

NOTA EXTERNA**201733200074543**

Bogotá, D.C., 23-03-2017

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD Y PROFESIONALES DE LA SALUD QUE PRESTAN Y PRESCRIBEN TECNOLOGÍAS EN SALUD Y SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC

DE: DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: PRESCRIPCIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC A TRAVÉS DEL APLICATIVO WEB-MIPRES

En la implementación 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, establecido mediante la Resolución 3951 de 2016, se han identificado prácticas e interpretaciones erradas, razón por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social, precisa los siguientes asuntos:

Respecto al procedimiento de acceso

1. La identificación y estado de afiliación de los usuarios es responsabilidad de las EPS.

En el evento en que el profesional de salud no pueda registrar en MIPRES la prescripción de servicios y tecnologías por la no identificación del afiliado o de su aseguramiento, debe hacerlo en el *Formulario de Contingencia* adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social y remitirlo a la EPS. La EPS debe realizar la transcripción del formulario en MIPRES, señalando la causal "Inconsistencia afiliación o identificación" y garantizar el suministro del servicio y tecnología en salud al usuario, en los tiempos definidos en la Resolución 3951 de 2016.

En este caso, no es exigible para las IPS anexar al formato de contingencia soportes adicionales (pantallazo) que evidencien la inconsistencia de afiliación aprobada por MIPRES.

2. Canales de comunicación EPS e IPS

Tanto los aseguradores como los prestadores deben establecer canales de comunicación efectivos, a fin de que haya retroalimentación permanente y oportuna entre sí, respecto al estado de la afiliación, la prescripción y el suministro de servicios y tecnologías en salud.

3. Difusión de la información

Es responsabilidad de las EPS divulgar permanentemente, con sus colaboradores, particularmente, con los que tiene la función de direccionar y atender a los usuarios, el nuevo procedimiento de prescripción y suministro de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. No es

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

viable que el personal de la EPS no conozca el procedimiento o lo interprete erradamente, generando incertidumbre y barreras de acceso a los usuarios.

De igual manera, la EPS tiene la responsabilidad de informar y divulgar permanentemente con sus afiliados, las rutas de atención para la prescripción y suministro de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En desarrollo de esta labor, las EPS deben realizar campañas de actualización de datos de los usuarios para ubicarlos oportunamente e informarles del estado de sus prescripciones o del suministro de los servicios.

4. Registros civiles y certificados de nacidos vivos

Cuando se trate de recién nacidos la prescripción se realizará usando el número del certificado de recién nacido vivo. La información asociada a la madre para que el asegurador la pueda identificar como afiliada a la respectiva EPS se dispondrá mediante el web service de consumo de datos.

5. Planes Adicionales de Salud

Las Entidades Promotoras de Salud – EPS del régimen contributivo pueden tener en cuenta el concepto del profesional de la salud que prescribió una tecnología en virtud de la atención dada por el plan complementario, y de ser necesario en función del principio de complementariedad y concurrencia¹, validar dichas solicitudes e ingresar al usuario por la ruta de atención para brindar los servicios de salud de acuerdo con el modelo de aseguramiento del régimen contributivo², siempre y cuando esos servicios o tecnologías en salud no estén bajo la cobertura del plan complementario, ya que en ese caso la financiación está dada por la cobertura de dicho plan y por lo tanto no deberán ser objeto de recobro ante el FOSYGA.

Respecto al procedimiento de reporte de la prescripción

6. Uso del Formulario de Contingencia

El *formulario de contingencia* adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social, es un mecanismo excepcional para realizar la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y sólo puede utilizarse cuando: 1) No haya energía, 2) No haya internet, 3) MIPRES no funcione o 4) No se pueda identificar el usuario. Una vez diligenciado dicho formulario por el profesional de la salud, la IPS respectiva debe remitirlo a la EPS. Los formularios de contingencia diligenciados NO se deben enviar al Ministerio de Salud y Protección Social.

¹ Tomado de Ley 1438 de 2011 "(...) ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: "Son principios del Sistema General de Seguridad Social en salud:

3.16 COMPLEMENTARIEDAD y CONCURRENCIA. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...)"

² Tomado de la Resolución 6408 de 2016 "(...) ARTÍCULO 3. PRINCIPIOS GENERALES PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC. Los principios generales para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, son:

3. Complementariedad. Las acciones contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deben proveerse de manera articulada con las acciones individuales o colectivas o con programas del SGSSS, financiados con otras fuentes de financiación, así como de sectores distintos al de la salud.

En relación al diligenciamiento:

Es obligación del profesional de la salud diligenciar la totalidad de los campos del formato de contingencia, la IPS antes de remitirla a la EPS deberá certificar la completitud del mismo.

Una vez remitido el formato de contingencia a la EPS de acuerdo con los mecanismos establecidos con la IPS, el mismo no puede ser devuelto a está para su ingreso.

7. Obligatoriedad de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por la UPC en MIPRES

Los profesionales de la salud que de acuerdo con la condición de salud de sus pacientes, deban prescribir servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deben hacerlo en MIPRES; el uso de dicho aplicativo es obligatorio.

8. Responsabilidad de los profesionales de la salud en el diligenciamiento

Los profesionales de la salud son los únicos responsables de la prescripción en MIPRES, por lo tanto no es dable compartir el usuario ni entregar la clave a otra persona, igualmente se requiere el diligenciamiento correcto para evitar devoluciones por formulas mal elaboradas, por lo cual es necesario verificar las dosis y cantidades totales sin que existan datos incoherentes en los cálculos para el suministro del tratamiento.

Las justificaciones que el profesional de la salud realice en MIPRES, deben contener información pertinente y útil; no es viable ni responsable diligenciar los campos de las justificaciones médicas con textos incomprensibles ni caracteres ilegibles.

Sin excepción, todos los procedimientos en salud deben prescribirse utilizando el Código Único de Procedimientos (CUPS). Si el procedimiento que se prevé utilizar no tiene CUPS, el profesional de salud debe informarlo previamente a la respectiva agremiación, para que esta efectúe la nominación en los términos de la Resolución 3804 de 2016.

En relación a la prescripción de insumos, servicios complementarios o cualquier otro tipo de prestación que requiera una especificación especial (Tamaño, talla, marca, entre otros), el profesional de la salud deberá describir lo requerido en el campo de Indicaciones o recomendaciones especiales, lo anterior con el objetivo de que la EPS suministre correctamente lo requerido por el usuario, sin tramites adicionales.

9. Validación de las indicaciones registradas ante el INVIMA

El INVIMA tiene registradas un conjunto de indicaciones para cada producto que pueden tener dos características así: i) corresponder a diagnósticos CIE-10 de forma exacta y/o ii) relacionarse con síntomas específicos, consecuencias clínicas de una patología entre otras circunstancias médicas que no son un diagnóstico taxativo del CIE-10.

Es decir que no es correcto afirmar que si el diagnóstico CIE-10 no está registrado en el producto corresponde a una indicación fuera del registro sanitario. En cualquier caso deberá validarse el punto ii) citado.

En caso de que la información registrada en MIPRES, esto es: Diagnostico CIE -10 y justificación realizada por el profesional de la salud, no sea suficiente para determinar que la indicación registrada ante el INVIMA corresponde a las condiciones clínicas del usuario y por ende no es posible efectuar la validación citada en el

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co

punto ii), la EPS debe solicitar ampliación de la información a la IPS y al profesional de la salud prescriptor, trámite que debe ser efectuado entre las partes, sin involucrar al usuario.

10. Ruta de prescripción y suministro de medicamentos de urgencia clínica: Los medicamentos de urgencia clínica corresponden aquellos que no se encuentran clasificados como vitales no disponibles, ni se encuentran en la tabla de medicamentos de MIPRES. En este sentido, la ruta establecida para efectuar la prescripción de estos medicamentos, es la siguiente:
 - ✓ El profesional de la salud realiza la prescripción manual, en el formato de fórmula médica de la institución o personal, teniendo en cuenta lo definido por el decreto 2200 de 2005. No se puede realizar la prescripción en el formato de contingencia.
 - ✓ Con la fórmula médica, la EPS realiza el trámite de importación ante el INVIMA.
 - ✓ Una vez se obtenga la autorización por parte del INVIMA, la EPS ingresará la información mediante el rol de transcriptor en la opción de Urgencia Clínica.
 - ✓ En todo caso, el ingreso de la información a MIPRES no es condicionamiento para efectuar el suministro al usuario.
11. Ruta de prescripción en MIPRES de donante no efectivo: El donante no efectivo corresponde al usuario, cuyos resultados son negativos en los estudios pretrasplante, por lo tanto la ruta establecida para efectuar la prescripción en MIPRES, es la siguiente:
 - ✓ El profesional de la salud realiza la prescripción manual, en el formato de fórmula médica o aplicativo institucional definido para tal fin. No se puede realizar la prescripción en el formato de contingencia.
 - ✓ Con la fórmula médica e historia clínica, la EPS efectúa el estudio pretrasplante a que haya lugar.
 - ✓ Una vez se obtenga los resultados de los diferentes estudios efectuados, en los cuales se determina que el usuario es un donante no efectivo, la EPS ingresará la información mediante el rol de transcriptor en la opción de donante no efectivo.
12. En relación a la prescripción de medicamentos que corresponden al listado UNIRS o de las Sociedades Científicas, no es dable que el profesional de la salud responda incorrectamente con el objetivo de evitar que dicha prescripción sea analizada por la junta de profesionales de la salud.
13. Transitoriedad del modelo y activación de la red

La EPS no puede exigirle a la IPS que presente la prescripción de servicios y tecnologías en salud en MIPRES, si el prestador no ha iniciado su prescripción en dicho aplicativo.

Una vez la IPS inicie la prescripción por MIPRES no puede devolverse al mecanismo del CTC.

No está permitido que las IPS prescriban simultáneamente por MIPRES y CTC.

La IPS debe verificar que las EPS lo hayan activado dentro de su red de prestadores.

Respecto al procedimiento de análisis y aprobación por parte de la Junta de Profesionales de la Salud

14. No es dable efectuar aprobaciones sin realizar el análisis respectivo, toda vez que es responsabilidad de la junta de profesionales de la salud, analizar cada caso en particular y definir si cumple con los siguientes criterios establecidos en la resolución 3951 de 2016, modificada por la resolución 532 de 2017.

Respecto de la selección del ámbito de atención

15. Es viable que las IPS utilicen el “Ámbito de urgencias”, cuando la misma no tenga contrato con el respectivo asegurador y el usuario, de acuerdo con la instrucción del profesional de la salud, deba permanecer hospitalizado en la institución.
16. El profesional de la salud debe seleccionar el ámbito de atención en el cual se encuentra el usuario, no es dable que por evitar el concepto de la junta de profesionales de la salud se elija otro ámbito de atención.
17. Para la selección del ámbito de atención en prescripciones de pacientes hospitalarios que requieren salida, se debe tener en cuenta lo siguiente:
 - ✓ Cuando corresponde a prescripción de pacientes con egreso hospitalario, se debe seleccionar ámbito ambulatorio priorizado.
 - ✓ En caso de requerirse hospitalización domiciliaria, se debe seleccionar ámbito hospitalario domiciliar. En este caso, quien debe efectuar el plan de manejo de la atención domiciliaria es la IPS hospitalaria. Una vez, el proveedor de dicha atención este realizando la prestación de los servicios y requiera ajustar las prescripciones iniciales, será quien lo efectúe en MIPRES.

Respecto al procedimiento de suministro

18. Las EPS y su red de prestadores no deben negar a los usuarios los servicios y tecnologías en salud prescritas por los profesionales de salud, argumentado: i) las glosas que impone el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, ii) las causas de no entrega total, parcial o diferida previstas en el *Reporte de información de suministro de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC*,
19. Para realizar el suministro de los servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, las EPS y su red de prestadores no deben solicitar a los usuarios copias adicionales a la impresión que genera MIPRES de la fórmula médica, así como tampoco soportes de la aprobación de los conceptos que generen las Juntas Médicas de Profesionales.
20. Los medicamentos, procedimientos, dispositivos, soporte nutricional y servicios complementarios que la EPS deba suministrar a los usuarios en cumplimiento de fallos de tutela, no deben direccionarse a las Juntas de Profesionales de Salud.
21. Las EPS deben remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, en los términos definidos en la Resolución 3951 de 2016, la información del *Reporte de información de suministro de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC*. El objetivo de dicho reporte es conocer las razones por las cuales la EPS no suministró a sus usuarios las tecnologías en salud, así como el suministro efectivo. No son razones de negación.

22. La entrega del *Reporte de información de suministro de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC*, es responsabilidad de la EPS, sin embargo, teniendo en cuenta que las IPS o proveedores tiene la información del suministro, éstas deberá proveer la información a la EPS, previo acuerdo entre las partes. La EPS no puede condicionar el pago de la facturación a la remisión de la información.
23. Los suministros de servicios y tecnologías en salud que se deriven de los CTC no deben registrarse en MIPRES.
24. No es necesario que las IPS o en defecto el usuario, radique el PDF de MIPRES en la EPS para que se realice la entrega del servicio o tecnología.
25. No es dable solicitar cambios de prescripción al profesional de la salud con el argumento de suministrar solo lo que la EPS o sus proveedores de medicamentos tienen en existencias. De igual manera las IPS son responsables de velar por el uso racional de los medicamentos para evitar desperdicios de los mismos.
26. Las EPS deben garantizar con sus proveedores de medicamentos el suministro efectivo a los afiliados, sin que existan devoluciones en los puntos de entrega definidos por el asegurador, por expresión equivalente de las dosis de medicamentos (Ejemplo: tabletas de 500 mg cada 8 horas, equivale a expresiones tales como: 1 dosis cada 8 horas, 1 tableta cada 8 horas, 500 mg cada 8 horas).
27. La disposición de la información que se genera de MIPRES, debe ser consumida por cada uno de los actores del sistema, garantizando la adaptación tecnológica y administrativa para acceder a está. No es dable que las IPS soliciten la información a las EPS aduciendo que no tienen acceso a la información.
28. No es dable involucrar al usuario en trámites administrativos, derivados de la imposibilidad del profesional de la salud de ingresar a la plataforma por no encontrarse activo por la IPS o EPS en la plataforma.

Respecto al procedimiento del recobro

29. La EPS es la entidad responsable de efectuar el recobro ante el FOSYGA.
30. El monto de recursos por concepto de giro directo o giro previo para cada IPS, depende del valor radicado y definido por la EPS.
31. La auditoría integral de recobros se continuará realizando con lo efectivamente suministrado y facturado, si existen diferencias con lo prescrito por el profesional de la salud, siempre y cuando no se exceda en las cantidades prescritas por éste, no será objeto de aplicación de glosa.
32. Los servicios que se presten por complicaciones derivadas de servicios no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, deberán ser relacionadas para efectos del recobro, con el número de prescripción que dio origen a la prestación del servicio.



ALVARO ROJAS FUENTES

Director de Administración de Fondos de la Protección Social

Aprobó: Claudia P.
Proyección: Laura B. Mayra P.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co