

LINEAMIENTO TÉCNICO PROCESO INTEGRAL DE AUDITORÍA TECNOLOGÍAS NO PBS

MARCO NORMATIVO

1. De conformidad con lo establecido en el artículo 44 de la Ley 715 de 2001, corresponde a los municipios “dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción”, para lo cual deben cumplir, entre otras funciones, las de gestionar y garantizar la prestación de servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad, a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, incluida la población afiliada al Régimen Subsidiado de su jurisdicción en lo no cubierto por el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) hoy denominado PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS).
2. La Ley 1122 de 2007, en su artículo 14, establece que las Entidades Promotoras de Salud deben cumplir con las funciones indelegables del Aseguramiento, entendido este como “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario”.
3. El Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 3099 de agosto 19 de 2008 *“Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela”*.
4. El artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012, por medio del cual se modificó el artículo 13 del Decreto 1281 de 2002, señaló:

“ARTÍCULO 111. TÉRMINO PARA EFECTUAR CUALQUIER TIPO DE COBRO O RECLAMACIÓN CON CARGO A LOS RECURSOS DEL FOSYGA:
El artículo 13 del Decreto 1281 de 2002, quedará así:

“Artículo 13. “Término para efectuar cualquier tipo de cobro o reclamación con cargo a recursos del FOSYGA”. Las reclamaciones o cualquier tipo de cobro que deban atenderse con cargo a los recursos de las diferentes subcuentas del FOSYGA se deberán presentar ante el FOSYGA en el término máximo de (1) año contado a partir de la fecha de la generación o

establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda (...)

5. El Ministerio de Salud y Protección Social expidió La Resolución 5395 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social ***"Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA y se dictan otras disposiciones"***.
6. Mediante la Resolución 1479 del 6 de mayo de 2015, modificada por la Resolución 1667 del 20 de mayo de la misma anualidad, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció el *"procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías en salud sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud, suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado"*.
7. El artículo 4º de la norma precitada permite a los Departamentos o Distritos adoptar uno de los dos modelos descritos en los capítulos I y II de la Resolución 1479 de 2015, una vez analizada la situación de salud de cada territorio y las capacidades técnicas, operativas y financieras de la Dirección Territorial de Salud.
8. En el artículo 11 Ibidem, se ordenó que cada Entidad Territorial adopte, mediante Acto Administrativo, el procedimiento para la verificación y control de las solicitudes de pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el POS, que sean provistos por los Prestadores de Servicios de Salud o por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud. Dicho artículo señala, además, que el Acto Administrativo debe incluir los soportes que acompañan la solicitud, el periodo del mes y el lugar donde deberán ser presentadas, el tiempo que tardará la Entidad Territorial en realizar la auditoría y demás elementos necesarios que permitan establecer la obligación del pago.
9. La Secretaría Distrital de Salud, en cumplimiento a lo establecido en el artículo 11 de la Resolución 1479 de 2015, expidió la Resolución 1016 del 01 de julio de 2015, modificadas por la Resolución 1632 del 29 de septiembre 2015, mediante la cual decidió que *"el modelo de Prestación de Servicios y Tecnologías no cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud (NO POS), es el previsto en el capítulo II de la Resolución 1479 de 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, según reglamentación de los artículos 1 a 8 de la Resolución 1016 de 2015, de esta Secretaría Distrital, según el cual estos serán garantizados a través de las redes de prestadores de servicios de salud de las Empresas Promotoras de Salud que tienen afiliados al Régimen Subsidiario de Salud del Distrito Capital."*

10. Mediante la Resolución 2438 del 12 de junio de 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social estableció **“los requisitos y el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, y suministros de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios y se dictan otras disposiciones”**.
11. Teniendo en cuenta la Resolución precitada, la Secretaría Distrital de Salud expidió la resolución 3190 de 2018, **“Por la cual se establece el proceso de acceso, reporte de prescripción y suministro de tecnologías no financiadas por la UPC del Régimen Subsidiado y Servicios Complementarios en el Distrito Capital de Bogotá”** y adopto nuevamente el modelo establecido en el Capítulo II de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, de modo tal que la prestación y el suministro de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, se siguió garantizando a través de las redes de prestadores de servicios de salud o proveedores de las Entidades Promotoras de Salud que tienen afiliados al Régimen Subsidiado de Salud en el Distrito Capital y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de estas tecnologías en salud y servicios complementarios.
12. Posteriormente se expidió la Ley 1955 de 2019 **“Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”**, que en su artículo 231, adicionó el numeral 42.24 al artículo 42 de la Ley 715 de 2001, así:

“ARTÍCULO 42. COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LA NACIÓN. Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

(...)

“42.24. Financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1° de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social”.

13. Los artículos 237 y 238 de la mencionada Ley 1955 de 2019, en sus apartes pertinentes, dispusieron:

“ARTÍCULO 237. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Con el fin de contribuir a la sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud, SGSSS, el Gobierno Nacional definirá los criterios y los plazos para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo. Los servicios y tecnologías en salud objeto de este saneamiento deben cumplir los siguientes requisitos:

- a. Que hayan sido prestados con anterioridad a la entrada en vigor de la presente ley.
- b. Que en los eventos en que se hubieren prestado con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 1753 de 2015, la solicitud de pago se haya presentado dentro de los términos a que hace referencia el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015.
- c. Que la obligación derivada de la prestación del servicio o tecnología no se encuentre afectada por caducidad y/o prescripción.
- d. Que hayan sido prescritos a quien le asistía el derecho, por un profesional de la salud o mediante un fallo de tutela, facturadas por el prestador o proveedor y suministradas al usuario. Para demostrar el cumplimiento de este requisito se podrán utilizar los medios de prueba establecidos en el Código General del Proceso que sean conducentes y pertinentes para acreditar la efectiva prestación del servicio, de acuerdo a la reglamentación que emita el Ministerio de Salud y Protección Social.
- e. Que no se trate de insumos que no observen el principio de integralidad.
- f. Que no se trate de recobros involucrados en investigación por la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y/o la Superintendencia Nacional de Salud.
- g. Que no correspondan a uno de los criterios definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

“Las cuentas de recobro que cumplan los requisitos enlistados podrán ser objeto de reconocimiento y pago por parte de la administradora de los Adres, una vez se cumplan las siguientes condiciones:

“1. Como requisito indispensable la entidad recobrante y la Adres suscriban un contrato de transacción en el que la primera se obligue como mínimo a:

“1.1. Aceptar los resultados producto del proceso de auditoría;

“1.2. Renunciar a instaurar o desistir de cualquier acción judicial o administrativa relacionada con la solicitud de pago elevada;

“1.3. Renunciar expresamente al cobro de cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación sobre las cuentas presentadas, al momento de radicarlas por este mecanismo;

“1.4. No celebrar negocio jurídico alguno asociado a los valores que se reconozcan;

“1.5. Revelar y depurar en sus estados financieros los resultados del proceso de verificación y control (...)”

“ARTÍCULO 238. SANEAMIENTO FINANCIERO DEL SECTOR SALUD EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES. Para efectos de lograr el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, deberán cumplirse las siguientes reglas:

“1. Para determinar las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado, la entidad territorial deberá adelantar el proceso de auditoría que le permita determinar si es procedente el pago.

“En este proceso la entidad territorial verificará que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC hayan sido prescritas por parte de un profesional de la salud u ordenados mediante un fallo de tutela facturadas por el prestador o proveedor y suministradas al usuario, para lo cual deberán acogerse a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del literal d) del artículo anterior.

“Las entidades territoriales deberán adoptar lo dispuesto por la Nación para el proceso de auditoría y posterior pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen contributivo.

“2. No serán objeto de saneamiento las obligaciones caducadas o prescritas, aquellas que correspondan a insumos recobrados sin observancia del principio de integralidad, los cobros o recobros que se encuentren involucrados en investigación por la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y/o la Superintendencia Nacional de Salud o sus referentes territoriales, ni los servicios y tecnologías en salud en los que se advierta alguno de los criterios definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

“3. Las entidades territoriales podrán disponer de las siguientes fuentes de financiación: rentas cedidas, excedentes de las rentas cedidas, saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado en salud, excedentes del Sistema General de Participaciones de Salud Pública, excedentes y saldos no comprometidos con destino a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda del Sistema General de Participaciones, los recursos de transferencias realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) de vigencias anteriores y los excedentes del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (Fonpet) del sector salud financiados con Lotto en línea, sin perjuicio de los usos ya definidos en la ley y del Sistema General de Regalías cuando lo estimen pertinente.

“4. La entidad territorial creará un fondo al cual deberá transferir los recursos mencionados en el anterior numeral para financiar las obligaciones de que trata el presente artículo.

"5. La entidad territorial deberá ajustar su Marco Fiscal de Mediano Plazo en el curso de la vigencia 2019, en lo referente a la propuesta de ingresos y gastos requerido para dar cumplimiento al saneamiento de las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado.

"6. Cuando se trate de servicios y tecnologías en salud prestados con anterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, los recobros por dichos servicios y tecnologías deberán ser radicadas por la Entidad Promotora de Salud ante la entidad territorial, siempre y cuando no hayan prescrito ni caducado, para lo cual tendrán un plazo máximo de nueve (9) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.

"7. Cuando se trate de servicios prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, los cobros por servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC deberán reconocerse a través de los modelos establecidos en el capítulo I y II de la mencionada resolución. Para ello, las Entidades Promotoras de Salud tendrán que trasladar todas las facturas a la entidad territorial, antes del 31 de diciembre de 2019, so pena de entenderse subrogadas en la posición de la entidad territorial.

"8. Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente Ley y hasta el 31 de diciembre de 2019, deberán ser cobrados o recobrados a las entidades territoriales dentro de los seis (6) meses siguientes a su prestación. De lo contrario, no podrán ser objeto del saneamiento dispuesto en este artículo (...)" – Subrayas extratexto-

14. El Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 521 de 2020 "Por el cual 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" el cual, en su artículo 12, en relación con los criterios de verificación de las condiciones de temporalidad de los servicios y tecnologías en salud objeto de saneamiento, estableció lo siguiente:

"Artículo 12 Criterios de verificación de las condiciones de temporalidad de los servicios y tecnologías en salud objeto saneamiento. Para verificar el cumplimiento del requisito establecido en el literal c) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, la ADRES o el tercero que este contrate aplicará los siguientes criterios:

"12.1. Frente a los servicios y tecnologías en salud prestados antes de expedición de la Ley 1753 de 2015:

“12.1.1. Cuando hayan transcurrido más de tres (3) años entre la fecha del último resultado de auditoría de cualquiera de los mecanismos previstos por la ADRES y la fecha de presentación para el saneamiento definitivo, los recobros se entienden prescritos.

“12.1.2 En caso de que no exista resultado de auditoría por parte de la ADRES, y hayan transcurrido más de diez (10) años entre la fecha de prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente y la presentación del recobro para el saneamiento objeto del presente decreto, la misma se entiende prescrita.

“12.2. Para los servicios y tecnologías en salud prestados con posterioridad a la expedición de la Ley 1753 de 2015:

“12.2.1. Cuando hayan transcurrido más de tres (3) años entre la fecha del último resultado de auditoría de cualquiera de los mecanismos previstos por la ADRES y la fecha de presentación para el saneamiento definitivo, los recobros se entienden prescritos.

“12.2.2. Cuando hayan transcurrido más de tres (3) años entre la fecha de prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente y la fecha de la presentación de la solicitud del recobro ante la ADRES, los recobros se entienden prescritos...”

15. El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 618 del 17 de abril 2020 *“Por la cual se reglamenta el literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, para el saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del Régimen Contributivo, modificada en sus artículos 3º, 5º, 7º y 9º por la Resolución 587 del 7 de mayo de 2021.*

16. Conforme lo anterior, los artículos 3º a 9º de la reglamentación hoy vigente del literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, disponen lo siguiente:

“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 financiadas con la UPC se prestaron a quienes les asistía derecho, se verificará que cumplan las condiciones que a continuación se relacionan:

“3.1. Que el usuario se encontraba en estado 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 de 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 encontraba 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 de fallecido o cancelado. Para el efecto se consultará la base de datos de la Registraduría Nacional del 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 (sic) le prestó el servicio o tecnología recobrada al usuario.

“Parágrafo 2. Las entidades que participan en el flujo de 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 que tengan acceso.”

“Artículo 4. Acreditación de que los servicios y tecnologías presentados al proceso de saneamiento fueron prescritos por un profesional de la salud. Para verificar que los servicios y tecnologías no financiadas con recursos a la UPC del Régimen Contributivo hayan sido prescritos por un profesional de salud, se deberán aportar los siguientes documentos o información, teniendo en cuenta la fecha de prescripción del servicio de salud:

“4.1 Si el servicio fue prescrito previo a la entrada en operación de MIPRES la entidad recobrante deberá aportar por lo menos uno de los siguientes documentos:

“4.1.1. La prescripción médica, conforme a lo establecido en el artículo 2.5.3.10.15 y subsiguientes del Decreto 780 de 2016.

“4.1.2. El acta del Comité Técnico Científico (CTC) que deberá estar debidamente firmada por sus integrantes. Si el acta carece de una o más firmas, se adjuntará certificación firmada por el representante legal de la entidad recobrante, en la que, bajo la gravedad de juramento, manifieste que el acta goza de validez dado que corresponde a la sesión realizada por los integrantes autorizados, y que está conforme a la información en ella registrada. Adicionalmente, se podrán aportar las actas aclaratorias de CTC que permitan demostrar la prescripción del servicio o la tecnología no financiada con cargo a la UPC.

“4.1.3. Copia de la historia clínica o epicrisis en la que se evidencie la prescripción del servicio o tecnología en salud.

“4.2. Si el servicio fue prescrito con posterioridad a la entrada en operación de MIPRES, la entidad recobrante deberá informar el número de la prescripción de MIPRES, sin que se requiera aportar documentos adicionales.

“Cuando se trate de servicios complementarios habilitados para la prescripción por parte del médico tratante en la herramienta de prescripción MIPRES, la ADRES o quien esta disponga, validará la existencia del acta de Junta de Profesionales de la Salud registrada en la referida herramienta (...).”

“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 financiado con cargo a la UPC del Régimen Contributivo prestados en cumplimiento de una orden judicial, deberá atender a los siguientes medios de prueba:

“5.1. Si el servicio o tecnología fue prescrito con anterioridad al 1 de abril de 2017, la entidad recobrante deberá presentar copia completa y legible del fallo de la autoridad judicial que dio origen a la prestación del servicio o tecnología en salud o de las actuaciones que evidencien la orden judicial. Cuando se trate de recobros con glosa parcial, la entidad recobrante deberá indicar el número del radicado bajo el cual se aportó el fallo que soportó la prestación. Este mismo medio de prueba se requerirá para los servicios complementarios.

“Si la orden judicial ordena un tratamiento integral, adicional a la copia completa y legible del fallo de tutela, deberá aportar el Formato de integralidad generado en vigencia de la Nota Externa 201433200179423 del 24 de julio de 2014 o el formato de exclusiones que defina la ADRES.

“Cuando se trate de servicios de cuidador con continuidad, la entidad recobrante deberá suministrar y acreditar las condiciones para este tipo de prestación, definidas en la Resolución 1885 de 2018.

“5.2. Si el servicio o tecnología fue prescrito por el profesional de salud a partir del 1 de abril de 2017, la ADRES tomará en cuenta el número de MIPRES que indique la existencia de la transcripción del fallo de tutela por parte del profesional de la salud en la herramienta de prescripción dispuesta por este Ministerio, donde se ordenan los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, con el formato de integralidad diligenciado.

“A partir del número de MIPRES, la ADRES verificará la consistencia de la información del usuario, de la entidad recobrante y del servicio prescrita y recobrada y su conexidad con el fallo de tutela, para lo cual la entidad recobrante deberá aportar copia completa y legible de la providencia de la autoridad judicial que dio

origen a la prestación del servicio o tecnología en salud o de las actuaciones que evidencien la orden judicial.

"En ausencia del diligenciamiento del formato de integralidad de MIPRES o cuando la información requerida en este formato no esté completa, la entidad recobrante podrá aportar el que disponga la ADRES el cual contendrá los mismos campos de información de la herramienta de prescripción.

"Cuando, por circunstancias ajenas a la entidad recobrante, no sea posible aportar la orden de autoridad judicial o esta se encuentre ilegible o incompleta, dicha entidad podrá aportar, según sea el caso, decisiones judiciales que se hayan emitidos en la actuación judicial, tales como las que se profieren en incidentes de desacato, medidas provisionales, aclaraciones o modificaciones del fallo inicial.

"De no contar con la documentación anteriormente referida, podrá presentar notificaciones y requerimientos suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial o el oficial que haga las veces de secretario del despacho judicial. En todos los casos, los documentos que se aporten deberán contener como mínimo: i) la parte resolutive; ii) la autoridad judicial que lo profirió; y iii) el número del proceso. Adicionalmente, deberá aportar certificación del representante legal o el profesional de derecho que este delegue, en la que manifieste las circunstancias que impiden aportar el fallo de tutela completo o legible, según el caso, manifestación que se entenderá efectuada bajo la gravedad del juramento.

"Cuando se trate de servicios y tecnologías excluidas de la financiación con recursos de la salud, suministrados en cumplimiento de una providencia judicial que ordena el tratamiento o manejo integral de un diagnóstico o del usuario, el representante legal de la entidad recobrante, previo aval del profesional de salud adscrito a la EPS, deberá declarar en el formato de trámite de exclusiones que defina la ADRES, como mínimo la concurrencia de los siguientes criterios: (i) que el servicio o tecnología se suministró para mejorar las condiciones de salud del paciente, (ii) que de la historia clínica o algún concepto de los profesionales de la salud se pudo inferir la necesidad de suministrar el servicio o la tecnología, (iii) que existe una clara correlación entre el diagnóstico y el servicio o tecnología excluido, (iv) que el servicio o tecnología excluida no tuvo como finalidad principal un propósito suntuario, estético o cosmético, y (v) que el servicio o tecnología excluido no podía ser sustituido por uno que si se encontrara financiado por los recursos de la salud.

"Parágrafo. Las entidades de los Regímenes Especial y de Excepción, así como del Régimen Subsidiado que en cumplimiento de un fallo de tutela u orden judicial presenten solicitudes ante la ADRES, deberán cumplir con lo dispuesto en el presente artículo, cuando aplique, independiente de la fecha de prestación del servicio o tecnología.

"Artículo 6. Medios de prueba para verificar que los servicios o tecnologías recobrados hayan sido facturados por el prestador o proveedor. Para acreditar que

los servicios o tecnologías no financiadas con cargo a la UPC objeto- del saneamiento definitivo hayan sido facturados por el prestador o proveedor, la entidad recobrante deberá aportar la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor del servicio o tecnología en salud, en donde se especifique:

“6.1. Número de factura o documento equivalente. Cuando exista factura electrónica, se deberá indicar el Código Único de Factura Electrónica -CUFE).

“6.2. El nombre y NIT del Proveedor/Prestador.

“6.3. El nombre y NIT de la entidad recobrante.

“6.4. Nombre, tipo y número de identificación del afiliado al cual se suministró el servicio o tecnología en salud.

“6.5. Código, descripción, valor unitario, valor total y cantidad del servicio o tecnología en salud no financiada con la UPC del régimen contributivo expresada en unidades mínimas de dispensación.

“6.6. Constancia de pago, salvo que se trate de cobros o se aplique lo previsto en el párrafo 2 del presente artículo (...).”

“Artículo 7. Medios de prueba para verificar que el servicio o tecnología se suministró al usuario. Para verificar que los servicios o tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Contributivo se suministraron al usuario, se tendrá en cuenta:

“7.1. Si el servicio fue prestado antes del 1 de abril de 2017, la entidad recobrante deberá (sic) aportar:

“7.1.1. Firma y número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido, cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios sea de tipo ambulatorio

“La firma y número de identificación deberán reposar en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción; en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por los proveedores, los cuales deberán contener como mínimo los siguientes datos: i) nombre y documento de identificación del paciente, ii) fecha de prestación del servicio, suministro o entrega iii) nombre de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario objeto del recobro/cobro.

“7.1.2. Copia del informe de atención de urgencias, epicrisis o historia clínica, cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios

complementarios se haya proporcionado en atención de urgencias, internación u hospitalización

“7.2 Si el servicio o tecnología fue prestado con posterioridad al 1 de abril de 2017, se validará la existencia del suministro en la plataforma MIPRES, respecto de la prescripción origen del recobro.

“Parágrafo 1. La autorización del servicio no homologa el soporte de la evidencia de entrega.

Parágrafo 2. El suministro del servicio o tecnología no financiado con cargo a la UPC se podrá acreditar con la factura de venta o documento equivalente.

“Artículo 8. Medios de prueba para la verificación de la prescripción y la caducidad. Para la verificación de los fenómenos jurídicos que se mencionan en la letra c) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, se tendrán en cuenta los criterios establecidos en el artículo 12 del Decreto 521 de 2020, siendo pertinentes los siguientes medios de prueba, según aplique:

“8.1. Cuando se trate de servicios o tecnologías con resultado de auditoria: copia de la comunicación, mediante la cual se haya informado la no aprobación o aprobación parcial de recobro, producto de la auditoría integral. En el evento en que las entidades recobrantes no aporten copia de la comunicación, se tendrá en cuenta que la información corresponda a la registrada en la base de datos de las ADRES, siempre que la misma se encuentre disponible.

“8.2. Cuando se trate de cuentas radicadas en la ADRES que no cuenten con resultado de auditoria: se tendrá en cuenta la fecha de radicación del recobro ante el proceso pendiente de resultado. Esta condición se validará a través de la constancia de radicación presentada por la entidad recobrante o en su defecto por la información que aparezca registrada en la base de radicación de las ADRES.

“8.3. Cuando se trate de cuentas que no han sido radicadas por ningún mecanismo de recobro ante la ADRES: se tendrá en cuenta la fecha de prestación, entrega o suministro del servicio. Esta condición deberá ser certificada por el representante legal de la entidad contratante.”¹

“Artículo 9. Acreditación de servicios prestados a usuarios con enfermedades huérfanas. Cuando se trate de servicios o tecnologías en salud que hayan sido suministrados a pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante deberá aportar los soportes en los que se evidencie documentalmente que el paciente padecía o padece la enfermedad huérfana, tales como resultados de pruebas diagnósticas, resúmenes de historia clínica, actas o reportes de junta de

¹ La Resolución 618 del 17 de abril 2020, en su artículo 8, contiene dos (2) numerales 8.3, los cuales se transcriben en su integridad.

profesionales de salud y criterios clínicos declarados por uno o mas médicos tratantes, según aplique.

“Los documentos señalados deberán corresponder con las definiciones nosológicas aceptadas por la comunidad científica y los antecedentes registrados en la historia y otros registros clínicos y paraclínicos del paciente.

“La información presentada en los documentos deberá garantizar la consistencia y coherencia respecto de la enfermedad huérfana – rara del usuario y por lo tanto deberá dar cumplimiento con los criterios de calidad, oportunidad, veracidad, confiabilidad y transparencia necesarias para adelantar el proceso de reconocimiento a la ADRES.”

ANTECEDENTES

Durante el proceso de conciliación de cuentas médicas de cobros y recobros, se han identificado las siguientes razones que complejizan el avance del proceso:

1. No aceptación de Tarifa SOAT homólogo.
2. Falta de soportes y demora en la consecución de estos.
3. Presentación de Servicios POS (Ejem. salud mental).
4. Paquete sin detalle o contenido.
5. En respuesta de glosa manifiestan que el soporte se encuentra en el recbro entregado inicialmente o que lo adjuntan en la respuesta de glosa y al verificar no está.
6. No se están cumpliendo con los homólogos planteados y acordados en las reuniones efectuadas con el Médico auditor de las EPS-S y el equipo de auditoria Médica de la SDS.

Posterior a la expedición de la Ley 1955 de 2019, las EPSS, en diferentes reuniones de seguimiento al proceso de auditoría, han solicitado tener en cuenta lo establecido en el artículo 237 de la precitada norma y sus actos reglamentarios, en cuanto al cumplimiento de los requisitos para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud objeto del saneamiento.

El proceso de auditoría integral por parte de la SDS a los cobros y recobros de las tecnologías en salud no cubiertas por la UPC, se viene realizando con fundamento en la normatividad vigente al momento de la prestación del servicio, tanto a lo que ya se había auditado y estaba en proceso de conciliación, como a lo pendiente por auditar.

En virtud de lo anterior, la SDS, mediante sus peticiones del 13 de mayo y del 2 de junio de 2020, le solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social algunas aclaraciones en relación con la aplicación de los requisitos de auditoria contemplados en el artículo 237 de 2019, sin que a la fecha el Ministerio de hubiese pronunciado.

En mesas de trabajo realizadas con las EPSS, estos nuevamente solicitan que se realice la auditoría y conciliación en el marco de lo establecido en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y sus actos reglamentarios, tal y como lo viene realizando la ADRES y teniendo en cuenta, principalmente, los siguientes 3 aspectos:

- El no requerimiento del CTC, como único soporte.
- Que se acepte la firma del paciente en cualquiera de los documentos que la EPSS viene presentando, por ejemplo, en la autorización, independiente de no contar con la fecha de recibido.
- No realizar pertinencia médica a los recobros.

En el marco de lo anteriormente mencionado, la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, solicitó concepto a la Oficina Asesora Jurídica de la SDS, en relación con las solicitudes de las EPSS, quien concluyó lo siguiente:

“La normativa referida, tal como se mencionó, entre otros aspectos señala la necesidad, en primer término, de acogerse a la reglamentación que para tal efecto expiden las autoridades correspondientes, en segundo término de adoptar lo dispuesto por la Nación, para el proceso de auditoría y posterior pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen contributivo; y en tercer lugar, de tener en cuenta un plazo de (9) meses, a partir de la entrada en vigencia de la Ley 1955 de 2019, para que las entidades promotoras de salud, radiquen ante la entidad territorial, los recobros correspondientes.”

La misma regulación de manera expresa, fijó las condiciones que resultan imperativas y por tanto ineludibles, para lograr el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud, no financiadas por la UPC del régimen subsidiado, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

De todo lo expuesto, se colige que no existe controversia frente a la norma a aplicar y el procedimiento a seguir, en torno a cada uno de los interrogantes planteados en su consulta”.

De otro lado, se llevó a cabo reunión con la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, quien manifestó:

- Respecto al tema prescripción y caducidad: Le dan aplicación a lo dispuesto en el artículo 12 del Decreto 521 de 2020 del MSPS, por lo tanto, manifiestan que lo establecido en el numeral 6 del artículo 238, los recobros fueron auditados y reconocidos.

- En cuanto al proceso integral de auditoría, relacionado con el CTC como soporte: Como medio de prueba pueden presentar la orden o fórmula médica o el CTC, lo anterior de acuerdo con lo establecido en la Resolución 618 de 2020 del MSPS.
- En lo relacionado con la pertinencia médica, la ADRES verifica tres aspectos:
 1. Cobertura de la tecnología que no esté incluida en la UPC (NO PBS)
 2. Verificación del artículo 15 de la Ley Estatutaria, usos autorizados por autoridad competente INVIMA.
 3. Pacientes diagnosticados por Enfermedades huérfanas, documentos que den cuenta que efectivamente las personas hayan sido diagnosticadas con la enfermedad huérfana. Crearon formato 7. Certificado de la Entidad Recobrante sobre enfermedades huérfanas.
- En cuanto a la verificación del soporte del suministro: Con anterioridad a la entrada de MIPRES, es válida la factura de venta del proveedor, sin embargo, hacen referencia al párrafo del artículo 7 de la resolución 618 de 2020, en la cual establece "**La autorización del servicio no homologa el soporte de la evidencia de entrega**"

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta el marco normativo y lo enunciado en los acápites anteriores de la gestión realizada por la Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento, en coordinación con la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, en virtud del saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019 y de acuerdo a lo contemplado en el numeral 1 del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, que señala "**Las entidades territoriales deberán adoptar lo dispuesto por la Nación para el proceso de auditoría y posterior pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen contributivo**", esta Secretaria Distrital de Salud realizará el proceso de auditoría integral, reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, prestados a los usuarios del régimen subsidiado del D.C., hasta el 31 de diciembre de 2019 y radicados al FFDS por las EPS, en el marco del Decreto 521 de 2020 modificado por el decreto 1810 de 2020, la Resolución 618 de 2020, modificada por la Resolución 587 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que la modifique o sustituya, no obstante, las entidades deben manifestar expresamente el interés de someter las facturas de cobros/recobros al proceso de saneamiento definitivo, en el formato 1. (manifestación de interés), que forma parte integral de este lineamiento.

DE CONFORMIDAD CON LO ANTERIOR SE ESTABLECE EL SIGUIENTE LINEAMIENTO PARA EL PROCESO INTEGRAL DE AUDITORÍA PARA LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADAS POR LA UPC DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DISTRITO CAPITAL PRESTADOS HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2019 DE LA SIGUIENTE MANERA:

1. **Acreditación de que los servicios y tecnologías en salud presentados al proceso de saneamiento se prestaron quienes les asistía el derecho.** Para verificar que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado se prestaron a quienes le asistía el derecho, se verificará que se cumplan las siguientes condiciones:
 - Que el usuario se encontraba en estado activo en alguna de las EPS que opera en el régimen subsidiado de Bogotá. Para el efecto, se consultará el histórico de la Base de Datos Única de Afiliados: BDUA, LMA, comprobador de derechos de la SDS, para la fecha de prestación del servicio o tecnología NO PBS.
 - Que el usuario no se encontraba en estado fallecido o cancelado, hasta veinticuatro (24) horas después de la fecha de prestación del servicio. Para el efecto se consultará la base de datos de la Registraduría Nacional del 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.

NOTA 1. La SDS validará el estado de afiliación, de acuerdo con la información disponible en la BDUA y en el comprobador de derechos disponible en la SDS.

2. **Acreditación de que los servicios y tecnologías presentados al proceso de saneamiento fueron prescritos por un profesional de la salud.** Para verificar que los servicios y tecnologías no financiadas con recursos a la UPC del Régimen subsidiado hayan sido prescritos por un profesional de salud, se deberán aportar los siguientes documentos o información, teniendo en cuenta la fecha de prescripción del servicio de salud:
 - Si el servicio fue prescrito previo a la entrada en operación de MIPRES de Bogotá D.C, la entidad cobrante/recobrante deberá aportar **por lo menos uno** de los siguientes documentos:
 - La prescripción médica, conforme a lo establecido en el artículo 2.5.3.10.15 y subsiguientes del Decreto 780 de 2016.

- El acta del Comité Técnico Científico (CTC) que deberá estar debidamente firmada por sus integrantes. Si el acta carece de una o más firmas, se adjuntará certificación firmada por el representante legal de la entidad recobranter, en la que, bajo la gravedad de juramento, manifieste que el acta goza de validez dado que corresponde a la sesión realizada por los integrantes autorizados, y que está conforme a la información en ella registrada. Adicionalmente, se podrán aportar las actas aclaratorias de CTC que permitan demostrar la prescripción del servicio o la tecnología no financiada con cargo a la UPC
 - Copia de la historia clínica o epicrisis en la que se evidencie la prescripción del servicio o tecnología en salud.
- Si el servicio fue prescrito con posterioridad a la entrada en operación de MIPRES de Bogotá D.C., la entidad deberá informar el número de la prescripción de MIPRES, sin que se requiera aportar documentos adicionales.

Cuando se trate de servicios complementarios habilitados para la prescripción por parte del médico tratante en la herramienta de prescripción MIPRES, se validará la existencia del acta de Junta de Profesionales de la Salud registrada en la referida herramienta.

NOTA 1: Tratándose de medicamentos incluidos en el listado de Usos No Incluidos en Registro Sanitario - UNIRS, prestados con posterioridad al 1 de enero de 2019, se deberá aportar o registrar el consentimiento informado, el acta de Junta de Profesionales de la Salud o la marcación en la herramienta MIPRES.

NOTA 2: Para efectos de verificar el suministro de servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado prescritos a través de MIPRES, cuya prescripción se haya anulado con posterioridad al suministro, la Secretaría Distrital de Salud verificará la existencia del número de prescripción en la referida herramienta y la prescripción física o la historia clínica o epicrisis.

3. Medios de prueba para presentar cuentas de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado Distrito Capital ordenados por autoridad judicial. Para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiado con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado prestados en cumplimiento de una orden judicial, deberá atender a los siguientes medios de prueba:

- Si el servicio o tecnología fue prescrito con anterioridad al 01 de enero de 2019 la entidad deberá presentar copia completa y legible del fallo de la autoridad judicial que dio origen a la prestación del servicio o tecnología en salud o de las actuaciones que evidencien la orden judicial. Este mismo medio de prueba se requerirá para los servicios complementarios
- Si el servicio o tecnología fue prescrito por el profesional de salud a partir del 1 de enero de 2019, se tomará en cuenta el número de MIPRES que indique la existencia de la transcripción del fallo de tutela por parte del profesional de la salud en la herramienta de prescripción dispuesta por el Ministerio, donde se ordenan los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC o copia completa y legible del fallo de la autoridad judicial que dio origen a la prestación del servicio o tecnología en salud o de las actuaciones que evidencien la orden judicial.

NOTA 1. Si la orden judicial ordena un tratamiento integral, adicional a la copia completa y legible del fallo de tutela, se verificará que la orden médica tenga conexidad con el diagnóstico objeto de la tutela.

NOTA 2. Cuando, por circunstancias ajenas a la entidad cobrante/recobrante, no sea posible aportar la orden de autoridad judicial o esta se encuentre ilegible o incompleta, dicha entidad podrá aportar, según sea el caso, decisiones judiciales que se hayan emitido en la actuación judicial, tales como las que se profieren en incidentes de desacato, medidas provisionales, aclaraciones o modificaciones del fallo inicial.

De no contar con la documentación anteriormente referida, podrá presentar notificaciones y requerimientos suscritos por el secretario del correspondiente despacho judicial o el oficial que haga las veces del secretario del despacho judicial. En todos los casos, los documentos que se aporten deberán contener como mínimo: i) la parte resolutive; ii) la autoridad judicial que lo profirió; y iii) el número del proceso. Adicionalmente, deberá aportar certificación del representante legal o el profesional de derecho que este delegue, en la que manifieste las circunstancias que le impiden aportar el fallo de tutela completo o legible, según el caso, manifestación que se entenderá efectuada bajo la gravedad de juramento.

NOTA 3. Cuando se trate de servicios y tecnologías excluidas de la financiación con recursos de la salud, suministrados en cumplimiento de una providencia judicial que ordena el tratamiento o manejo integral de un diagnóstico o del

usuario, el representante legal de la entidad recobrante, previo aval del profesional de salud adscrito a la EPS, deberá declarar en documento que certifique ante la SDS, como mínimo la concurrencia de los siguientes criterios: (i) que el servicio o tecnología se suministró para mejorar las condiciones de salud del paciente, (ii) que de la historia clínica o algún concepto de los profesionales de la salud se pudo inferir la necesidad de suministrar el servicio o la tecnología, (iii) que existe una clara correlación entre el diagnóstico y el servicio o tecnología excluido, (iv) que el servicio o tecnología excluida no tuvo como finalidad principal un propósito suntuario, estético o cosmético, y (v) que el servicio o tecnología excluido no podía ser sustituido por uno que si se encontrara financiado por los recursos de la salud.

4. Medios de prueba para verificar que los servicios o tecnologías cobrados/recobrados hayan sido facturados por el prestador o proveedor. Para acreditar que los servicios o tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado hayan sido facturados por el prestador o proveedor, la entidad deberá aportar la factura de venta o documento equivalente, expedida por el proveedor del servicio o tecnología en salud, en donde se especifique:

- a) Número de factura o documento equivalente. Cuando exista factura electrónica, se deberá indicar el Código Único de Factura Electrónica - CUFÉ.
- b) El nombre y NIT del Proveedor/Prestador.
- c) El nombre y NIT de la entidad recobrante
- d) Nombre, tipo y número de identificación del afiliado al cual se suministró el servicio o tecnología en salud.
- e) Código, descripción, valor unitario, valor total y cantidad del servicio o tecnología en salud no financiada con la UPC del régimen subsidiado expresada en unidades mínimas de dispensación.
- f) Constancia de pago, salvo que se trate de cobros o se aplique lo previsto en la nota 1 del presente numeral.

NOTA 1. Para aquellos servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado que hayan sido facturados electrónicamente, además de la verificación de los requisitos establecidos en el presente numeral se evaluarán los criterios de la normatividad expedida por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

NOTA 2. Cuando la factura que contiene los ítems presentados no cumpla con lo definido en la letra d) de este numeral, (código, descripción, valor unitario,

valor total y cantidad del servicio o tecnología en salud, expresada en unidades mínimas de dispensación), la entidad recobrante/cobrante deberá aportar el detalle de cargos de la factura y/o documento equivalente y cuando la factura corresponda a compras por mayor, deberá aportar el detalle de los pacientes beneficiarios.

NOTA 3. Cuando se trate de recobros/cobros por medicamentos importados directamente por la entidad recobrante, deberá allegarse copia de la declaración de importación, declaración andina de valor y de la factura del agente aduanero que la entidad recobrante utilizó para la nacionalización del producto. En todo caso, el representante legal de la entidad recobrante deberá certificar el número de la declaración de importación respecto de la solicitud, el afiliado para el cual se realizó la importación del medicamento y la cantidad recobrada. Cuando la entidad recobre los costos asociados a los trámites de importación, estos deberán incluirse en una única solicitud.

5. Medios de prueba para verificar que el servicio o tecnología no financiados con cargo a la UPC se suministró al usuario. Para verificar que los servicios o tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del Régimen subsidiado Distrito Capital se suministraron al usuario, se tendrá en cuenta:

- Si el servicio fue prestado antes del 01 de enero de 2019 (previo a la entrada en operación de MIPRES de Bogotá D.C), la entidad cobrante/recobrante deberán aportar:
- Firma y número de identificación del paciente, su representante, responsable, acudiente o de quien recibe la tecnología, como constancia de recibido, cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicios complementarios sea de tipo ambulatorio.

La firma y número de identificación deberán reposar en la factura de venta o documento equivalente, en la fórmula u orden médica que podrá ser la impresión del reporte de la prescripción: en la certificación del prestador o en el formato diseñado para tal efecto por los proveedores, los cuales deberán contener como mínimo los siguientes datos: i) nombre y documento de identificación del paciente, ii) fecha de prestación del servicio, suministro o entrega iii) nombre de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC o servicio complementario objeto del recobro/cobro.

- Copia del informe de atención de urgencias, epicrisis o historia clínica, cuando la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC del

régimen subsidiado, o servicios complementarios se haya proporcionado en atención de urgencias, internación u hospitalización.

- Si el servicio o tecnología fue prestado con posterioridad al 01 de enero de 2019 (entrada en operación de MIPRES de Bogotá D.C), se validará la existencia del suministro en la plataforma MIPRES, respecto de la prescripción origen del cobro/recobro.

NOTA 1. La autorización del servicio no homologa el soporte de la evidencia de entrega.

NOTA 2. El suministro del servicio o tecnología no financiada con cargo a la UPC se podrá acreditar con la factura de venta o documento equivalente.

6. Criterios a evaluar en la pertinencia médica, Para verificar la pertinencia médica se tendrá en cuenta:

- Cobertura de la tecnología, que no esté incluida en la UPC (NO PBS).
- Verificación de lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

7. Medios de prueba para la verificación de la prescripción y la caducidad. Para verificar que no han ocurrido los fenómenos de prescripción y caducidad de las cuentas médicas presentadas al proceso de cobro/recobro al que se refiere este Manual, se aplicará los siguientes criterios:

Frente a los servicios y tecnologías en salud prestados antes de la expedición de la Ley 1753 de 2015:

- Cuando hayan transcurrido más de tres (3) años entre la fecha del último resultado de auditoria de cualquiera de los mecanismos previstos para el efecto y la fecha de presentación para el saneamiento definitivo, los recobros se entienden prescritos.
- Cuando hayan transcurrido más de diez (10) años entre la fecha de prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente y la presentación del cobro/recobro para el saneamiento, la misma se entiende prescrita.

Para los servicios y tecnologías en salud prestados con posterioridad a la expedición de la Ley 1753 de 2015:

- Cuando hayan transcurrido más de tres (3) años entre la fecha del último resultado de auditoría de cualquiera de los mecanismos previstos para el efecto y la fecha de presentación para el saneamiento definitivo, los recobros se entienden prescritos

- Cuando hayan transcurrido más de tres (3) años entre la fecha de prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente y la fecha de la presentación de la solicitud del cobro/recobro ante la Entidad Territorial, se entienden prescritos.

NOTA: Cuando se trate de cuentas que no han sido radicadas por ningún mecanismo de cobro/recobro ante la SDS: se tendrá en cuenta la fecha de prestación, entrega o suministro del servicio. Esta condición deberá ser certificada por el representante legal de la entidad recobrante.

- 8. Acreditación de servicios prestados a usuarios con enfermedades huérfanas.** Cuando se trate de servicios o tecnologías en salud que hayan sido suministrados a pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas, la entidad recobrante/cobrante deberá aportar los soportes en los que se evidencie documentalmente que el paciente padecía o padece la enfermedad huérfana, tales como resultados de pruebas diagnósticas, resúmenes de historia clínica, actas o reportes de junta de profesionales de salud y criterios clínicos declarados por uno o más médicos tratantes, según aplique.

Los documentos señalados anteriormente, deberán corresponder con las definiciones nosológicas aceptadas por la comunidad científica y los antecedentes registrados en la historia y otros registros clínicos y paraclínicos del paciente.

La información presentada en los documentos deberá garantizar la consistencia y la coherencia respecto a la enfermedad huérfana - rara del usuario y por lo tanto deberá dar cumplimiento con los criterios de calidad, oportunidad, veracidad, confiabilidad y transparencia necesarias para adelantar el proceso de reconocimiento ante la SDS.

- 9. Reglas para determinar el valor a pagar.** Las reglas para determinar el valor a pagar de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios son las siguientes:

- Si el precio de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios a cobrar ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicha tecnología será como máximo la diferencia entre el precio regulado y el valor

calculado para la o las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza (n) o sustituya (n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos del Ministerio de Salud y Protección Social si lo hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en el artículo 2.4.20 del Decreto 780 de 2016 y en el Decreto Distrital 345 de 2008.

Cuando el valor facturado sea inferior al precio máximo definido por la autoridad competente, también se deberán aplicar los descuentos de que trata el presente numeral.

- Si el precio de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios a cobrar no ha sido regulado por la autoridad competente, el valor a reconocer por dicha tecnología será la diferencia entre el pactado contractualmente entre la EPS con la IPS o proveedor y el valor calculado para la o las tecnologías en salud financiadas por la UPC del Régimen Subsidiado del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza (n) o sustituya (n) o el monto del comparador administrativo que señale el listado de comparadores administrativos adoptado por Ministerio de Salud y Protección Social si los hubiere y las cuotas de recuperación, estas últimas según lo dispuesto en el artículo 2.4.20 del Decreto 780 de 2016 y en el Decreto Distrital 345 de 2008.

NOTA 1. El valor del homólogo que no se encuentre en el listado de los comparadores administrativos del MSPS, la SDS lo determinará del promedio SISMED dispuesto en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, así:

- Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por atenciones intrahospitalarias (Urgencias, Hospitalizaciones o Procedimientos médico - quirúrgicos) se tomará la columna de Precio de la referencia COMPRAS en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio. Se obtendrá el valor promedio entre cuatro a cinco referencias, sin tener en cuenta los valores extremos (ni los más bajos ni lo más altos) y el resultado obtenido es el que se debe aplicar como valor del medicamento.
- Para las Tecnologías (Medicamentos) que se originen por atenciones ambulatorias o fórmulas médicas (Extrahospitalaria) se tomará la columna de MAYORISTA Precio de la referencia VENTAS CANAL INSTITUCIONAL en la Tabla del SISMED del Trimestre correspondiente a la prestación del servicio. Se obtendrá el valor promedio entre cuatro a cinco referencias, sin tener en cuenta los valores extremos (ni los más bajos ni lo más altos) y el resultado obtenido es el que se debe aplicar como valor del medicamento.

Se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de la prestación del servicio.

NOTA 2. Cuando el valor de la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios sea menor o igual a la alternativa financiada con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado, no procede el cobro ante la Secretaría Distrital de Salud. La EPS reconocerá al prestador o proveedor el valor de la tecnología correspondiente con recursos de la UPC.

NOTA 3. El valor de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado del mismo grupo terapéutico que lo reemplaza (n) o sustituya (n), o el monto del comparador administrativo para el homólogo, será asumido por la EPS.

NOTA 4. El listado de comparadores administrativos está publicado en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

NOTA 5. En el caso de glosa no conciliada entre el prestador y la Secretaría Distrital de Salud por divergencias conceptuales sobre la clasificación de tecnologías en salud o servicios cobrados financiados con recursos de la UPC del Régimen subsidiado, se acudirá al Comité de Evaluación y Decisión de Divergencias Recurrentes del Ministerio de Salud y Protección Social.

10. Tarifas. Las tarifas a reconocer por la prestación de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado y servicios complementarios, serán las siguientes:

➤ **Medicamentos**

- **Medicamentos regulados:** Se reconocerá el valor de las tarifas establecidas por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos.
- **Medicamentos no regulados:** Se reconocerá el valor facturado por la IPS o proveedor, siempre y cuando esté contractualmente soportado. En caso de no estar pactado contractualmente con la EPS, se determinará de acuerdo con lo establecido en la nota 1 del numeral 9, del presente lineamiento.

➤ **Procedimientos.** Se reconocerá el valor facturado por la IPS, proveedor del servicio médico y/o prestación de salud, siempre y cuando esté contractualmente soportado.

En caso de no estar pactado contractualmente con la EPS, se acudirá a una tarifa promedio del mercado.

- **Insumos y dispositivos médicos.** Se reconocerá el valor facturado por la IPS, proveedor del servicio médico y/o prestación de salud, siempre y cuando esté contractualmente soportado. En caso de no estar pactado contractualmente con la EPS, se reconocerá el valor registrado en la factura de compra más el 12% por gastos administrativos.

NOTA 1. En caso de que las entidades, no estén de acuerdo con la metodología de reconocimiento del valor de los medicamentos, la SDS reconocerá el valor de la factura de compra, la cual se liquidará con un ajuste del 12% sobre el valor registrado en dicha factura.

11. No serán objeto de este proceso integral de auditoria las obligaciones caducadas o prescritas, aquellas que correspondan a insumos recobrados sin observancia del principio de integralidad, los cobros o recobros que se encuentren involucrados en investigación por la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y/o la Superintendencia Nacional de Salud o sus referentes territoriales, ni los servicios y tecnologías en salud en los que se advierta alguno de los criterios definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.
12. Los recobros o las facturas que se encuentren incursos en procesos de demanda no serán sujetos de este proceso de saneamiento.
13. La aplicación de este Manual se hará en concordancia con lo dispuesto en las normas mencionadas en su marco normativo y las demás que las modifiquen, adicionen o deroguen, las cuales, en lo pertinente, también serán aplicables en relación con los aspectos no previstos en estos lineamientos.



ELIANA IVONT HURTADO SEPÚLVEDA
SUBSECRETARIA DE SERVICIOS DE SALUD Y ASEGURAMIENTO

Elaboró: Adriana Ramirez/ Guillermo Sanchez 23/06/2021
Revisó: Cris E. Reyes Gómez/ Juan Carlos Ordoñez/ David Rojas
Aprobó: Sandra Roza Mateus/ Blanca Rodríguez Granados

FORMATO 1**CARTA DE MANIFESTACIÓN DE
INTERÉS**

Yo Xxxxxx xxxxxxxxxxxx con CC xxxxxxxxx, en mi calidad de representante legal de la nombre de la entidad , identificada con NIT manifiesto expresamente mi interés en someter a proceso de saneamiento definitivo los cobros/recobros relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado, conforme a lo previsto en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 – Plan Nacional de Desarrollo 2018– 2022, el Decreto 521 de 2020, la Resolución 618 de 2020. Para el efecto relaciono a continuación las facturas o recobros que pretendo someter al proceso:

CONCEPTO DE LA FACTURA	CANTIDAD	VALOR FACTURAS	VALOR POR EL QUE PRETENDE EL RECONOCIMIENTO DE PAGO
Número de radicado de la SDS o número de factura de la IPS, proveedor o EPS			
Total			

El manifestante acepta que por el hecho de la presentación de las facturas relacionadas la SDS no contrae la obligación de reconocerlas en todo o en parte, pues ello dependerá de lo que finalmente se establezca como resultado del procedimiento de saneamiento.

El interesado, bajo la gravedad del juramento que se entiende prestado con la firma de este formato, manifiesta que: (i) las obligaciones, los recobros o las facturas antes relacionadas no se encuentren involucrados en investigación por la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y/o la Superintendencia Nacional de Salud o sus referentes territoriales; (ii) Que tales obligaciones, recobros o facturas no se encuentran incurso de un proceso de demanda o litigio ante cualquier autoridad judicial o con funciones judiciales.

Firma