

MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 005267 DE 2017

(diciembre 22)

por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las que le confieren el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y el numeral 2 del artículo 2° del Decreto-ley 4107 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que la seguridad social acorde con lo establecido en los artículos 48 y 49 de la Carta Política, constituye de una parte un derecho irrenunciable, y de otro, un servicio público de carácter obligatorio, que conforme se desprende de su estructura, es el Estado el obligado a dirigir, coordinar y controlar su efectiva ejecución.

Que el Estado debe garantizar el derecho fundamental a la salud, mediante la adopción de políticas encaminadas a asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a tales servicios para todas las personas.

Que en los términos señalados en la Ley 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo; comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; y debe ser garantizado a través de las prestaciones de salud, estructuradas sobre una concepción integral que incluya la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Que en el artículo 15 de la citada normativa se determinaron los criterios que impiden la financiación de servicios y tecnologías en salud, con recursos públicos asignados a dicho sector, previo el agotamiento de un procedimiento técnico-científico, a cargo de este Ministerio, que deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión.

Que en cumplimiento de dicha facultad, este Ministerio a través de la Resolución 330 de 2017, adoptó el procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente, encaminado a determinar los servicios y tecnologías que deberán ser excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, estableciendo como fases para su desarrollo, la de Nominación y Priorización, de Análisis Técnico-Científico, de Consulta a Pacientes Potencialmente Afectados y Ciudadanía y, la de Adopción y Publicación de las Decisiones; fases que fueron adelantadas por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de la entidad.

Que en la fase de Nominación y Priorización, los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud presentaron setenta y cinco (75) servicios y tecnologías para ser excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, listado que fue publicado en la página web oficial de la entidad, con el objetivo de que los interesados presentaran sus objeciones, observaciones o aportes a las mismas.

Que en cumplimiento del artículo 13 de la Resolución 330 de 2017, las objeciones, observaciones o aportes que los interesados presentaron en los términos del inciso 2° del artículo 12 de la Resolución 330 de 2017, fueron publicadas el 12 de mayo de 2017, en la página web oficial de la entidad, constituyéndose en insumo para el desarrollo de las demás fases contempladas en la citada resolución.

Que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, en desarrollo de la metodología adoptada y publicada para el procedimiento técnico-científico, priorizó y ordenó las setenta y cinco (75) tecnologías nominadas y las remitió al Instituto de Evaluación de Tecnológica en Salud (IETS), con el objetivo de dar cumplimiento al artículo 17 de la Resolución 330 de 2017, en el sentido de desarrollar el correspondiente estudio técnico por cada nominación.

Que previo al desarrollo de la fase de Análisis Técnico-Científico se conformó el Grupo de Análisis Técnico-Científico de que trata el artículo 18 de la Resolución 330 de 2017, con el objetivo de que los expertos independientes así como representantes de asociaciones de profesionales de la salud, emitieran sus conceptos y recomendaciones frente a los servicios y tecnologías nominados.

Que durante la fase de Análisis Técnico-Científico, el Grupo de Análisis Técnico-Científico contó con la participación de sesenta y seis (66) expertos representantes de veintiocho (28) asociaciones de profesionales del área de la salud, los cuales efectuaron los estudios correspondientes y emitieron sus conceptos y recomendaciones de exclusión frente a cada una de las tecnologías analizadas, los que fueron publicados en su totalidad en la página web oficial de la entidad, el 17 de octubre de 2017.

Que en desarrollo de la fase de consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía, se adelantaron eventos en las ciudades de Barranquilla, Bogotá D.C., Bucaramanga, Medellín, Mitú, San Juan de Pasto, Santiago de Cali, Valledupar y Pereira, en los cuales se contó con un total de cuatrocientos veinticuatro (424) personas participantes, en representación de organizaciones de pacientes y ciudadanía, quienes opinaron frente a la exclusión o no de las diferentes tecnologías nominadas, que hasta el momento tenían una recomendación de

exclusión por parte del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), y del Grupo de Análisis Técnico-Científico, opiniones y aportes que fueron publicados en su totalidad en la página web de la entidad, el 1° de noviembre de 2017.

Que como resultado de la aplicación y desarrollo del procedimiento técnico-científico adelantado, se evidenció que de las setenta y cinco (75) nominaciones presentadas, cuarenta y tres (43) de ellas contaron con concepto y recomendación de exclusión tanto por parte del IETS, del Grupo de Análisis Técnico-Científico y de los pacientes potencialmente afectados y ciudadanía que participaron en las diferentes etapas contempladas en la citada Resolución 330 de 2017.

Que cada una de las fases así como los diferentes procesos adelantados en desarrollo del procedimiento técnico-científico previsto, se encuentran debidamente documentados en el Repositorio Institucional Digital (RID), de este Ministerio.

Que de acuerdo con los insumos recolectados en desarrollo de las diferentes fases, este Ministerio en cumplimiento a lo dispuesto por el legislador en la Ley Estatutaria de la Salud, adoptará el primer listado de servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con los recursos públicos asignados a la salud, al haberse evidenciado que cumplen con alguno de los criterios determinados en su artículo 15.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1°. Adóptese el listado de servicios y tecnologías que serán excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, el cual se encuentra contenido en el “Anexo Técnico” que forma parte integral del presente acto administrativo.

Artículo 2°. La presente resolución rige a partir del 1° de enero de 2018.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 22 de diciembre de 2017.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Alejandro Gaviria Uribe.

Anexo Técnico

Listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la Salud

N°	Servicio o tecnología	Enfermedad o condición asociada al servicio o tecnología
1	ANAKINRA	ARTRITIS REUMATOIDE
2	BLEFAROPLASTIA CON LÁSER	CON FINES ESTÉTICOS; BLEFAROPTOSIS POR ENVEJECIMIENTO
3	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	CON FINES ESTÉTICOS; BLEFAROPTOSIS POR ENVEJECIMIENTO
4	BLEFAROPLASTIA INFERIOR TRANS-CONJUNTIVAL	CON FINES ESTÉTICOS; BLEFAROPTOSIS POR ENVEJECIMIENTO
5	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	CON FINES ESTÉTICOS; BLEFAROPTOSIS POR ENVEJECIMIENTO
6	CIRCUITO CERRADO DE TV	CEGUERA BINOCULAR
7	CIRCUITO CERRADO DE TV PROVIS-TO DE TELELUPA CON PANTALLA Y MESA	CEGUERA BINOCULAR
8	COLEGIOS E INSTITUCIONES EDU-CATIVAS	TODAS
9	CONDROITINA	TODAS
10	CONDROITINA SULFATO	(OSTEO) ARTROSIS PRIMARIA GENERALI-ZADA; OTRAS POLIARTROSIS; ARTROSIS PRIMARIA DE OTRAS ARTICULACIONES
11	COSMÉTICOS FACIALES EN TODAS LAS FORMAS COSMÉTICAS (POLVO, LOCIÓN, SOLUCIÓN, EMULSIÓN, BA-RRRA, ETC.), BÁLSAMO PARA LABIOS Y MAQUILLAJE	TODAS
12	DIAZEPAM	ECLAMPسيا EN EL EMBARAZO
13	EDUCACIÓN ESPECIAL	TODAS
14	EDULCORANTES (NATURALES Y AR-TIFICIALES), SUSTITUTOS DE LA SAL E INTENSIFICADORES DE SABOR, SUCRALOSA	TODAS
15	EMULSIÓN HIDRATANTE CORPORAL	TODAS
16	ESTRATEGIAS LÚDICAS Y RECREA-TIVAS	TODAS
17	FOTOGRAFÍAS	BLEFAROPLASTIA ESTÉTICA; RINOPLAS-TIA ESTÉTICA; OTROS PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS
18	GEL ANTIBACTERIAL	TODAS
19	GLUCOSAMINA	TODAS
20	GLUCOSAMINA CLORHIDRATO	TODAS
21	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO	CON FINES ESTÉTICOS,HIPOPLASIA GLU-TEO
22	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO	CON FINES ESTÉTICOS,HIPOPLASIA GLU-TEO
23	HOGARES GERIÁTRICOS	TODAS

Nº	Servicio o tecnología	Enfermedad o condición asociada al servicio o tecnología
24	INSUMOS Y MATERIAL EDUCATIVO	PARA EL CUIDADO AMBULATORIO
25	LÁMPARA U OTROS ELEMENTOS QUE PROPORCIONEN LUZ COMO APOYO VISUAL	TODAS
26	LOCIÓN HIDRATANTE CORPORAL	TODAS
27	MAGNIFICADOR TIPO DOMO 4X PARA VISIÓN CERCANA, MAGNIFICADOR ELECTRÓNICO PORTÁTIL RUBY XL-HD (FREELLOM) y MAGNIFICADOR <i>LED STAND ASPHERIC</i> PARA BAJA VISIÓN Y OTRAS MARCAS O REFERENCIAS	CEGUERA BINOCULAR
28	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO	CON FINES ESTÉTICOS; HIPOPLASIA MAMARIA
29	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	CON FINES ESTÉTICOS; HIPOPLASIA MAMARIA
30	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] BILATERAL	CON FINES ESTÉTICOS; PTOSIS MAMARIA
31	PLASTIA DE REGIÓN INTERCILIAR POR TÉCNICA DE RELLENO	CON FINES ESTÉTICOS; BLEFAROPTOSIS POR ENVEJECIMIENTO
32	PLASTIA DE REGIÓN INTERCILIAR POR TÉCNICA ENDOSCÓPICA	CON FINES ESTÉTICOS; BLEFAROPTOSIS POR ENVEJECIMIENTO
33	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL POR LIPOSUCCIÓN	CON FINES ESTÉTICOS, LIPODISTROFIA ABDOMINAL
34	RINOPLASTIA ESTÉTICA	ALTERACIÓN ESTÉTICA DE LA NARIZ, INDEPENDIENTE DE LA VÍA
35	RITIDECTOMÍA DE PÁRPADO INFERIOR	CON FINES ESTÉTICOS; BLEFAROPTOSIS POR ENVEJECIMIENTO
36	RITIDECTOMÍA DE PÁRPADO SUPERIOR	CON FINES ESTÉTICOS; BLEFAROPTOSIS POR ENVEJECIMIENTO
37	RITIDECTOMÍA TOTAL (FRENTE, PÁRPADOS, MEJILLAS Y CUELLO)	RITIDOSIS FACIAL POR ENVEJECIMIENTO
38	SOMBRAS TERAPÉUTICAS	TODAS
39	TELESCOPIO	CEGUERA BINOCULAR
40	TEOFILINA	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA COMO MONOTERAPIA
41	TERAPIAS QUE NO HACEN PARTE DEL ENFOQUE TERAPÉUTICO ABA: INTERVENCIONES CON AGENTES QUELANTES TERAPIA CON CÁMARAS HIPERBÁRICAS TERAPIA LIBRE DE GLUTEN TERAPIA CELULAR INYECCIONES DE SECRETINA SUPLEMENTOS VITAMÍNICOS ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL TRABAJO CON ANIMALES (PERROS, DELFINES, ETC.) AROMATERAPIA	AUTISMO EN LA NIÑEZ
42	TOALLAS HIGIÉNICAS, PAÑITOS HÚMEDOS, PAPEL HIGIÉNICO E INSUMOS DE ASEO	TODAS
43	TOALLAS DESECHABLES DE PAPEL	TODAS

(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 005268 DE 2017

(diciembre 22)

por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), para el Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2018 y se dictan otras disposiciones.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades legales, en especial las que le confiere los numerales 34, 36 y 38 del artículo 2º del Decreto-ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2º del Decreto número 2562 de 2012, en desarrollo del artículo 114 de la Ley 1438 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 100 de 1993 establece el Sistema de Seguridad Social Integral y como parte del mismo, el Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS), que crea las condiciones de acceso al hoy denominado Plan de Beneficios en Salud, suministrado con cargo a un valor *per cápita*, denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), que reconoce el SGSSS a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por cada persona afiliada y que garantiza la prestación de las tecnologías y servicios en salud contenidos en dicho plan, financiado vía aseguramiento y constituyéndose en un mecanismo de protección colectiva del derecho a la salud de que dispone el Estado;

Que los artículos 206 y 207 *ibidem*, reconoce a los afiliados aportantes al Régimen Contributivo, prestaciones económicas por contingencias derivadas de enfermedad general

de origen común y licencias de maternidad y de paternidad, con cargo a recursos diferentes a los que financian el aseguramiento;

Que en consonancia con los mandatos de la ley estatutaria en salud, las leyes que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), han previsto un mecanismo de protección colectiva del derecho a la salud a través de un esquema de aseguramiento mediante la definición de un Plan de Beneficios en Salud, cuyos servicios y tecnologías se financian con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC);

Que el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, prevé, en relación con los gastos de administración de las EPS, que para el Régimen Contributivo se destinará máximo el 10% del valor de la UPC y para el Régimen Subsidiado, máximo el 8% del valor de la UPC;

Que en el marco de lo previsto en el Decreto-ley 4107 de 2011, modificado y adicionado por el Decreto número 2562 de 2012, corresponde a este Ministerio definir periódicamente el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que financia los beneficios en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, así como el régimen que deberán aplicar las Entidades Promotoras de Salud (EPS), para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general y de las licencias de maternidad y de paternidad, según las normas del Régimen Contributivo; decisiones que, en relación con el Régimen Contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del Sistema de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y en las referidas al Régimen Subsidiado, la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo;

Que el plan de beneficios en salud financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), obedece a cambios en la estructura demográfica de la población relevante, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del Sistema, para la protección integral de las familias, la maternidad y la enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan por el organismo competente, de acuerdo con los estudios técnicos definidos por este Ministerio y se actualiza bajo los mismos lineamientos;

Que el Acuerdo número 026 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), define un ponderador de la UPC para las EPS del Régimen Contributivo con el fin de corregir la situación de concentración de riesgo para los grupos etarios mayores de cincuenta (50) años evidenciada en su momento en algunas EPS del Sistema, el cual se hace necesario recalcular anualmente para incentivar la movilidad de estos afiliados;

Que con base en la información reportada por las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la presente vigencia y la información disponible en las diferentes fuentes consultadas y certificadas por cada una de las áreas de este Ministerio, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, realizó el análisis técnico de completitud, de calidad de la información y de análisis actuarial para la definición de la UPC de la vigencia 2018, cuyos resultados se muestran en el “*Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan de Beneficios en Salud, que forma parte del Plan Salud Implícito, en el año 2018*”, que analiza la suficiencia de cada uno de los valores fijados en los dos regímenes, según lo ordenado por la Sala de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional en los ordinales tercero y segundo de la parte resolutoria de los Autos números 261 y 262 de noviembre de 2012, respectivamente, y siguiendo los lineamientos impartidos en el Auto número 411 de 2016;

Que se mantienen vigentes las condiciones del estudio técnico sobre las connotaciones especiales en el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina como zona alejada del continente, en cuanto al perfil epidemiológico (morbilidad atendida), oferta, vías y medios de acceso y concentración de población por lo que conservan vigencia las recomendaciones formuladas a este Ministerio por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud en Sesión Ordinaria número 10 de mayo 7 de 2014, acerca de la procedencia del reconocimiento de UPC adicional;

Que en el marco de la Ley 691 de 2001 y del Decreto número 1953 de 2014 dada la evolución en la construcción del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), y teniendo en cuenta las características socioculturales, demográficas y epidemiológicas de dicha población afiliada a las EPSI, se requiere un valor adicional que financie sus actividades diferenciales partiendo de la información disponible proporcionada por las EPS Indígenas - EPSI, las IPS Indígenas -IPSI o las estructuras propias que hagan sus veces, que se tendrá en cuenta para calcular la UPC diferencial indígena;

Que por otra parte, conforme con lo previsto en el artículo 7º del Decreto número 1811 de 2017, se estableció la identificación de diferenciales en salud para la población indígena, previendo que este Ministerio para la definición del valor adicional de la UPC reconocida a las EPSI, por disposición de la Ley 691 de 2001 tendrá en cuenta la información que para el efecto reporte la Asociación Indígena del Cauca (EPSI), como piloto en la identificación de actividades diferenciales en salud para dicha población;

Que mediante Resolución número 3797 de 2014, se asignaron códigos a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), indistintamente del régimen de aseguramiento que administren y a las Cajas de Compensación Familiar (CCF), con programas del Régimen Contributivo o Subsidiado, con el cual se identifican a efectos de acceder al reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), según el régimen que corresponda para el giro realizado desde la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), entre otros;

Que la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, recomendó dar continuidad a la aplicación de la prueba