

Que el artículo 2° de la norma ibídem, describe los servicios que son prestados por la Dirección General Marítima, sin que se limite a ellos.

Que el artículo 3° de la Ley 1115 de 2006 expone que la base para la liquidación de las tarifas será el costo en que incurra la Dirección General Marítima para la prestación de los servicios.

De igual forma, los artículos 4° y 5° de la mencionada ley establecieron el método y sistema para fijación de las tarifas correspondientes por los servicios que preste la Autoridad Marítima Nacional.

Que el artículo 7° de la normatividad enunciada establece que el recaudo correspondiente a las tarifas autorizadas, estará a cargo de la Dirección General Marítima, DIMAR, del Ministerio de Defensa Nacional. Su monto global será destinado a cubrir los gastos en que incurra la entidad para el cumplimiento de las funciones asignadas por la ley, sin perjuicio de los demás recursos que le hayan sido asignados.

Que el artículo 49 de la Ley 1955 de 2019 establece que, a partir del 1° de enero de 2020, todos los cobros, sanciones, multas, tasas, tarifas y estampillas, actualmente denominados y establecidos con base en el salario mínimo mensual legal vigente (smmlv), deberán ser calculados con base en su equivalencia en términos de la Unidad de Valor Tributario (UVT). En adelante, las actualizaciones de estos valores también se harán con base en el valor de UVT, vigente.

Que el Ministerio de Defensa Nacional, la Dirección General Marítima (DIMAR) y la Policía Nacional, en el marco de la reactivación económica derivada de la nueva fase de aislamiento selectivo, efectuaron diversas mesas de trabajo con la Asociación de Transportadores Marítimos y Fluvial del Pacífico (Atrasmafupa), en la que se establecieron compromisos estratégicos para el sector de cabotaje en la región.

Que ante la necesidad de contribuir al desarrollo progresivo de las actividades marítimas ejercidas en el litoral del Pacífico colombiano y aportar a la reactivación gradual y responsable de los flujos marítimos durante la emergencia sanitaria; actividades que han enfrentado efectos significativamente negativos en razón a la expansión mundial de la pandemia del Coronavirus (Covid-19), se hace necesario establecer medidas especiales para las embarcaciones de cabotaje de la costa del litoral Pacífico colombiano.

En mérito de lo anterior, el Director General Marítimo,

RESUELVE:

Artículo 1°. Modificar los artículos 2° y 3° de la Resolución número (0880-2020) MD-DIMAR-SUBMERC-AREM 9 de diciembre de 2020, los cuales quedarán así:

**Artículo 2°. Suspensión de tarifas.** Suspéndase temporalmente conforme la parte considerativa de la presente Resolución, las siguientes tarifas por servicios prestados por la Dirección General Marítima:

Número	Servicio
1	Inspector por arribada forzosa
2	Inspector por daño de alguna pieza del motor propulsor
3	Inspector por algún faltante por renovación de certificados
4	Inspector por cambio de radio que lo hayan robado o por daño
5	Inspector por cambio de motor propulsor
6	Inspector por modificación de naves de cabotaje

**Artículo 3°. Establecimiento de tarifas.** Se establecen las siguientes tarifas por servicios prestados por la Dirección General Marítima:

TARIFAS PARA AUDITORÍAS A LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD		
Código	Servicio	Tarifa enUVT
257	Revisión y aprobación de manuales, auditorías iniciales a la compañía operadora y a sus navescon arqueo bruto >50 y ≤300	13.55
260	Auditoría de renovación a compañías operadoras de naves con arqueo bruto >50 y ≤300	13.55
263	Auditoría anual a compañías operadoras de naves con arqueo bruto >50 y ≤300	11.50

**Parágrafo 1°. Procedimiento.** El usuario acreditará el pago de las tarifas establecidas en el presente artículo al momento de radicar su solicitud ante la Dirección General Marítima y/o Capitanía de Puerto.

**Parágrafo 2°. Pago.** El pago de las tarifas dispuestas en el presente artículo se efectuará mediante consignación bancaria en las cuentas que para el efecto disponga la Autoridad Marítima Nacional. El valor liquidado es en Unidad de Valor Tributario (UVT) y deberá aproximarse al múltiplo de cien (100) más cercano.

La Unidad de Valor Tributario vigente (UVT), deberán ajustarse conforme las variaciones que la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) dé a conocer al finalizar cada año, en cumplimiento de lo prescrito en el artículo 49° de la Ley 1955 de 2019.

Artículo 3°. *Vigencia.* La presente resolución modifica parcialmente la Resolución número (0880-2020) MD-DIMAR-SUBMERC-AREM 9 de diciembre de 2020 y empieza a regir a partir de su publicación en el **Diario Oficial**.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 30 de abril de 2021.

El Director General Marítimo,

Vicealmirante *Juan Francisco Herrera Leal*.  
(C. F.).

## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### RESOLUCIONES

#### RESOLUCIÓN NÚMERO 0000586 DE 2021

(mayo 7)

*por la cual se establecen 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 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 5° de la Ley 1966 de 2019 y 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 correspondiente 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 del derecho fundamental a la salud. 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, entendiéndose 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 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: los 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 de 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 mecanismos de 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 los artículos 9° y 15 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 dos mecanismos de protección que coexisten articuladamente, bajo responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar. para facilitar

la materialización del derecho a la salud. Por una parte, se tiene el aseguramiento como mecanismo de protección colectiva, que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, utiliza instrumentos para inferir y reconocer una prima como es el caso de la de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y un presupuesto de manera ex ante. Por otra parte, se cuenta con un mecanismo de protección individual, a través del cual se financia el acceso a servicios y tecnologías que aún no hacen parte de la protección colectiva, los cuales son financiados 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.

Que la precitada norma faculta a este Ministerio para definir la metodología que establezca el techo o 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 cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación (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 los mismos 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, y 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.

Que, con el fin de fortalecer los medios dispuestos para que las EPS o EOC realicen la gestión de los servicios y tecnologías que se encuentran bajo su responsabilidad, este Ministerio mediante la Resolución 535 de 31 de marzo de 2020, estableció que las EPS podrán financiar su contratación de manera integral con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y de los Presupuestos Máximos, observando para ello el marco normativo previsto.

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 Unidad de Pago por Capitación (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 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 en razón a la mayor disponibilidad de la información reportada por los actores y al proceso de implementación del presupuesto máximo desarrollado durante el año 2020, resulta necesario actualizar algunas disposiciones de la actual regulación prevista en la Resolución 205 de 2020, por lo que se sustituirá su contenido en el acápite general, salvo la metodología allí adoptada.

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 de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a 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 medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), procedimientos y servicios complementarios, de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

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 de tecnologías en salud 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):** corresponden a productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, en los ámbitos hospitalario, ambulatorio o domiciliario, 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 específicas; y cuyo manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional. Estos productos se encuentran denominados de esta manera en su respectivo registro sanitario.

**3.2. Cantidad de UMC:** corresponde al número de Unidades Mínimas de Concentración (UMC) de cada grupo relevante que se utilizan para el cálculo del presupuesto máximo.

**3.3. Cantidad Inicial (Q inicial):** corresponde a las cantidades de grupos relevantes reportadas por las entidades territoriales, las EPS o la ADRES a este Ministerio, correspondiente a los servicios y tecnologías en salud prestados en el periodo que se defina como punto de partida, incluyendo los prestados en cumplimiento de órdenes judiciales. Las cantidades iniciales se expresan según la medida de cada grupo relevante. En el caso de procedimientos y servicios complementarios se expresan según la cantidad reportada en las bases de datos según corresponda el régimen.

**3.4. Cantidad total prospectiva por grupo relevante:** corresponde al resultado de multiplicar la cantidad inicial por el factor de ajuste de cantidades ajustadas y por el factor de ajuste de las cantidades del Delta.

**3.5. Cantidades ajustadas:** son las cantidades estimadas, en razón a que, a la fecha de corte de la información, no han sido reportadas o correctamente reservadas.

**3.6. Cantidades del Delta:** es la cantidad resultante de la variación en las cantidades de UMC o prestaciones en cada grupo relevante, incluyendo órdenes judiciales.

**3.7. Combinaciones de Dosis Fija (CDF):** medicamento que contiene dos o más principios activos en concentraciones específicas.

**3.8. EPS o EOC de origen:** es la EPS o EOC desde la cual un afiliado se traslada a otra.

**3.9. EPS o EOC receptora:** es la EPS o EOC que recibe al afiliado proveniente de una EPS o EOC de origen.

**3.10. Forma farmacéutica:** preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

**3.11. Grupo relevante:** hace referencia al agrupamiento tanto de medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) y de procedimientos y servicios complementarios, cuyas definiciones corresponden a:

**3.11.1. Grupo relevante de medicamentos:** corresponde al conjunto de medicamentos pertenecientes a la misma clasificación Anatómica Terapéutica Química, por su sigla en inglés (ATC) Anatomical Therapeutic Chemical Classification System a nivel 5 (principio activo) e igual forma farmacéutica, y a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM).

**3.11.2. Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME):** corresponde al 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.

**3.11.3. Grupo relevante de procedimientos:** corresponde al procedimiento identificado con el código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

**3.11.4. Grupo relevante de servicios complementarios:** corresponde a la agrupación de los servicios y tecnologías en salud conforme a las tablas de referencia MIPRES para servicios complementarios y los ordenados por autoridad judicial.

**3.12. Método Chain-Ladder:** método utilizado para el cálculo de las cantidades ajustadas.

**3.13. Per cápita de traslado por EPS:** es el valor per cápita que se utiliza para ajustar el presupuesto máximo en la vigencia corriente, producto de los traslados de los afiliados entre las EPS o EOC; con el cual se liquida el traslado de una EPS o EOC a otra.

**3.14. Precio de referencia por comparación internacional (PRI):** es el precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM).

**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. Presupuesto máximo:** es el valor anual calculado en aplicación de la metodología definida en el presente acto administrativo, que la ADRES transfiere a las EPS para que éstas realicen gestión y garanticen a sus afiliados los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en los componentes de medicamentos, alimentos para propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios.

**3.17. 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).

**3.18. Valor Máximo:** valor que se defina en la metodología adoptada en cada vigencia para la fijación del presupuesto máximo.

**3.19. Valor de Referencia (VR):** valor que se defina en la metodología adoptada en cada vigencia para la fijación del presupuesto máximo.

**3.20. Valor de recobro/cobro:** corresponde al valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES, 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 utilizadas o descartadas.

Artículo 4°. *De la gestión de las EPS o EOC.* Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, las EPS o EOC, entre otras, deberán:

4.1. Garantizar en forma integral tanto el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC como los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, para el efecto establecerán modelos de atención y gestión. concertarán guías o protocolos de atención. 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 el presupuesto máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación.

4.3. Realizar el seguimiento, monitoreo y auditoria, según lo estimen conveniente, 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 el manejo, conservación, dispensación y distribución de medicamentos o cualquier otro proceso definido por la normatividad vigente para el servicio farmacéutico, que implique servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo al presupuesto máximo, se realice 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 de tecnologías en salud 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. Adoptar en conjunto con los actores del sistema los protocolos o guías que disponga este Ministerio y, en caso de no estar disponible, desarrollar las guías o protocolos basadas en la evidencia nacional o internacional.

4.6. 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.

## TÍTULO II

### SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD FINANCIADOS CON CARGO AL PRESUPUESTO MÁXIMO

Artículo 5°. *Servicios y tecnologías financiados con cargo al presupuesto máximo.* El presupuesto máximo transferido a cada EPS o EOC financiará los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios siempre que estos 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 por la UPC, ni por otro mecanismo de financiación. Y 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 al 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.

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 financiados 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 encuentran incluidos en normas farmacológicas, los que luego de su autorización de ingreso al país se considerarán incluidos en el presupuesto máximo.

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 encuentran incluidos en normas farmacológicas, los que luego de su autorización de ingreso al país se considerarán incluidos en el presupuesto máximo.

5.1.5. En los casos en que la descripción del medicamento financiado con cargo al presupuesto máximo, contenga una sal o un éster determinados, esta financiación es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

5.1.6. Los medicamentos para el tratamiento de enfermedades huérfanas que venían garantizando la EPS o EOC.

5.1.7. Los medios de contraste que no se encuentran financiados con recursos de la UPC.

5.1.8. 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.

5.1.9. 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.

5.1.10. Los medicamentos nuevos incluidos en normas farmacológicas en el país que no sean financiados con recursos de la UPC y sean equivalentes o inferiores a otro ya incluido en el presupuesto máximo, de acuerdo a lo establecido en los parágrafos 1° y 2° del presente artículo.

5.1.11. Los medicamentos nuevos incluidos en normas farmacológicas en el país que no sean financiados con recursos de la UPC y sean superiores a otro ya incluido en el presupuesto máximo, de acuerdo a lo establecido en los parágrafos 1° y 2° del presente artículo.

En caso de ser superior y no generar ahorros al sistema a pesar de los beneficios del medicamento, el Ministerio de Salud y Protección Social para determinar el ajuste en el presupuesto máximo o su financiación mediante cualquier otro mecanismo como compra centralizada o acuerdos de riesgo compartido, evaluará el valor de la fracción adicional a incluir de acuerdo a la comparación con sus alternativas terapéuticas.

5.1.12. Los medicamentos que no se encuentren financiados con recursos de la UPC cuyo valor del tratamiento sea menor o igual al tratamiento de los servicios y tecnologías en salud financiados con cargo al presupuesto máximo.

5.1.13. Los usos autorizados en la lista de uso UNIRS de un medicamento financiado con cargo al presupuesto máximo y los que cumplan la condición estipulada en el parágrafo 3 del artículo 40 de la Resolución 2481 de 2020, o la norma que la modifique o sustituya.

5.1.14. Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales número Disponibles y los prescritos por urgencia clínica según el Decreto 481 de 2004, cuya autorización de importación fue otorgada por el INVIMA, que tengan definido un valor de referencia.

#### 5.2. Procedimientos

5.2.1. Los procedimientos en salud no financiados con cargo a la UPC, contenidos en la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES, los cuales deben ser descritos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y ser prescritos por un profesional de la salud autorizado.

También se entiende financiado 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. Los servicios y tecnologías que se requieren de manera combinada, simultánea o complementaria. En caso de que alguno de los componentes de la combinación esté financiado con recursos de la UPC, el mismo se seguirá financiando a cargo con dicha fuente, bajo el principio de complementariedad.

5.2.3. Los servicios y tecnologías en salud que sean requeridos para la realización de los trasplantes financiados con cargo al presupuesto máximo. La prestación comprende:

5.2.3.1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo, así como el donante no efectivo.

5.2.3.2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la EPS o de la entidad que haga sus veces, responsable del receptor.

5.2.3.3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país

5.2.3.4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.

5.2.3.5. Preparación del paciente y atención o control postrasplante.

5.2.3.6. Los servicios y tecnologías en salud necesarios durante el trasplante.

5.2.3.7. Los medicamentos, conforme a lo dispuesto en el presente acto administrativo.

5.2.3.8. Los estudios realizados a donantes no efectivos de aquellos trasplantes financiados con recursos de la UPC.

5.2.3.9. La búsqueda del donante, la cual se entiende como una actividad inherente a los estudios previos y obtención del órgano.

5.2.4. Los injertos necesarios para los procedimientos contenidos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos. La financiación también incluye los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

5.2.5. Las tecnologías en salud oral y los servicios no financiados con cargo a 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.

5.2.6. Las prótesis dentales de los procedimientos financiados con el presupuesto máximo y las prótesis dentales mucosoportadas que no sean financiadas con recursos de la UPC.

5.2.7. Los tratamientos reconstructivos en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

5.2.8. Las reintervenciones relacionadas con un procedimiento o intervención financiado con recursos del presupuesto máximo, conforme con la prescripción del profesional tratante.

### 5.3 Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME)

5.3.1 Los productos para soporte nutricional clasificadas como Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME).

### 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 de prescripción MIPRES. En todo caso, y según corresponda, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica 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 1°. El procedimiento para determinar la superioridad, equivalencia o inferioridad de los servicios y tecnologías en salud en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado a través de una evaluación de tecnología en salud, para su posterior verificación por parte del IETS. La verificación de la evaluación de los servicios y tecnologías en salud presentada por el agente interesado será financiada por este agente directamente al IETS.

Este Ministerio y la ADRES podrán solicitar la evaluación de algunas tecnologías en salud específicas, la cual será financiada por la ADRES. El IETS en conjunto con este Ministerio definirán el procedimiento y las metodologías para la evaluación de la tecnología y la verificación de dicha evaluación, las cuales quedarán consignadas en los manuales del IETS. La selección de las alternativas terapéuticas, fuentes de información, y contenido de la evaluación de tecnología en salud a presentar por parte del actor interesado deberán seguir los criterios definidos en los citados manuales.

Parágrafo 2°. Entretanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento o procedimiento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo, y mientras se surta el proceso de evaluación, para el uso del medicamento o procedimiento, el personal de la salud deberá justificar la relación riesgo - beneficio para el paciente, con base en la evidencia científica.

El IETS contará con máximo tres (3) meses para definir la superioridad, equivalencia, inferioridad y la propuesta de valor de la tecnología; para esta última tomará el menor valor de las diferentes fuentes de información, siendo una de ellas el listado de los países de referencia que defina este Ministerio.

Parágrafo 3°. Mensualmente, 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.

Parágrafo 4°. Si el valor del tratamiento del medicamento o procedimiento evaluado por el IETS es menor o igual al tratamiento de los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo al presupuesto máximo, se considerará incluido en esta financiación.

Parágrafo 5°. Los medicamentos cuya financiación se define en el presente acto administrativo con cargo al presupuesto máximo, se consideran financiados con dicha fuente, 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.

Parágrafo 6°. Para el caso de los medicamentos vitales no disponibles, el valor de referencia corresponde al listado definido en el documento técnico del cálculo del presupuesto máximo o a los precios regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM). 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 medicamento 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.

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.

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

7.1. Cualquier presentación comercial y equivalencia. La financiación de los medicamentos de que trata el presente acto administrativo es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras).

7.2. Toda forma de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro.

7.3. Las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones de medicamentos incluidos en el presupuesto máximo o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.

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 principios activos que la conforman.

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 en el documento técnico de cálculo del presupuesto máximo o un valor regulado establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

9.3. Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada o por medio de acuerdos de riesgo compartido según lo determine este Ministerio.

9.4. Medicamentos que contengan el principio activo Nusinersen.

9.5. Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, hasta que se defina su financiación mediante el presupuesto máximo. La justificación de la no existencia

de una alternativa terapéutica en el país deberá ser demostrada por el agente interesado a través de una evaluación donde se apliquen los criterios que se definan en los manuales de evaluación de tecnologías en salud del IETS. Este Instituto de manera posterior realizará la verificación de dicha evaluación.

Este Ministerio determinará el valor a reconocer por concepto de recobro, teniendo en cuenta el resultado de la evaluación de la tecnología en salud o la verificación de esta, según corresponda, realizada por el IETS, en la cual se tomará el menor valor de las diferentes fuentes de información, siendo una de ellas el listado de los países de referencia que defina este Ministerio. Lo anterior, sin perjuicio de las propuestas de cualquier otro mecanismo de financiación, entre estos, compra centralizada o acuerdos de riesgo compartido.

La verificación de la evaluación de los servicios y tecnologías en salud presentada por el agente interesado será financiada por este agente directamente al IETS. Este Ministerio y la ADRES podrán solicitar la evaluación de algunas tecnologías en salud específicas, la cual será financiada por la ADRES.

9.6. Los medicamentos cuya indicación sea específica y única para el tratamiento de una enfermedad huérfana, 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.

9.7. Los servicios y tecnologías expresamente excluidos de la financiación con cargo a recursos públicos asignados a la salud por este Ministerio 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.

9.8. Los procedimientos en salud nuevos en el país. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS para estos efectos, de acuerdo a la instrucción del Ministerio de Salud y Protección Social. El valor a reconocer por concepto de recobro será propuesto en la evaluación de tecnologías de salud respectiva.

9.9. 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 9.8., 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 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:

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, y si este último no existe, tendrá en cuenta el valor que determine este Ministerio a partir de la evaluación realizada por el IETS.

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.

En caso de que el medicamento se incluya en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, se dará aplicación a lo dispuesto en el numeral 9.5 del artículo 9° del presente acto administrativo.

Parágrafo 1°. Los médicos, las IPS, operadores logísticos de tecnologías de salud y gestores farmacéuticos deberán realizar el registro y reporte de la prescripción, suministro y facturación en los módulos de la herramienta tecnológica de prescripción 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 debe 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 efecto o en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud (INS), procediendo el recobro/cobro según corresponda.

Parágrafo transitorio. Entre tanto se implemente el procedimiento para que la IPS registre en línea al paciente nuevo en el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas, se mantendrá la notificación a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud (INS).

### 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 anualmente definirá la metodología para la fijación del presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud EPS del Régimen contributivo y subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar o EOC.

##### CAPÍTULO II

#### Disposiciones del presupuesto máximo

Artículo 12. *Valor del presupuesto máximo.* 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.

Artículo 13. *Transferencia del presupuesto máximo.* La ADRES transferirá a las EPS o EOC el 100% de los recursos del presupuesto máximo dentro de la vigencia fiscal respectiva, 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.

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.

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:

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 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 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. 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.

14.2. Por cumplimiento de indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS o EOC, de acuerdo con los mecanismos de ajuste ex - post que para el efecto establezca este Ministerio, buscando incentivar el logro de resultados en salud de la población.

14.3. Por solicitud de revisión o ajuste de la EPS o EOC, una vez el Ministerio de Salud y Protección Social verifique la información aportada y determine la necesidad del ajuste.

La EPS o EOC enviará la respectiva solicitud aportando el balance global del presupuesto máximo asignado, con el detalle de los servicios y tecnologías de salud. En todo caso, para esta solicitud se deberá tomar como referencia la información registrada por la EPS o EOC en los módulos del cierre del ciclo del suministro y de facturación de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES, el documento técnico que soporta la fijación del presupuesto máximo, el corte de la información, y demás información que requiera este Ministerio para el análisis de la solicitud.

Los ajustes al presupuesto máximo tendrán como base la información contenida en los módulos del cierre del ciclo del suministro y de facturación de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES, sobre la cual este Ministerio definirá y aplicará un proceso de calidad, consistencia y cobertura, la gestión de la EPS o EOC y la justificación de las formas de contratación de forma integral con la UPC, con sus respectivas notas técnicas. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá consultar la facturación electrónica generada en los procesos de transacción.

14.4. Cuando se deba establecer el valor de la fracción adicional a incluir con cargo al presupuesto máximo por los medicamentos que sean superiores y no generen ahorros al Sistema según lo determine la evaluación de la tecnología realizada por el IETS, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 5.1.11 del artículo 5° del presente acto administrativo.

Parágrafo. 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.

Artículo 15. *Medidas para prevenir que se sobrepase el presupuesto máximo transferido.* En aras de no sobrepasar el presupuesto máximo, las EPS o EOC deberán como mínimo:

15.1. Gestionar modelos de atención, formas de contratación soportadas en sus respectivas notas técnicas y conformación de redes de prestación de servicios de salud.

15.2. Adelantar la defensa judicial adecuada. Dentro de las actuaciones mínimas de defensa que deberá adelantar la EPS, se encuentran: contestación oportuna en los términos establecidos, solicitud y aporte de pruebas necesarias y pertinentes para la resolución del asunto, entrega de los informes solicitados por el juez, contradicción de las pruebas allegadas, solicitud de vinculación de otras entidades por considerar que tienen la obligación más determinada respecto a la satisfacción del derecho, impugnación de la decisión desfavorable y solicitando su revisión ante la Corte Constitucional cuando se considere pertinente.

En ejercicio de estas actuaciones la EPS o EOC deberá realizar un pronunciamiento de fondo que permita ilustrar y darle claridad al juez, principalmente, sobre los requisitos mínimos que debe contener la prescripción y su pertinencia para el paciente, las tecnologías que efectivamente se encuentran excluidas de los beneficios de Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de sistema de salud.

Parágrafo. Los actores del sistema deberán considerar el documento técnico que soporta la fijación del presupuesto máximo. Así mismo, las EPS o EOC deberán prever, entre otros, mecanismos de contratación que permitan realizar la gestión integral del riesgo del paciente mancomunando los portafolios de servicios financiados de la Unidad de Pago por Capitación y Presupuestos Máximos y considerar que los valores contratados garanticen que el presupuesto máximo no se supere.

Artículo 16. *Inembargabilidad de los recursos del presupuesto máximo.* Los recursos del presupuesto máximo del presente artículo 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 48 de la Constitución Política.

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.

#### TÍTULO IV

#### VERIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS DEL PRESUPUESTO MÁXIMO

Artículo 18. *Seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo.* El proceso de seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, quien adoptará e informará a los diferentes actores del SGSSS la metodología para el efecto.

El seguimiento y monitoreo se realizará con la información de la transferencia de los recursos y las prescripciones, suministro y facturación de los servicios y tecnologías en salud de la base de datos de la herramienta tecnológica MIPRES para cada EPS o EOC.

En el proceso de seguimiento, se utilizará la información reportada en la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES. A partir de las variaciones identificadas, se generará alertas para que las EPS o EOC adopten las medidas tendientes a cumplir con la gestión del presupuesto máximo asignado en el respectivo período.

Parágrafo 1°. El seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo se realizará con una periodicidad de cada cuatro (4) meses y su resultado será publicado, de conformidad con el procedimiento que para el efecto defina este Ministerio.

Parágrafo 2°. A partir del resultado del proceso de seguimiento y monitoreo, el Ministerio de Salud y Protección Social podrá evaluar la suficiencia o superación del presupuesto máximo, para lo cual considerará como mínimo las cantidades suministradas reportadas en los módulos del cierre del ciclo del suministro y de facturación de la herramienta tecnológica MIPRES, los valores por UMC y los traslados de los afiliados.

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 de seguimiento y 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 y no gestionen la herramienta MIPRES, según su competencia, para efectos del cálculo del presupuesto máximo no serán sujetas de incrementos en los valores contratados y podrán ser excluidas de las redes de prestación respectivas.

Parágrafo 3°. En caso de no reportarse la información de que trata el presente artículo, se informará a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.

#### TÍTULO IV DISPOSICIONES FINALES

Artículo 20. *Prescripción y suministro*. La prescripción se realizará utilizando la denominación común internacional, exclusivamente. La prescripción de medicamentos 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 definen las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de la salud.

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 y ii) corresponder a productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, en el ámbito hospitalario, ambulatorio o domiciliario, con el fin de brindar soporte 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 alimentos normales, absorber, metabolizar o excretar 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.

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 1°. En el caso de los medicamentos anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros 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.

Parágrafo 2°. 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 21. *Compra, venta o dispensación de medicamentos*. Teniendo en cuenta las normas vigentes y en cumplimiento a lo dispuesto en la Circular 06 de 2018 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.

Artículo 22. *Vigencia y derogatorias*. La presente resolución rige a partir de su publicación y sustituye la Resolución 205 de 17 de febrero de 2021, salvo la metodología adoptada en la misma.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 7 de mayo de 2021.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.  
(C. F.).

### RESOLUCIÓN NÚMERO 0000587 DE 2021

(mayo 7)

por la cual se modifican los artículos 3°, 5°, 7° y 9° de la Resolución 618 de 2020.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades reglamentarias, en especial, las conferidas en el numeral 30 del artículo 2° del Decreto-ley 4107 de 2011, el literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y en desarrollo del parágrafo del artículo 5° del Decreto 521 de 2020, y

#### CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución 618 de 2020 se reglamentó el literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 estableciendo los medios de prueba para demostrar el cumplimiento de los requisitos necesarios para el saneamiento de las cuentas por servicios y tecnologías en salud, no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo.

Que los artículos 3, 5, 7 y 9 ibídem, contienen las condiciones para acreditar que los servicios y tecnologías en salud presentados al proceso de saneamiento se prestaron a quienes les asistía el derecho; los medios de prueba para presentar cuentas de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Contributivo ordenados por autoridad judicial; los medios de prueba para verificar que el servicio o tecnología no financiado con cargo a la UPC se suministró al usuario y la acreditación de servicios prestados a usuarios con enfermedades huérfanas, respectivamente.

Que mediante el Decreto 521 de 2020 se reglamenta el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y se establecen los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo.

Que el parágrafo del artículo 5° y el numeral 10.8 del artículo 10 del Decreto 521 de 2020 fueron modificados por el Decreto 1810 de 2020, estableciendo que se reconocerán aquellos servicios excluidos, servicios sociales complementarios o los que ordenan un tratamiento integral ordenados en fallos de tutela y providencias judiciales, siempre que se acrediten las condiciones y medios de prueba que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que la factura como soporte de la obligación de pago constituye un medio de prueba idóneo que demuestra el suministro de un servicio o tecnología en salud no financiado con cargo a la UPC.

Que conforme con lo anterior, se requiere adicionar los medios de prueba a tener en cuenta para la acreditación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo, a presentar en el proceso de saneamiento de servicios y tecnologías de salud, en consideración a la modificación del parágrafo del artículo 5° y el numeral 10.8 del artículo 10 del Decreto 521 de 2020, e incluir los medios de prueba bajo los cuales se verificará el cumplimiento de las condiciones establecidas en el literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, que obedezcan a exclusiones de salud suministradas en el cumplimiento a fallos de tutelas y ajustar los relacionados con servicios prestados a usuarios con enfermedades huérfanas/raras.

En mérito de lo expuesto,

#### RESUELVE:

Artículo 1°. Modifíquese el artículo 3° de la Resolución 618 de 2020, el cual quedará así:

**“Artículo 3°. Acreditación de que los servicios y tecnologías en salud presentados al proceso de saneamiento se prestaron a quienes les asistía el derecho.** Para verificar que los servicios y tecnologías no financiados con la UPC se prestaron a quienes les asistía el derecho, se verificará que se cumplan las condiciones que a continuación se relacionan:

3.1. *Que el usuario se encontraba activo, en periodo de protección laboral o suspendido en la entidad recobrante. Para el efecto, se consultará el histórico de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) y las tablas de evolución del documento, a la fecha de prestación del servicio o tecnología objeto de saneamiento.*

*Si el usuario no se encontraba en alguno de estos estados y se suministraron servicios y tecnologías no financiados con la UPC será en cumplimiento de: i) fallos de tutela que obligan a una entidad recobrante a prestar el servicio o tecnología a un usuario que no se encuentra afiliado con dicha entidad o; ii) fallos de tutela que obligan a una entidad recobrante a prestar el servicio o tecnología a un usuario con una entidad del régimen exceptuado o especial o; iii) servicios o tecnologías que corresponden a menores fallecidos con tipo de documento Certificado de nacido vivo - CN.*

3.2. *Que el usuario no se encontraba en estado fallecido o cancelado. Para el efecto se consultará la base de datos de la Registraduría Nacional de Estado Civil (RNEC) o en el Registro Único de Afiliados Nacimientos y Defunciones RUAF ND y se validará que la fecha de prestación del servicio no sea posterior a las veinticuatro (24) horas de la defunción.*

**Parágrafo 1°.** La ADRES validará los estados de afiliación, de acuerdo con la información disponible en la BDUA, en las tablas de evolución del documento y en el RUAF ND que le disponga este Ministerio. Si el usuario al que se le prestó el servicio no se encuentra en dichas bases, la ADRES excepcionalmente verificará la existencia o la identificación de la persona a través de otros documentos en los que se acredite que se le prestó el servicio o la tecnología recobrada al usuario.

**Parágrafo 2°.** Las entidades que participan en el flujo de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos personales, datos sensibles y demás aspectos relacionados con el tratamiento de la información, que le sea aplicable en el marco de la Ley Estatutaria 1581 de 2012 las normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, en virtud de lo cual se hacen responsables de la privacidad, seguridad y confidencialidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tengan acceso”.

Artículo 2°. Modifíquese el artículo 5° de la Resolución 618 de 2020 el cual quedará así:

**“Artículo 5°. Medios de prueba para presentar cuentas de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Contributivo ordenados por autoridad judicial.** El reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo, prestados en cumplimiento de una orden judicial, deberá atender a los siguientes medios de prueba: