto máximo autorizadas por el INVIMA en diferentes registros sanitarios para el mismo medicamento se consideran armonizadas y financiadas con dicho presupuesto, por tanto, si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará financiada con cargo al presupuesto máximo para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

Parágrafo 2. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un medicamento o un APME no establece por sí mismo su financiación con cargo al presupuesto máximo, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Parágrafo 3. La prescripción de medicamentos se realizará utilizando la denominación común internacional, exclusivamente y deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio, como guías de práctica clínica, guías de atención integral, protocolos y en especial los informes de formulación, uso y posicionamiento terapéutico o cualquier otro documento definido para la atención en salud de una patología en particular, sin que lo anterior se establezca como una restricción a la autonomía profesional, sino como apoyo al proceso de buena práctica en la prescripción. También se deberá tener en cuenta los procesos de autorregulación que definan las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de la salud.

Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

Parágrafo 4. En el caso de los medicamentos de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración con el monitoreo clínico y paraclínico necesarios.

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS"

Parágrafo 5. La cantidad de medicamento dispensado deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito, en cumplimiento de lo señalado en los artículos 2.5.3.10.18 y 2.5.3.10.19 del Decreto 780 de 2016, sobre obligaciones y prohibiciones del dispensador, respectivamente.

Artículo 7. *Dispensación y administración.* La dispensación y administración de los medicamentos y APME que hacen parte del presupuesto máximo incluyen todo lo necesario e insustituible para garantizar la correcta y oportuna administración, así:

- 7.1.** Cualquier presentación comercial y equivalencia, independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras).
- 7.2.** Toda forma de preparación, almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro.
- 7.3.** Debido a que en APME no existen productos genéricos en términos de composición calórica, concentración y especificidades de macro y micronutrientes, solo pueden reemplazarse conforme al criterio del profesional de la salud tratante.

Parágrafo. Cualquier forma de administración o aplicación de los medicamentos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante se encuentra financiada con recursos de la UPC.

Artículo 8. *Fórmulas magistrales.* Las EPS o EOC definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los medicamentos a partir de los cuales se preparan.

Artículo 9. *Servicios y tecnologías NO financiados con cargo al presupuesto máximo.* Los siguientes medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios no serán financiados con cargo al presupuesto máximo:

- 9.1.** Los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, de riesgos laborales, de salud pública, y de otras fuentes, en consideración a que ya cuentan con su propia financiación.
- 9.2.** Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y los prescritos por urgencia clínica según el Decreto 481 de 2004, cuya autorización de importación fue otorgada por el INVIMA, que no tengan definido un valor de referencia.
- 9.3.** Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine este Ministerio.
- 9.4.** Los medicamentos cuya indicación sea específica y única para el tratamiento de una enfermedad huérfana, que no se encuentren financiados con recursos de la UPC, y que requiera la persona diagnosticada por primera vez durante la vigencia del presupuesto máximo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 10 de la presente resolución; en todo caso para la siguiente vigencia se entenderá financiado con presupuesto máximo salvo que se trate de un vital no disponible sin valor de referencia o PRI.
- 9.5.** Los medicamentos destinados al tratamiento de la indicación única para infección del SARS- COV-2/COVID-19 autorizados por el INVIMA.

Continuación de la resolución "Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS"

- 9.6. Los servicios y tecnologías expresamente excluidos de la financiación con cargo a recursos públicos asignados a la salud, definidos por la Resolución 2273 de 2021 o la norma que la modifique o sustituya, o aquellos que cumplan alguno de los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015, salvo los ordenados por autoridad judicial.
- 9.7. Los procedimientos en salud nuevos en el país.
- 9.8. Los servicios complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud, autorizados u ordenados por autoridad competente, o que por su naturaleza deban ser cubiertos por fuentes de financiación de otros sectores, o que correspondan a los determinantes en salud de conformidad con el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015.

Parágrafo. Los servicios y tecnologías en salud relacionados en los numerales 9.2, 9.4, 9.5 9.6. y 9.7. serán susceptibles de financiar con recursos diferentes a la UPC y con el presupuesto máximo, continuarán siendo garantizados por las EPS o EOC a los afiliados, bajo el principio de integralidad de la atención, y su liquidación, reconocimiento y pago, cuando proceda, se efectuará conforme al proceso de verificación y seguimiento que adopte la ADRES.

Artículo 10. Financiación de medicamentos para enfermedades huérfanas. La financiación de los medicamentos no financiados con recursos de la UPC cuya indicación sea específica y única para el tratamiento que requieran las personas que sean diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo será asumida por la ADRES.

Para el efecto, los actores tendrán las siguientes responsabilidades:

10.1. La Institución Prestadora de Servicios de Salud:

- 10.1.1.** Diagnosticar y confirmar las enfermedades huérfanas- raras mediante las pruebas diagnósticas confirmatorias previstas en el protocolo del INS, en atención al criterio clínico o lineamientos que imparta este Ministerio de acuerdo con el análisis efectuado por la especialidad médica establecida. Para el efecto podrán considerar el listado de estas enfermedades definido en la Resolución 5265 de 2018, o la norma que la modifique o sustituya.
- 10.1.2.** Cumplir lo establecido en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Huérfanas - Raras; y prestar el servicio al paciente diagnosticado por primera vez.
- 10.1.3.** Registrar y reportar al paciente nuevo en el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas, mediante el mecanismo que este Ministerio disponga para tal efecto, atendiendo las disposiciones contenidas en la Resolución 946 de 2019, o la norma que la sustituya o modifique.

10.2. Entidades Promotoras de Salud EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar:

- 10.2.1.** Asumir el valor del tratamiento farmacológico, el cual será reconocido por la ADRES mediante el procedimiento de recobro/cobro, según lo establecido en los lineamientos dados por dicha entidad.

10.3. La Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES:

Continuación de la resolución “Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”

10.3.1. Reconocer mediante el procedimiento de recobro/cobro el valor del tratamiento farmacológico. Previo al reconocimiento y pago de estos medicamentos, verificará que el paciente se encuentre registrado y reportado en el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas que se disponga para tal efecto, o en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud – INS. Para el efecto, la Dirección de Epidemiología y Demografía enviará mensualmente a la ADRES el listado del Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas.

10.3.2. Reconocer y pagar los medicamentos teniendo en cuenta los precios regulados (PRI) por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM. En caso de no tener PRI, tomará el valor definido en el documento técnico del cálculo del presupuesto máximo.

Si el medicamento no cuenta con un valor definido en el documento técnico del cálculo del presupuesto máximo en la vigencia corriente, se debe consultar los documentos de vigencias pasadas.

10.3.3. Reportar a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, al 31 de enero de la siguiente vigencia, los casos que fueron reconocidos por esta entidad en cumplimiento de los numerales 10.3.1 y 10.3.2, en la vigencia anterior. El Ministerio y la ADRES en conjunto definirán la información a reportar.

Parágrafo 1. Los médicos, las IPS, operadores logísticos y gestores farmacéuticos deberán realizar el registro y reporte de la prescripción, suministro y facturación en los módulos de la herramienta tecnológica MIPRES según les corresponda, los cuales serán consultados por la ADRES para el proceso de verificación, control y pago de estos servicios y tecnologías.

Parágrafo 2. En caso de encontrar anomalías, las IPS, EPS o EOC y la ADRES deberán comunicar a la entidad competente para el inicio de las investigaciones o acciones respectivas.

Parágrafo 3. Los medicamentos que hayan sido requeridos por las personas que sean diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana durante cada vigencia, harán parte del cálculo del presupuesto máximo en la vigencia siguiente.

Parágrafo 4. Las EPS, EOC, IPS y el personal de salud tratante deben seguir y cumplir los protocolos de atención o guías de práctica clínica adoptadas para el tratamiento multidisciplinario del caso. En primera medida, adoptarán los protocolos o guías que disponga este Ministerio. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar y adaptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.

Parágrafo 5. En el marco de la gestión del riesgo en salud, las EPS o EOC deberán caracterizar y gestionar plenamente las personas que vienen siendo tratadas con diagnóstico de enfermedades huérfanas y los medicamentos utilizados en el tratamiento respectivo.

Parágrafo 6. En los casos sospechosos de enfermedad huérfana que requieran el inicio inmediato de tratamiento farmacológico según el criterio del profesional tratante, será una junta conformada por profesionales de la IPS tratante quienes determinen la conveniencia de iniciar el tratamiento indicado. La IPS debe realizar la prueba o las pruebas de confirmación diagnóstica, teniendo un plazo máximo de 60 días para luego notificar el caso confirmado en el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas que se disponga para tal

Continuación de la resolución “*Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS*”

efecto o en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud –INS, procediendo el recobro/cobro según corresponda.

Parágrafo 7. La EPS, EOC, IPS, según corresponda, deberá garantizar el reporte de pacientes incidentes con sospecha diagnóstica o confirmada de enfermedad huérfana, en el medio que este Ministerio disponga, en cumplimiento de la Resolución 946 de 2019, las normas que lo modifiquen o sustituyan.

TÍTULO III

DISPOSICIONES DEL PRESUPUESTO MÁXIMO

CAPÍTULO I

Metodología para la definición del presupuesto máximo

Artículo 11. Metodología para definir el Presupuesto Máximo por EPS o EOC. El Ministerio de Salud y Protección Social adoptará, previa recomendación de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento, las metodologías para la fijación del presupuesto máximo a transferir a cada una de las EPS del Régimen contributivo y subsidiado y demás EOC y cálculo de ajustes a que haya lugar, a través de la ADRES.

La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud publicará en la página web el documento técnico que soporta la fijación anual del presupuesto máximo, el cual debe ser considerado por los actores del sistema para que sean tenidos en cuenta en la contratación de las tecnologías en salud y servicios del Presupuesto Máximo.

CAPÍTULO II

Disposiciones del presupuesto máximo

Artículo 12. Valor del Presupuesto Máximo anual. El presupuesto máximo de cada EPS o EOC será el resultado de la aplicación de la metodología que defina este Ministerio, la cual debe tener en cuenta la información consecutiva de doce (12) meses.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social, podrá realizar revisión

Artículo 13. Transferencia del Presupuesto Máximo anual. La Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud -ADRES transferirá a las EPS o EOC el 100% de los recursos del presupuesto máximo previa disponibilidad presupuestal, considerando los ajustes al presupuesto máximo según corresponda. La transferencia se realizará de forma mensual y proporcional dentro de los quince (15) primeros días calendario del respectivo mes.

En caso del que el acto administrativo por el cual se fija el Presupuesto Máximo, sea recurrido por parte de las EPS y demás EOC, la transferencia de recursos dejados de percibir se realizará dentro de los quince (15) primeros días calendario del mes siguiente de su ejecutoria.

Parágrafo 1. La transferencia del primer mes podrá realizarse en los últimos diez (10) días calendario del mes siguiente a la expedición de la resolución que fija el presupuesto máximo.

Parágrafo 2. La ADRES definirá e implementará el proceso para realizar la transferencia de los recursos, y comunicará a este Ministerio mensualmente el presupuesto máximo reconocido y girado a cada EPS o EOC.

Continuación de la resolución “*Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS*”

Parágrafo 3. La ADRES se abstendrá de efectuar el reconocimiento de presupuestos máximos a entidades que se encuentren en intervención forzosa administrativa para liquidar, siempre y cuando se haya materializado el traslado de los afiliados a la entidad receptora.

Parágrafo 4. Las EPS o EOC podrán autorizar, con cargo a los recursos del presupuesto máximo asignado, giro directo a los prestadores y proveedores de servicios de salud.

Parágrafo 5. Las EPS o EOC deberán reportar a la ADRES en un término no mayor a quince (15) días calendario, contados a partir de la transferencia de los recursos del presupuesto máximo, los montos que fueron girados por las respectivas EPS o EOC a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud. Esta información deberá reportarse en los términos que la ADRES establezca para el efecto. La información remitida será publicada de manera mensual por la ADRES.

Artículo 14. Ajuste al presupuesto máximo. El presupuesto máximo establecido para cada EPS o EOC, se podrá ajustar en los siguientes casos en la vigencia corriente:

14.1. Por el traslado y asignación de afiliados de una EPS o EOC a otra. Para determinar el presupuesto máximo que se debe trasladar por cada afiliado de cada EPS o EOC, este Ministerio con una periodicidad cuatrimestral realizará la identificación del valor de las tecnologías y servicios, que constituyeron la base para calcular el presupuesto máximo posterior a la aplicación de la metodología de cálculo del mismo, correspondiente a los afiliados que se trasladan de EPS o EOC durante la vigencia. El descuento y asignación de las tecnologías y servicios identificados será proporcional al número de meses faltantes para el cierre de la vigencia a partir del momento en el cual se efectúe el traslado. El monto total a trasladar se descontará del presupuesto máximo de la EPS o EOC origen del traslado y se le asignará al presupuesto máximo de la EPS o EOC receptora, al corte de cada cuatrimestre.

En el caso de las EPS o EOC cuya asignación del presupuesto máximo deba realizarse conforme lo determine la metodología en caso de no contar con información, la distribución del presupuesto máximo se realizará de acuerdo al per cápita de la EPS o EOC y se asignará como el resultado de multiplicar este valor per cápita por el número de afiliados trasladados a la EPS o EOC receptora.

El per cápita de la EPS o EOC corresponderá al monto asignado del presupuesto pendiente por reconocer al momento de efectuarse el traslado del afiliado sobre el número de afiliados de la EPS o EOC.

Para la distribución del presupuesto máximo de la EPS o EOC que por estar en proceso de intervención o liquidación, o en proceso de retiro voluntario establecido en el artículo 2.5.2.3.5.5 del Decreto 780 de 2016, se les efectúe el traslado de sus afiliados, el valor del presupuesto máximo a trasladar a la EPS o EOC receptoras por los afiliados trasladados será el resultado de multiplicar el valor per cápita de la EPS o EOC origen por el número de afiliados trasladados a la EPS o EOC receptora. Este per cápita corresponderá al monto asignado del presupuesto pendiente por reconocer al momento de efectuarse el traslado de sus afiliados sobre el número de afiliados de la EPS o EOC origen. Cuando se presente un traslado de asignación forzosa en los términos del Decreto 1424 de 2019, este Ministerio realizará este ajuste en el mes siguiente a la asignación de los afiliados.

La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones suministrará el listado de afiliados trasladados, de acuerdo con la información que repose en la BDUA.

Continuación de la resolución “*Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS*”

14.2 Cuando durante el año corriente sobre la ejecución del presupuesto máximo, se establezca una fuente de financiación diferente al presupuesto máximo para los servicios y tecnologías con cargo a dicho presupuesto. Se descontará del presupuesto faltante por liquidar a partir de la entrada en vigencia de la otra fuente de financiación.

14.3. Cuando no se hayan reconocido valores que se encontraban en proceso de validación o verificación por variaciones o desviaciones atípicas de la información reportada por la EPS o EOC, de las que trata el parágrafo del artículo 18 de la presente resolución.

Parágrafo 1. La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud comunicará a la ADRES los ajustes al presupuesto máximo realizados en el marco del presente artículo, con el fin de que esta realice la transferencia correspondiente.

Parágrafo 2. En todo caso, el ajuste podrá utilizar la figura de reembolso-compensación, cuando se evidencie mayor transferencia de recursos con respecto al gasto de las utilidades reportadas en el módulo de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES, conforme al procedimiento que determine este Ministerio.

Artículo 16. Inembargabilidad de los recursos del presupuesto máximo. Los recursos del presupuesto máximo pertenecen al aseguramiento en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que tienen el carácter de ser inembargables, en los términos establecidos en el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015, en concordancia con el artículo 48 de la Constitución Política.

TÍTULO IV

VERIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS DEL PRESUPUESTO MÁXIMO

Artículo 17. Condiciones financieras. Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del Decreto 780 de 2016, deberán atender lo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud en relación con los recursos del presupuesto máximo de cada EPS o EOC, y su incidencia en las condiciones financieras:

17.1. Patrimonio adecuado. En el marco de lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 2.5.2.2.1.7 del Decreto 780 de 2016, la Superintendencia Nacional de Salud definirá la forma en que se reflejarán los recursos del presupuesto máximo en el cálculo del patrimonio adecuado.

17.2. Reservas técnicas. La Superintendencia Nacional de Salud definirá el tipo de reservas técnicas asociadas a los recursos del presupuesto máximo a que hace referencia la presente resolución, atendiendo lo establecido en el numeral 1 del artículo 2.5.2.2.1.9 del Decreto 780 de 2016, así como sus condiciones de aplicabilidad y transición.

Artículo 18. Monitoreo del reporte de información del Presupuesto Máximo. El proceso de monitoreo del reporte de información del presupuesto máximo estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y se realizará con las prescripciones, suministro y facturación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC reportados en la herramienta tecnológica MIPRES para cada EPS o EOC.

El Ministerio compartirá a cada EPS o EOC su propia información tomada de la base de datos generada por la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – OTIC, con la que se realiza el monitoreo del reporte de información, identificando las validaciones de calidad del dato, con el fin de que la EPS o EOC realicen las correcciones a que haya lugar en los datos reportados; esta información tendrá la protección dispuesta frente al manejo de datos prevista por la Ley Estatutaria 1581 de 2012 .

Continuación de la resolución “Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”

El reporte de información corresponderá a los servicios y tecnologías en salud prestados durante la vigencia corriente, el cual se realiza de forma continua en el módulo de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES. Los cortes de información de cada año corresponderán a:

RANGO DE FECHA DE ENTREGA AL PACIENTE		RANGO DE FECHA DE SUMINISTRO	
DESDE	HASTA	DESDE	HASTA
Enero 1 de la vigencia corriente	Junio 30 de la vigencia corriente	Enero 1 de la vigencia corriente	Julio 15 de la vigencia corriente
Enero 1 de la vigencia corriente	Diciembre 31 de la vigencia corriente	Enero 1 de la siguiente vigencia	Enero 15 de la siguiente vigencia

La base para el cálculo anual se generará de acuerdo a lo descrito en el numeral 4.6 de esta resolución.

Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social, podrá adelantar en cualquier momento monitoreos adicionales, realizando revisión y medición pormenorizada, verificando y/o validando la información reportada por las EPS o EOC, cuando se detecten variaciones o desviaciones atípicas sobre la información.

Artículo 19. Deber de información. Será responsabilidad de la EPS o EOC, IPS, proveedores y operadores logísticos y de los actores suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, la información según lo determinen estas últimas, en la oportunidad, periodicidad, calidad y vía requerida.

Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud deberán generar y suministrar los RIPS asociados a cada una de las facturas, correspondientes a las prestaciones respectivas, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, las EPS o EOC, IPS, proveedores, operadores y profesionales de la salud deberán continuar registrando la información correspondiente, en el aplicativo MIPRES. En todo caso se deberá diligenciar para efectos del monitoreo todos los módulos de MIPRES, en particular el de suministro y facturación.

Parágrafo 1. Este Ministerio con la participación de las EPS o EOC definirán el mecanismo que permita que la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS o EOC se conecten y faciliten el reporte de información y el respectivo seguimiento, sin perjuicio de los reportes de información que deben realizar las EPS o EOC en el marco de lo dispuesto en el presente acto administrativo.

Parágrafo 2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no suministren información, los RIPS o no gestionen la herramienta MIPRES, serán reportadas por las EPS o EOC a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.

TÍTULO V
DISPOSICIONES FINALES

Artículo 20. Compra, venta o dispensación de medicamentos. Teniendo en cuenta las normas vigentes y en cumplimiento a lo dispuesto en la Circular 12 de 2021 de la CNPMDM o la norma que la modifique o sustituya, la compra, venta o dispensación de medicamentos con recursos públicos destinados a la salud deberá realizarse exclusivamente mediante las correspondientes transacciones institucionales según aplique a cada actor del sistema de salud.

Continuación de la resolución “*Por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021 y se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS*”

Artículo 21. Vigencia y derogatorias. La presente resolución rige a partir de su publicación y deroga la metodología de la Resolución 205 de 2020, sustituye la Resolución 586 de 7 de mayo de 2021 y las demás normas que lo modifiquen.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C, a los

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Viceministra de Protección Social
Directora de Regulación, Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
Director de Financiamiento Sectorial
Directora Jurídica