



RESOLUCION No. 748

Por medio de la cual se adopta el procedimiento para garantizar el acceso, cobro, verificación y pago de las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen Subsidiado y servicios complementarios en el Departamento de Guaviare, en cumplimiento de la Resolución 2438 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, formuladas a través de la herramienta MIPRES y en cumplimiento de órdenes Judiciales y Jurisdiccionales.

EL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE

En uso de sus facultades legales y reglamentarias, en especial las conferirlas por las Leyes 617 de 2000, 715 de 2001, Ley 1751 de 2015, y en especial las Resoluciones 1479 de 2015 y 2438 de 2016 del Ministerio de Salud y protección Social, y

CONSIDERANDO

Que de conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001, las Entidades Territoriales están obligadas a gestionar y garantizar la prestación de servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la Población pobre y vulnerable en lo No cubierto con Subsidios a la demanda y la financiación del subsidio a la oferta.

Que la Ley 1122 de 2007 en su artículo 14 establece que las Empresas Promotoras de Salud están obligadas a prestar los servicios de salud de manera integral a través de la articulación de su red prestadora y bajo los atributos de calidad de la atención y prestación de los servicios y tecnologías en salud.

Que la Ley Estatutaria, Ley 1751 de 2015, establece la obligatoriedad de la prestación de los servicios de salud bajo los principios de oportunidad, integralidad, disponibilidad y continuidad, sin consideraciones de índole administrativa, financiera o técnica para garantizar el goce pleno y efectivo del derecho fundamental a la salud.

Que en el Artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, consagra el principio de integralidad en la prestación de servicios en salud y tecnologías en salud, los cuales deberán ser de manera completa, con independencia del origen de la enfermedad o provisión de salud; no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación a este servicio, y que si existe duda sobre el alcance de un servicio o tecnología cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos necesarios para lograr la satisfacción del servicio de salud.

Que mediante la Resolución 1479 del 06 de mayo de 2015, modificada por la Resolución 1667 del 20 de mayo de la misma anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el "procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud, suministradas a los afiliados al Régimen Subsidiado", la cual en su artículo 4º permite a los Entidades Territoriales adoptar uno de los modelos descritos en los Títulos I y II [ibíd.], una vez analizada la situación de salud de cada territorio en conjunto con las capacidades técnicas, operativas y financieras de la Dirección Territorial de Salud y que en el artículo 11 ordena a los Ente Territoriales



adoptar uno de los procedimientos para la verificación y control de las solicitudes de pago de los servicios y tecnologías No Cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.

Que la Secretaria Departamental de Salud del Guaviare, mediante Resolución No. 656 de junio de 2015, modificada por la resolución No. 929 de 2015, en los artículos 4, 5, 6, 13 y 15 adoptó el modelo de prestación de servicios contenido en el Capítulo II del Título II de la resolución 1479 del 2015, por medio del cual se lleva a cabo la verificación y pago de tecnologías en salud sin cobertura en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, ordenadas mediante CTC y fallos judiciales de tutela para la población afiliada al régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud del departamento de Guaviare.

Que mediante la Resolución 2438 de junio de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social establece el procedimiento y los requisitos para el acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios.

Que al Departamento del Guaviare - Secretaria Departamental de Salud, en cumplimiento de la Resolución 2438 de 2018 emitida por el Ministerio de Salud, le asiste la obligación de garantizar el suministro oportuno de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios prescritos por los profesionales de la salud y aprobados por junta de profesionales de la salud, mediante la adopción del procedimiento para la prescripción, cobro y pago de éstos servicios y tecnologías a los afiliados al Régimen Subsidiado del Departamento del Guaviare, así como realizar la transcripción de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, o servicios complementarios ordenadas mediante fallos de tutela, a través de la herramienta tecnológica MIPRES dispuesta por el Ministerio de la Protección Social.

En mérito de lo expuesto, la Secretaria Departamental de Salud del Guaviare,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO. OBJETO. La presente Resolución tiene por objeto adoptar el procedimiento para la prescripción, cobro y pago tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen Subsidiado y servicios complementarios del Departamento del Guaviare, de acuerdo al capítulo II, del Título I, previsto en la resolución 1479 de 2015, y en concordancia al procedimiento de implementación de MIPRES según resolución 2438 de 2018, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTICULO SEGUNDO. DEFINICIONES: Se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

1. Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en salud No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, o en casos excepcionales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de acuerdo con sus competencias, o en caso de servicios analizados por Juntas de Profesionales de la Salud, el profesional de la salud designado por las Instituciones Prestadoras de Servicios, mediante el aplicativo dispuesto por el Ministerio de Salud (MIPRES), que corresponde a un mecanismo automatizado en el que se reportan los servicios o



tecnologías en salud prescritos que no se encuentren cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

2. Cobro: Solicitud presentada por una EPS ante la ET, a fin de obtener el pago de cuentas directamente al proveedor o prestador de servicios y tecnologías en Salud No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud u ordenados por fallos de tutela, caso en el cual la factura de venta o documento equivalente se presentará sin constancia de cancelación.

3. Recobro: Solicitud presentada por una EPS entidad recobrante ante la ETSSC, a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados por fallos de tutela.

4. Entidad Recobrante: Entidad Promotora de Salud que garantizó a sus afiliados el suministro de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en virtud de la prescripción realizada por el profesional de la salud o mediante un fallo de tutela y que solicitan a la ET, el reconocimiento y pago de dichos servicios o tecnologías en salud.

5. Tecnología en salud: Se entiende por tecnología en salud (TS), toda actividad, intervención, medicamento, procedimiento, dispositivo médico o servicios usados en la prestación de servicios de salud, así como sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención.

6. Servicio Único: Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario por una única vez, cuyo objetivo puede ser de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

7. Servicio sucesivo: Servicio o tecnología en salud que se suministra a un usuario de forma periódica, cuyo objetivo puede ser promoción prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, en el cual se debe señalar la frecuencia de uso, cantidad y el tiempo total en que se requiere el mismo.

8. Servicios o Tecnologías Complementarias: Corresponde a un servicio que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.

9. Servicio Ambulatorio Priorizado: Corresponde a un servicio prescrito por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio, que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 24 horas por su condición de salud.

10. Servicio ambulatorio No Priorizado: Prestación prescrita por un profesional de la salud en el ámbito ambulatorio que, de conformidad con el estado clínico del afiliado, requiere su prestación, en un tiempo máximo de 5 días calendario.

11. Servicios No Financiados Con Recursos del Sistema de salud: Corresponde a cualquier servicio que advierta alguno de los siguientes criterios: i) Finalidad cosmética o suntuaria que no esté relacionada con la recuperación o el mantenimiento de la capacidad vital o funcional de las personas; ii) Que no exista evidencia científica disponible sobre su seguridad y eficacia; iii) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; y) Que se encuentren en fase de experimentación; vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.



12. Soporte Nutricional: Corresponde al aporte de nutrientes necesarios, bien sea con nutrición parenteral o enteral, o ambas, en los casos en los cuales no sea posible mantener la alimentación convencional.

13. Profesional de la Salud: para efectos de la presente resolución se entiende por profesional de la salud, aquellos que de acuerdo a la normativa vigente tienen la facultad de realizar prescripción de tecnologías: médicos, optómetras y odontólogos.

14. Junta de Profesionales en Salud: grupo de profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y la necesidad de utilizar un servicio o tecnología complementaria, de soporte nutricional ambulatorio y medicamentos del listado de usos no incluidos en registro sanitario (UNIRS), prescritos por el profesional de la salud.

15. Médico (o profesional) par: Es un médico que tiene la misma especialidad del que realiza la prescripción inicial. En el caso de que una prescripción se realice por un sub-especialista de la medicina, su par podrá ser el que cuente con la misma especialidad base como prerequisite para la sub-especialización del médico que prescribe. El par de un médico general podrá ser otro médico general o un médico especialista del área o tema específico de que trate la prescripción.

16. Usos No Incluidos en el Registro Sanitario (UNIRS): Es entendido como el uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.

17. Enfermedades Huérfanas: Las enfermedades huérfanas según el artículo 2 de la Ley 1392 del 2010 modificado por el artículo 140 de la Ley 1438 del 2011, son aquellas denominadas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas.

18. Comparador Administrativo Tecnología en salud cubierta en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC que las entidades recobrantes utilizaran para definir el monto a recuperar por la tecnología en salud objeto de recobro/cobro. Se aplicarán los definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los determinados por la SSG.

19. Referente No PBS: Corresponde a la Tecnología en salud No incluida en el Plan de Beneficios en Salud, para el cual se establece un comparador administrativo.

20. Medicamentos vitales No Disponible: Conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto 481 de 2004, es aquel que cumpliendo los requisitos allí previstos resulta "indispensable e irremplazable para salvaguardar vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o grupo de pacientes y que por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentra disponible en el país o las cantidades no son suficientes" Adicionalmente, también se incluye medicamentos sin registro sanitario expedido por el INVIMA que se encuentran autorizados por esa Entidad a través del Listado de Medicamentos Vitales no Disponibles. Otros agentes: actores o agentes del SGSSS como proveedores, operadores logísticos, gestores farmacéuticos u otra denominación, que realizan el suministro efectivo.

21. Servicios Complementarios: Servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad comprende:

- **Servicio:** Organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada.



- **Tecnología:** Conjunto de teorías, técnicas, instrumentos y procedimientos industriales que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico de un determinado sector o producto.

22. Tecnología en Salud por Conexidad o derivada de una Complicación: tecnología en salud que haciendo parte del Plan de Beneficios por ser conexa o derivada de una complicación de una tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC deben ser prescritas y cobradas ante las entidades territoriales a través de la herramienta tecnológica. El profesional de la salud habilitado por la EPS podrá reportarla en la herramienta tecnológica de acuerdo con la presente resolución, indicando la tecnología no financiada que le dio origen.

23. Suministro Efectivo: Entrega al usuario de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o del servicio complementario prescrito por profesional de la salud u Ordenada mediante fallo de tutela, la cual podrá realizar la IPS u otro agente del SGSSS, conforme a las reglas y obligaciones del presente acto administrativo.

ARTICULO TERCERO. Las tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios de los afiliados del Departamento del Guaviare, se prestarán directamente por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB a la Secretaria Departamental de Salud de Guaviare por los servicios prestados a través de su red.

Parágrafo primero: Cuando en la tecnología en salud cobrada, producto del proceso de auditoría integral por servicios y tecnologías en salud no financiadas por el plan de beneficios en salud o servicios complementarios con cargo a la UPC y fallos de tutela, se evidencia que se encuentra cubierta por el Plan de Beneficios, para la fecha de prescripción del servicio, esta misma será objeto de devolución a la EPS para su reconocimiento y pago con cargo a la UPC.

Parágrafo segundo: Cuando en la tecnología de salud cobrada o recobrada de una tutela o exclusión, producto del proceso de auditoría integral se evidencia que no está explícitamente acogida para pago por la entidad territorial por el fallo tutelado y corresponde a otra entidad en el marco de sus competencias, esta misma será objeto de devolución a la EPS para su reconocimiento y pago con cargo a la entidad competente.

ARTICULO CUARTO. La prescripción tecnologías en salud no financiadas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y servicios complementarios en favor de los afiliados al Régimen Subsidiado en salud del departamento de Guaviare, se realizará a través de la herramienta tecnológica MIPRES de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

ARTÍCULO QUINTO: Responsabilidad de los Actores: Se aplicará de acuerdo a lo señalado en la Resolución 2438 de 2018, "responsabilidades de los actores del Sistema de Seguridad Social en salud".

ARTICULO SEXTO. La prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el PBS, deberá realizarse por el profesional de salud tratante, quien, para el efecto, deberá estar inscrito en el Registro de Talento Humano en Salud - RETHUS de su respectiva profesión, quien deberá observar lo establecido en la Resolución 2438 de 2018.

ARTICULO SEPTIMO: Cuando el profesional de la salud tratante prescriba medicamentos de control o de aquellos sometidos a fiscalización o control especial de conformidad con lo dispuesto por la Resolución 1478 de 2006 del INVIMA, por periodos correspondiente entre tres (3) y doce (12) meses,



la dispensación de dichos medicamentos se realizará mediante entregas parciales no inferiores a un (1) mes o ciclo de tratamiento determinado por el tratante, de conformidad con lo dispuesto por la Resolución 1604 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO OCTAVO: El profesional de la salud tratante que observando los requisitos y criterios establecidos, realice la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud, consecuentemente asumirá de forma directa la responsabilidad de la prescripción efectuada en el marco de su autonomía para el diagnóstico y tratamiento del paciente, autonomía que por disposición expresa del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, habrá de ejercerse en el marco de esquemas de auto regulación, ética, racionalidad y la mejor evidencia científica disponible.

ARTÍCULO NOVENO: Garantizando los principios de accesibilidad y oportunidad conforme la Ley 1751 de 2015, cuando el procedimiento no cubierto por el PBS en salud prescrito por el profesional tratante que sea competencia de la Secretaría Departamental de Salud del Guaviare u ordenado por fallo judicial, no se encuentre ofertado por ninguno de los prestadores contratados adscritos a la red de la EAPB y/o su prestación requiera la realización de un pago anticipado, la EAPB asumirá el mismo y posteriormente podrá recobrar ante la entidad territorial.

ARTÍCULO DECIMO: Manual de Auditoria. Las etapas del proceso de verificación y control se realizarán de conformidad con lo dispuesto en el manual de auditoría Integral de recobros/cobros de la Secretaría Departamental de Salud de Guaviare, el cual forma parte integral de este acto administrativo, al igual que el listado de glosas aplicables, los cuales serán socializados y publicados en la página web de la Gobernación del Guaviare.

ARTICULO DECIMO PRIMERO: Presentación de las Solicitudes de Cobro. Las EPS que tienen Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud presentarán ante esta Entidad Territorial los documentos que soporten los requisitos exigidos para el cobro así:

1. Factura o documento equivalente diligenciado con base en los requisitos establecidos en el Estatuto Tributario.
2. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud NO PBS. la factura debe indicar nombre y número de identificación del afiliado.
3. La factura o documento equivalente, será expedido por el prestador del servicio o Tecnología NO PBS, a nombre de la Gobernación del Guaviare.
4. La factura o documento equivalente incluirá exclusivamente los servicios o tecnologías no cubiertas en el Plan de Beneficios de Salud, a Cobrar a la Gobernación del Guaviare, discriminados con códigos CUM y CUPS.
5. Para los servicios facturados por paquete se deberá adjuntar detalle de cargos, el cual debe discriminar los servicios del paquete con cantidad y valor, así como, los códigos CUM y CUPS correspondientes a cada uno de los cargos.
6. Evidencia de entrega de acuerdo con el ámbito y teniendo en cuenta lo definido en la Resolución 2438 del 2018 y el manual de auditoria.
7. Registro Único de Prestación de Servicios de Salud RIPS, en medio Magnético.
8. Las facturas o documentos equivalentes y sus soportes serán radicadas por la EPS en la Ventanilla Única de Correspondencia, de la Gobernación del Guaviare, organizadas por prestador y de acuerdo al procedimiento establecido.
9. El periodo de radicación está comprendido entre el primero y el día veinte de cada mes, según se establece en el manual.
10. El Prestador de los servicios y tecnologías no incluidas en el PBS, enviara copia del radicado de sus facturas ante la EPS, a la Secretaría Departamental de Salud por correo certificado y



vía electrónica, al correo cartera@secresaludguaviare.gov.co, como soporte para seguimiento a la gestión de la EPS.

11. Certificado emitido por el Revisor Fiscal y el Representante Legal de la IPS que, de cuenta, sobre la facturación objeto de solicitud de pago, que no ha sido presentada previamente a otro pagador ni ha sido cancelada por otro pagador. (Entidad Territorial, EPS).

PARÁGRAFO PRIMERO: Las EPS dispondrán de dos (2) meses, a partir de la radicación por parte de las IPS y/o proveedores en la respectiva EPS, para radicar, en la Secretaría Departamental de Salud del Guaviare, las cuentas recibidas por las diferentes IPS por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de la salud, tiempo a partir del cual, si la EPS no ha radicado, pasado este plazo la EPS responsable, realizará el pago y tramitará la cuenta como recobro.

PARAGRAFO SEGUNDO: Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio y corresponden a las pactadas dentro de la red de servicios de la EPS y/o a las contenidas en la Circular 04 de 2018 emitida por la Comisión de Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos médicos y aquellas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

ARTICULO DECIMO SEGUNDO. Reglas para determinar el valor a pagar de los servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS. La Secretaria Departamental de Salud del Guaviare, aplicará las siguientes reglas relacionadas con el valor a pagar por servicios y tecnologías sin cobertura en el PBS:

1. Si el precio del servicio o la tecnología sin cobertura en el PBS a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor calculado para las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en los artículos 18 del Decreto 2357 de 1995 y 3 del Decreto 4877 de 2007. Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberán aplicar los descuentos de que trata el presente literal.

2. Si el precio del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicho servicio o tecnología será la diferencia entre las tarifas de Homólogos adoptadas por la Secretaria Departamental de Salud o el valor facturado y el valor calculado para la o las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por la dirección de Administración de Fondos de la Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas, según lo dispuesto en el Artículo 18 del Decreto 2357 de 1995 y Artículo; 3 del Decreto 4877 de 2007. Todas las tarifas se tomarán a la vigencia de la prestación del servicio.

PARÁGRAFO 1. Cuando el valor del servicio o tecnología sin cobertura en el PBS, sea menor o igual a la alternativa cubierta en dicho plan, no procede el cobro ante la Secretaria Departamental de Salud. La EPS reconocerá al Prestador de Servicios de Salud el valor del servicio o tecnología correspondiente, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

PARÁGRAFO 2. La diferencia no cubierta por la Secretaria Departamental de Salud correspondiente al valor de las tecnologías incluidas en el PBS del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza(n) o sustituya(n), o al monto del comparador administrativo, será asumido por la Entidad Promotora de Salud correspondiente.



ARTICULO DECIMO TERCERO: Vigencia y Derogaciones. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Dada en San José del Guaviare, a los dos (02), día del mes de abril del año dos mil diecinueve (2019)

02 ABR 2019

NEBIO DE JESUS ECHEVERRY CADAVID
Gobernador del departamento del Guaviare

Aprobó: Nancy Ximena Ramos Pulido, Secretaría Departamental de Salud

Revisó: Oficina Jurídica SSG

Proyectó: Francisco Javier Olarte Gutiérrez