

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2017**

( )

Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 5884 de 2016.

**EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las que le confieren los numerales 3 y 7 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993 y los numerales 25 y 20 del artículo 2 y 6 del Decreto - Ley 4107 de 2011 y

**CONSIDERANDO**

Que en la sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional señaló que el derecho a la salud es un derecho que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas; definiendo entonces el derecho a la salud como un derecho complejo, el cual demanda del Estado una variedad de acciones y omisiones para su cumplimiento, supeditando así la plena garantía del goce efectivo del mismo, a los recursos materiales e institucionales disponibles; razón por la cual, su ámbito de protección, no está delimitado por el Plan Obligatorio de Salud, toda vez que existen casos en los cuales se requiere con necesidad la prestación de un servicio de salud que no esté incluido en dicho plan, el cual puede comprometer en forma grave la vida digna de la persona o su integridad personal.

Que la Ley 1392 de 2010 estableció que el Gobierno Nacional reconocerá de interés nacional las enfermedades huérfanas con el fin de garantizar el acceso a las tecnologías y servicios de salud orientadas a dar tratamiento, rehabilitación y paliación a las personas que se diagnostiquen con dichas enfermedades, con el fin de beneficiar efectivamente a esta población con los diferentes planes, programas y estrategias de intervención en salud y determinó que los diagnósticos, tratamientos, medicamentos, procedimientos y cualquier otra prestación en salud no incluida en los planes obligatorios de salud que requieran las personas que sean diagnosticadas con enfermedades huérfanas serán financiados con cargo a los recursos señalados en la Ley 715 de 2001, los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y las demás normas que financien la atención de la población que padece dichas enfermedades.

Que de conformidad con la Ley 1438 de 2011 artículo 2, el Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud y, para lograr tal propósito, entre otros aspectos se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, el cual tiene como principios entre otros el de eficiencia y sostenibilidad, que propenden por la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población y el financiamiento de las prestaciones reconocidas con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deben tener un flujo ágil y expedito.

Que la Ley 1751 de 2015 en virtud de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, determinó en su artículo 5º que corresponde al Estado como responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la Salud, atender entre otras obligaciones la siguiente: *“i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios en salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud de la*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 5884 de 2016"

-----  
*población*", y establece en el artículo 6° entre otros elementos esenciales e interrelacionados que incluye el derecho fundamental a la Salud en procura de garantizar el goce pleno y efectivo del mismo, los de disponibilidad, continuidad, oportunidad, sostenibilidad y eficiencia.

Que el inciso primero y el párrafo tercero del artículo 15 señalan que *"El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas (...)* **Parágrafo 3o:** *Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas"* ; y precisa unos criterios tendientes a determinar aquellos servicios que no serán financiados por los recursos públicos asignados a la salud.

Que el Decreto 1954 de 2012 *"Por el cual se dictan disposiciones para implementar el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas"*, estableció en su artículo 4° dos fases para la recopilación y consolidación de la información, consistente en el censo de pacientes que padecen enfermedades huérfanas, a su vez determinó que una vez concluido el censo inicial, los nuevos pacientes que sean diagnosticados se reportarán al Ministerio de Salud y Protección Social a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, de acuerdo con las fichas y procedimientos que para tal fin se definan.

Que la Circular Externa 049 de 2015, expedida por el Instituto Nacional de Salud implementó la vigilancia en salud pública de Enfermedades Huérfanas – Raras como evento de notificación rutinaria en el SIVIGILA, con el propósito de mantener actualizado un registro sistemático con la información de los pacientes con diagnóstico confirmado de alguna de las patologías listadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

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

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

Que en desarrollo del plan de adaptación en forma gradual de la implementación de la herramienta MIPRES, conforme lo dispone el artículo 98 de la Resolución 3951 de 2016 modificado por el artículo 2 de la Resolución 5884 de 2016, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud han puesto en conocimiento de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social algunas circunstancias operativas, administrativas y técnicas relacionadas con la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, respecto de las cuales se han efectuado las correspondientes validaciones que acreditan su ocurrencia.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 5884 de 2016"

---

Que de otra parte, las Sociedades Científicas han manifestado a este Ministerio la necesidad de prescribir medicamentos cuya indicación no está autorizada por el INVIMA debido a la existencia de evidencia médica suficiente para el uso de las mismas en el tratamiento de determinados diagnósticos en beneficio de la vida e integridad de los pacientes.

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

Que en atención a las situaciones antes mencionadas, resulta necesario precisar algunos requisitos, criterios y actividades del procedimiento definido por la Resolución 3951 de 2016, con el fin de: (i) hacer efectivo el acceso de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, (ii) propender por el ejercicio de la autonomía profesional sin restricciones, (iii) adoptar las medidas que acrediten la destinación de los recursos en salud a cargo del FOSYGA, y (iv) lograr la adaptación de todos los actores del Sistema a la herramienta tecnológica dispuesta por este Ministerio para la prescripción en línea.

En mérito de lo expuesto,

### RESUELVE

**Artículo 1.** Modifíquese el numeral 2º del Artículo 4 "Responsabilidades de los actores" el cual quedará así:

*2. Entidades Promotoras de Servicios (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC). Corresponde a las EPS y EOC garantizar el suministro oportuno a través de la red de prestadores definida de los servicios y tecnologías en salud no financiadas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC prescritos por los profesionales de la salud; recaudar los dineros pagados por concepto de copagos; cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presentación de las solicitudes de recobro o cobro; disponer de la infraestructura tecnológica y de las condiciones técnicas y administrativas requeridas para que el reporte de prescripción funcione oportuna y eficientemente en el marco de sus obligaciones; realizar las validaciones administrativas orientadas a determinar la existencia del usuario, su régimen y el estado de afiliación y en caso de encontrar inconsistencias relacionadas con identificación y afiliación resolverlas de manera oportuna sin que se ponga en riesgo la prestación del servicio; realizar la transcripción de los servicios y tecnologías ordenadas mediante fallos de tutela en el aplicativo dispuesto para tal fin o en los casos de contingencia y, reportar a este Ministerio la información necesaria relacionada con el suministro efectivo de los servicios o tecnologías de que trata esta Resolución.*

**Artículo 2.** Modifíquese el Artículo 9 "Requisitos para realizar la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC", el cual quedará así:

**Artículo 9. Requisitos para realizar la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** La prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberá en cualquier caso observar los siguientes requisitos:

**1.** Que el servicio o la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) cubierta(s) en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

*2. Que el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) en el caso de medicamentos o dispositivos o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso.*

*3. Que el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentre definida en la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) en el caso de los procedimientos en salud.*

*4. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en el aplicativo.*

*5. Que la decisión de prescribir un servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sea consecuente con la evidencia científica disponible. En caso de que existan protocolos, guías y procedimientos desarrollados en el país deberá tomarlos como referencia.*

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

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

**Parágrafo.** *Sin perjuicio de lo establecido en el numeral 2º de este artículo, se podrá realizar la prescripción de medicamentos cuya indicación no se encuentre incluida en el registro sanitario que otorga el INVIMA, siempre y cuando la indicación para dichos medicamentos esté reportada ante este Ministerio por las Sociedades Científicas o estén incluidas en la lista UNIRS. En estos casos, será responsabilidad del médico tratante y de manera solidaria, de la IPS en la que funcione la respectiva Junta de Profesionales de la salud, los posibles desenlaces y complicaciones que se presenten por el uso de dichos medicamentos. En cualquier caso, deberá mediar el respectivo consentimiento informado por parte del paciente o su representante.*

*Las Sociedades Científicas reportarán a este Ministerio dentro de los 8 días siguientes a la publicación del presente acto administrativo, la información relacionada con las indicaciones de los medicamentos no incluidas en los registros sanitarios otorgados por el INVIMA, que se consideran necesarios para salvaguardar la vida de los pacientes. Si el reporte ya fue efectuado a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud de este Ministerio no será necesario repetirlo. En caso de requerir reportes posteriores, los mismos podrán hacerse por las Sociedades Científicas de acuerdo con la estructura definida por este Ministerio, a la mencionada Dirección, durante los primeros 5 días de cada mes.*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 5884 de 2016"

---

*El Ministerio de Salud y Protección Social clasificará las indicaciones solicitadas por la correspondiente Sociedad Científica, y en caso de emitir concepto favorable sobre su seguridad y efectividad para un segundo uso, quedarán incluidos en el listado UNIRS. En caso de que de dicha evaluación no resulte favorable, los mencionados medicamentos no se pagarán ni reconocerán para la indicación evaluada, mediante el procedimiento establecido en la presente Resolución.*

**Artículo 3.** Modifíquese el artículo 10 "Criterios para la prescripción", el cual quedará así:

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

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

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

3. *En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un medicamento, este deberá cumplir cualquiera de las siguientes condiciones: i) Estar registrado con sus respectivas indicaciones ante el INVIMA o quien haga sus veces, ii) Hacer parte del listado construido con el reporte realizado por las Sociedades Científicas o iii) Hacer parte de la lista UNIRS. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 o la norma que los modifique, adicione o sustituya.*

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

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

6. *Cuando la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se trate de procedimientos, deberá utilizar sin excepción la Codificación Única de Procedimientos (CUPS), definida en la Resolución 5975 de 2016, y las normas que las modifiquen, adicione o sustituyan.*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 5884 de 2016"

8. *Diligenciar de forma completa los datos solicitados en el reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.*
9. *De acuerdo con lo previsto en el numeral 3 de este artículo, La prescripción de medicamentos cuya indicación no se encuentre incluida en el registro sanitario que otorga el INVIMA, podrá realizarse cuando la vida o seguridad del paciente se encuentren en riesgo inminente a criterio del médico tratante y podrán ser suministrados, previo concepto de la Junta de Profesionales de la Salud. Adicionalmente, en la historia clínica del paciente debe reposar copia del consentimiento informado correspondiente.*

*Igual procedimiento aplicará para el caso de medicamentos sin registro sanitario para primeros o segundos usos que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles.*
10. *Para los medicamentos no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC se consideran armonizadas las indicaciones aprobadas por el INVIMA, en cuanto a que si en un solo registro sanitario se define una indicación, la misma se considerará para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica, por lo tanto, no serán objeto de reporte por las Sociedades Científicas ni harán parte del listado UNIRS.*

**Artículo 4.** Modifíquese el artículo 14 "De las prescripciones en el ámbito de atención hospitalaria", el cual quedará así:

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

1. *En casos de urgencia vital, la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC podrá efectuarse de forma posterior a la prestación de los servicios hasta por un término máximo de 12 horas siguientes a la atención.*
2. *En caso de servicios hospitalarios con internación, específicamente para el caso de medicamentos o soporte nutricional, en donde exista imposibilidad para el cálculo de la duración y cantidad del tratamiento atribuible a la condición clínica del usuario, la prescripción podrá efectuarse según las siguientes alternativas: i) el día del egreso hospitalario contabilizando la totalidad del medicamento o soporte nutricional suministrado. En caso de que la estancia hospitalaria sea prolongada, la prescripción se podrá realizar registrando en el aplicativo lo suministrado cada 8 días calendario. En este caso el registro de prescripción en el aplicativo lo realizará el profesional de la salud responsable del egreso hospitalario; ii) En el momento que el profesional de la salud lo requiera y por el tiempo y cantidades que estime necesario para dicha estancia hospitalaria.*
3. *Sin perjuicio de lo establecido en el numeral anterior del presente artículo, el profesional de la salud deberá registrar en la historia clínica, el plan de tratamiento de forma habitual, y prescribirá en el ordenamiento médico diario el manejo que se requiera realizar.*

**Artículo 5.** Adiciónense el párrafo 2º al artículo 15 "Responsabilidad de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC", así:

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 5884 de 2016"

---

**Parágrafo 2:** Las EPS e IPS podrán adelantar auditoría médica a los profesionales de la salud en procura de realizar recomendaciones que conlleven a mejorar la prescripción y atención a los pacientes, sin que como consecuencia de las mismas puedan ejercer acciones de constreñimiento a los profesionales de la salud en virtud de su autonomía profesional, ni retener parcial o totalmente sus honorarios y salarios por la aplicación de glosas entre prestadores, aseguradores y este Ministerio.

**Artículo 6.** Modifíquese el Artículo 16 "Imposibilidad de acceso y registro en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" el cual quedará así:

**Artículo 16. Imposibilidad de acceso y registro en el aplicativo de reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.** Únicamente cuando se presenten circunstancias tecnológicas y aquellas relacionadas con la afiliación e identificación del usuario, que imposibiliten el acceso al aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el profesional de la salud deberá realizar la prescripción mediante el formulario que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin. Si ésta es realizada por un profesional de la salud que pertenece a una Institución Prestadora de Servicios ésta deberá garantizar que dicha prescripción sea enviada y recibida oportunamente por la entidad responsable del afiliado, a través del medio más expedito, máximo dentro de las siguientes 24 horas a la atención médica inicial. En los casos en que el profesional de la salud que prescribe sea independiente, éste será quien realice dicho trámite.

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

**Artículo 7.** Modifíquese el Artículo 19 "Obligación de reportar en el aplicativo las prescripciones", el cual quedará así:

**Artículo 19. Obligación de reportar en el aplicativo las prescripciones.** Cuando por dificultades técnicas de acceso al aplicativo de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o de identificación y afiliación del usuario, de manera excepcional se prescriban servicios o tecnologías mediante el formulario que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin, la entidad responsable del afiliado deberá realizar la transcripción de la prescripción, una vez reciba la copia de dicho formulario, en el módulo del aplicativo dispuesto para ello en un término no superior a 24 horas, de conformidad con lo registrado en el formulario mencionado en el artículo 16 de esta Resolución.

**Artículo 8.** Modifíquese el Artículo 20 "Juntas de Profesionales de la Salud", el cual quedará así:

**Artículo 20. Juntas de Profesionales de la Salud.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se encuentren habilitadas de conformidad con la normativa vigente, deberán conformar una Junta de Profesionales de la Salud en caso de que presten servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, con el fin de aprobar bajo criterios médicos, técnicos y de pertinencia, únicamente aquellas prescripciones de servicios o tecnologías complementarias, de soporte nutricional prescritas en el ámbito ambulatorio, de medicamentos de la lista UNIRS o aquellos reportados por las

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 5884 de 2016"

*Sociedades Científicas a la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.*

**Artículo 9.** Adiciónense dos párrafos al Artículo 21 "De los integrantes de las Juntas de Profesionales de la Salud", los cuales quedarán así:

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

**Parágrafo 2:** *Las Entidades Promotoras de Salud no podrán exigir a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud actas de constitución o integración de sus Juntas, toda vez que las mismas se realizarán con la disponibilidad de personal que exista en dichas Instituciones.*

**Artículo 10.** Modifíquese el Artículo 23 "Criterios de análisis de la Junta de Profesionales de la Salud", el cual quedará así:

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

- 1. Que la condición clínica del paciente se correlaciona claramente con la solicitud efectuada.*
- 2. Que el servicio solicitado no se considere suntuario o cosmético, de acuerdo con el análisis del caso clínico particular.*
- 3. Que la solicitud efectuada se realice y se preste en el territorio colombiano.*
- 4. Que la solicitud realizada esté de acuerdo con la evidencia científica disponible para el caso clínico objeto del análisis.*
- 5. Que el servicio prescrito tenga autorización para su comercialización o realización por la autoridad competente en el país.*
- 6. Que en caso de tratarse de medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los del listado UNIRS, exista el consentimiento informado por parte del paciente o su representante.*
- 7. Que la decisión que toma la Junta de Profesionales es concordante con los criterios jurisprudenciales señalados por la Honorable Corte Constitucional sobre el tema.*
- 8. Realizar de acuerdo con la pertinencia clínica ajustes en cuanto a las cantidades prescritas.*

**Artículo 11.** Modifíquese el Artículo 25 "Contenido del Acta de la Junta de Profesionales de la Salud", el cual quedará así:

*Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta que deberá contener como mínimo:*

- 1. Fecha de elaboración y número de acta.*
- 2. Nombre, tipo y número de identificación del usuario.*
- 3. Diagnóstico con la codificación internacional de enfermedades – CIE 10.*
- 4. Servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los de la lista UNIRS prescrita por el profesional de la salud.*
- 5. Si se trata de un servicio o tecnología complementaria, soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, o medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los del listado UNIRS única o sucesiva.*

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 5884 de 2016"

6. *La justificación médica, técnica y de pertinencia acerca del uso del servicio o tecnología complementaria prescrita.*
7. *La decisión de aprobación, ajustes en las cantidades prescritas o negación adoptada por la Junta.*
8. *Nombre y firma de todos los integrantes de la Junta.*

**Artículo 12.** Modifíquese el Artículo 26 "Comunicación de la decisión y obligación de reportarla", el cual quedará así:

*La IPS responsable de la Junta de Profesionales de la Salud que adoptó la decisión, sin perjuicio del diligenciamiento en físico del acta correspondiente, comunicará a más tardar en 24 horas la decisión adoptada a la entidad responsable del aseguramiento del afiliado por el medio más expedito. La Institución Prestadora de Servicios de Salud, deberá diligenciar en el módulo dispuesto en el aplicativo de prescripción previsto en esta Resolución, dicha decisión ya sea de aprobación, ajuste de acuerdo con el artículo 23 de la presente resolución o negación, para que se genere el respectivo número de prescripción.*

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

**Artículo 13.** Modifíquese el Artículo 29 "Registro en caso de usuarios con fallos de tutela", el cual quedará así:

*Cuando mediante un fallo de tutela se hayan ordenado servicios complementarios o de soporte nutricional de tipo ambulatorio y medicamentos reportados por las Sociedades Científicas o los de la lista UNIRS éstos no requerirán análisis por parte de la Junta de Profesionales de la Salud y deberán ser transcritos por parte del profesional de la salud de la Entidad Promotora de Salud-EPS en el módulo de tutelas del aplicativo dispuesto por este Ministerio.*

**Artículo 14.** Adiciónense dos párrafos al artículo 30 "Garantía del suministro", el cual quedará así:

*Parágrafo 5. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC) bajo ninguna circunstancia podrán exigir al usuario nuevas prescripciones o invalidarlas, en los casos en los cuales las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o proveedores por ella definidos para realizar el respectivo suministro sean distintos.*

*Parágrafo 6. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), así como las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC, deberán garantizar el suministro efectivo a los usuarios de conformidad con sus acuerdos de voluntades, sin que lo anterior resulte en trámites adicionales para el usuario o no suministros sin justa causa.*

**Artículo 15.** Modifíquese el artículo 36 en su numeral 3 y adiciónese el numeral 5 y 6 "Documentos e información específica exigida para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas por el profesional de la salud", el cual quedará así:

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

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 5884 de 2016"

consentimiento informado firmado por el profesional de la salud que prescribió y el paciente o su representante.

5. Cuando se trate de recobros/cobros originados en la prescripción del profesional de la salud por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC prestadas a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, las entidades recobrantes deberán presentar la certificación médica expedida por el médico con especialidad idónea en la materia, según corresponda, en la cual se confirme que el paciente tiene diagnóstico clínico o paraclínico de una enfermedad huérfana por una única vez, previo reporte a este Ministerio por parte de las EPS, del listado de médicos que realizarán dicha certificación.

6. Para demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto, procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC prestadas a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, por parte del FOSYGA o quien haga sus veces, la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales establecidos en el artículo 35 de la presente Resolución, deberá acreditar que el usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se encuentra en el censo que estableció el Decreto 1954 de 2012 o fue reportado a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA.

**Parágrafo.** Lo previsto en los numerales 5 y 6 de este Artículo, serán exigibles a partir del primero (1o) de junio de 2017.

**Artículo 16.** Adiciónense los numerales 6 y 7 al artículo 37 "Documentos e información específica exigidos para la presentación de solicitudes de recobro/cobro originadas en fallos de tutela", el cual quedará así:

6. Cuando se trate de recobros/cobros originados en un fallo de tutela por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC prestadas a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, las entidades recobrantes deberán presentar la certificación médica expedida por el médico con especialidad idónea en la materia, según corresponda, en la cual se confirme que el paciente tiene diagnóstico clínico o paraclínico de una enfermedad huérfana por una única vez, previo reporte a este Ministerio del listado de médicos que realizarán dicha certificación.

7. Para demostrar la existencia de la respectiva obligación y que por lo tanto, procede el reconocimiento y pago de la solicitud del recobro/cobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC prestadas a pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades huérfanas, por parte del FOSYGA o quien haga sus veces, la entidad recobrante además de cumplir los requisitos esenciales establecidos en el artículo 35 de la presente Resolución, deberá acreditar que el usuario a quien se suministró la tecnología en salud no cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se encuentra en el censo que estableció el Decreto 1954 de 2012 o fue reportado a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA.

**Parágrafo.** Lo previsto en los numerales 5 y 6 de este Artículo, serán exigibles a partir del primero (1o) de junio de 2017.

**Artículo 17. Vigencia.** La presente Resolución entra en vigencia a partir de su publicación, modifica los Artículos 4, 9, 10, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 29, 30, 36 ,37 de la Resolución 3951 de 2016 y sus disposiciones entrarán a regir a partir de la fecha dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social como fecha máxima para que todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud implementen la herramienta tecnológica para la prescripción en línea de servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Continuación de la resolución "Por la cual se modifica la Resolución 3951 de 2016 modificada por la Resolución 5884 de 2016"

---

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C., a los

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social