

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO****DE 2024****()**

Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial, las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el literal i) del artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, y

CONSIDERANDO

Que, la Seguridad Social es un derecho irrenunciable de todos los habitantes y se caracteriza por ser un servicio público de carácter obligatorio prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, el cual comprende la atención de la salud en la forma que lo determine la ley, a través de la participación de los particulares o entidades públicas con arreglo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, según se desprende de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política.

Que, en virtud de lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, el derecho fundamental a la salud comporta varios elementos y principios esenciales los cuales se interrelacionan; entre estos, la accesibilidad, en tanto los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos en condiciones de igualdad sin que medien limitaciones por discriminación, accesibilidad física o incluso asequibilidad económica, aunado a que el Estado debe disponer por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.

Que, en desarrollo del principio de integralidad de que trata el artículo 8 ibidem, los servicios y tecnologías en salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador; de esta manera, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario, entendiéndose que esta comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada por el médico tratante, en ejercicio de la autonomía médica, amparada por el artículo 17 ibidem.

Que bajo las disposiciones de la Ley 100 de 1993 en el artículo 156 literal f), concordante con el artículo 182 ibidem, se determinó como parte de las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Unidad de Pago por Capitación - UPC - que recibirán las Entidades Promotoras de Salud por cada persona afiliada y beneficiaria para la organización y garantía de la prestación de los servicios y tecnologías previstos con cargo a los recursos que financian dicho valor *per cápita*, la cual se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, de acuerdo con los estudios técnicos de este Ministerio.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)".

Que, la Ley 1955 del 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "*Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*", dispone, en su artículo 240 que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, el cual es fijado anualmente por EPS a través de la metodología que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que, asimismo, el artículo ibidem dispone que las EPS considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores de referencia por tecnología o servicio que se definan por esta cartera ministerial, y deberán remitir la información que se requiera sin que en ningún caso el cumplimiento del presupuesto máximo afecte la prestación del servicio; contemplando, además, la posibilidad de implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo en dicha gestión.

Que, el citado artículo 240 faculta a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES- para ajustar sus procesos administrativos, operativos, de verificación, control y auditoría para efectos de implementar lo allí previsto en relación con el presupuesto máximo.

Que, el artículo 2.6.4.1.3 del Decreto 780 de 2016 adicionado por el Decreto 2265 de 2017, determinó que hace parte del objeto de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- adoptar y desarrollar los procesos y acciones para el adecuado uso, flujo y control de los recursos en los términos señalados en la Ley 1753 de 2015, en desarrollo de las políticas y regulaciones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, estando facultada para adoptar mecanismos y especificaciones técnicas para los diferentes procesos asociados a la administración de los recursos de que trata el artículo mención.

Que, los recursos definidos por el presupuesto máximo para los regímenes contributivo y subsidiado pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se destinan a financiar los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC, que no hacen parte de las exclusiones expresas del sistema, en virtud de los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, y deberán gestionarse por las EPS o Entidades Adaptadas -EA- como responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud, propendiendo por la eficiencia del gasto asociado a dichas prestaciones, sin que puedan destinarse o utilizarse para fines diferentes de los previstos en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019.

Que, mediante la Resolución 205 de 17 de febrero de 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social fijó las disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, así como también adoptó la metodología para definir dicho presupuesto.

Que, a través de la Resolución 586 de 7 de mayo de 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social sustituyó lo dispuesto en la Resolución 205 de 2020, salvo la metodología adoptada en la misma, determinado las disposiciones regulatorias en cuanto a la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y no excluidos de la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-.

Que, la Resolución 1341 de 31 de agosto de 2021, modificó el artículo 17 de la Resolución 586 de 7 de mayo de 2021 para establecer una medida transitoria que permitiera que los costos que superaran el valor fijado como ingreso del presupuesto máximo, no fueran tenidos en cuenta para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

Que, con la expedición de la Resolución 1139 de junio 30 de 2022 de este Ministerio, publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022, se sustituyó la Resolución 586 de 2021, excepto, la metodología adoptada en la Resolución 205 de 2020; y se establecieron las disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no cubiertos con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Que a partir de las Resoluciones 205 de 2020, 586 de 2021 y 1139 de 2022, este Ministerio fijó el presupuesto máximo de los últimos cuatro años desde la implementación del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, previendo cálculos parciales, provisionales y definitivos, para lo cual desarrolló en cada anualidad la metodología que permitía definir el presupuesto máximo por asignar a cada una de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- de los regímenes contributivo y subsidiado y demás Entidades Adaptadas -EA-.

Que la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 designada por la Sala Plena de la Corte Constitucional, profirió el Auto 2881 de 2023 en seguimiento a las ordenes vigésimo primera y vigésimo segunda en relación con la suficiencia del presupuesto máximo para cubrir la prestación de servicios de salud no cubiertos con recursos de la UPC, y ordenó a este Ministerio la creación de una metodología unificada aplicable para el proceso de fijación a partir del año 2025.

Que en el referido Auto 2881 de 2023, la Corte determinó que la metodología unificada debe observar los siguientes parámetros, i) establecer los plazos máximos de reconocimiento de los presupuesto máximo en cada vigencia fiscal, así como sus reajustes, ii) proferir la metodología de cálculo del presupuesto máximo del año siguiente antes de que inicie la vigencia a la que corresponde en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, iii) la posibilidad de partir del valor histórico consolidado de los presupuesto máximos para efectuar los cálculos del año que inicia, si no cuenta con la información completa y de calidad del periodo inmediatamente anterior, como lo ha efectuado en años anteriores, iv) la necesidad de establecer los plazos máximos para desembolsar los presupuesto máximos y los reajustes, una vez reconocidos, v) regular los plazos dentro de los cuales la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud deberá proferir las recomendaciones sobre los ajustes definitivos del Presupuesto Máximo de cada vigencia, y vi) la nueva metodología debe ser aplicada al proceso de fijación de los PM correspondientes al año 2025.

Que según lo previsto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 el reconocimiento del presupuesto máximo se define anualmente por Entidad Promotora de Salud - EPS y Entidad Adaptada - EA, lo cual conlleva a prever que la metodología por naturaleza tenga un enfoque dinámico cuya explicación se encuentra en el continuo crecimiento y las actualizaciones de financiamiento de los servicios y tecnologías que ingresan al país, así como las condiciones de salud y el perfil epidemiológico de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las posibles compras centralizadas de medicamentos para patologías específicas, la evaluación continua de los ajustadores del modelo predictivo así como la proyección del uso de los servicios y tecnologías ordenados por el médico tratante o por orden judicial, el comportamiento de las enfermedades huérfanas, la imprevisibilidad de eventos en salud pública que impactan en la asignación de recursos, entre otros aspectos técnicos que requieren de seguimiento a través de las diferentes fuentes de información para el estudio, principalmente, de los registros en los módulos de prescripción, suministro y facturación de MIPRES bajo las disposiciones de la Resolución 740 de 2024.

Que en este sentido se hace necesario ajustar las disposiciones que rigen el presupuesto máximo asignado a las Entidades Promotoras de Salud - EPS y Entidades Adaptadas - EA para la financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- y no excluidas de la financiación con recursos públicos

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

asignados a la salud, con el fin de establecer las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco bajo el cual debe desarrollarse el presupuesto máximo; y en general las directrices que deben observarse para la asignación y seguimiento de los recursos.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación en los regímenes contributivo y subsidiado de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- y no excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud en los componentes de procedimientos de salud, medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales - APME- y servicios complementarios en los términos previstos en este acto administrativo, así como las directrices que deben observarse para la asignación y seguimiento de los recursos.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. La presente resolución aplica a las Entidades Promotoras de Salud – EPS – de los regímenes contributivo y subsidiado y Entidades Adaptadas – EA –, a los Prestadores de Servicios de Salud -PSS –, Proveedores de Tecnologías en Salud -PTS-, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES-, y a los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.

Artículo 3. Definiciones. Para efectos de aplicar las disposiciones contenidas en la presente resolución, se adoptan las siguientes definiciones:

- 3.1. **Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME–:** productos para soporte nutricional diseñados y elaborados para administración por vía oral o por sonda, con el fin de brindar soporte nutricional total o parcial a personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales y capacidad limitada, deficiente o alterada para ingerir, digerir, absorber, metabolizar o excretar alimentos normales o determinados nutrientes o metabolitos de los mismos, o que por sus condiciones médicas necesiten otros nutrientes específicos, y cuyo manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional.
- 3.2. **Auditoría Especial:** Tiene como propósito: i) verificar aspectos en salud, jurídicos y financieros de los servicios complementarios; a través del comportamiento de las prescripciones efectuadas por los profesionales de la salud, el suministro y facturación de los servicios y tecnologías en salud en la herramienta MIPRES y su consistencia con las unidades de medida que permitan cuantificar y parametrizar la información reportada por la Entidad Promotora de Salud – EPS – y Entidad Adaptada – EA –, para la toma de decisiones en cuanto a valores de referencia y ii) garantizar el cumplimiento de los requisitos esenciales y específicos que defina la ADRES, determinando la viabilidad de la inclusión en la información para el cálculo del presupuesto máximo. iii) prevenir y mitigar la ocurrencia de fraude en el uso de los recursos disponibles para la atención en salud de presupuestos máximos y iv) velar por el adecuado cumplimiento de la normatividad vigente y regulaciones aplicables a presupuestos máximos.
- 3.3. **Cantidad:** número de unidades reportadas por los diferentes actores en la plataforma MIPRES en los módulos de prescripción, suministro y facturación.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

- 3.4. **Entidades Promotoras de Salud – EPS – y Entidades Adaptadas – EA – de origen:** es la EPS o EA desde la cual un afiliado se traslada a otra.
- 3.5. **Entidades Promotoras de Salud – EPS – receptora:** es la EPS que recibe al afiliado proveniente de una EPS o EA de origen.
- 3.6. **Forma farmacéutica:** preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Entre sus formas farmacéuticas se encuentran jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos; entre otras.
- 3.7. **Precio máximo de venta -PMV –:** es el establecido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos -CNPMDM-, de conformidad con lo previsto en la Circular 18 de fecha 13 de marzo de 2024, la norma que la modifique o sustituya.
- 3.8. **Presupuesto máximo:** mecanismo de financiación de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC, ni excluidos de la financiación con recursos públicos de la salud, ni servicios por concepto de salud pública, compra centralizada o financiados con otras fuentes, el cual corresponde al reconocimiento de un valor anual calculado, en aplicación de la metodología adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social bajo las reglas previstas en esta Resolución, que la ADRES transfiere a las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y Entidades Adaptadas -EA-, para que estas realicen gestión y garanticen a sus afiliados la prestación del derecho fundamental a la salud.
- 3.9. **Proceso de recobro/cobro:** trámite desarrollado por la ADRES en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 740 de 2024, o la norma que la modifique o sustituya.
- 3.10. **Servicios complementarios:** servicio o tecnología que, si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso está relacionado con promover el mejoramiento de la salud o prevenir la enfermedad. Comprende: i) servicio: organización y personal destinados a cuidar intereses o satisfacer necesidades del público o de alguna entidad oficial o privada, y ii) tecnología: conjunto de técnicas, instrumentos y procedimientos industriales que permiten el aprovechamiento práctico del conocimiento científico de un determinado sector o producto.
- 3.11. **Servicios y tecnologías en salud suministradas no reportadas o aún no conocidas:** corresponde a aquellos servicios y tecnologías en salud que fueron suministrados y no han sido reportados en la herramienta MIPRES durante la vigencia de ocurrencia de la prestación; u obligaciones pendientes aún no conocidas.
- 3.12. **Valor reportado:** cifra que corresponde al valor registrado por los diferentes actores en la plataforma MIPRES en los módulos de suministro y facturación sin las validaciones de información que se indiquen en la metodología.
- 3.13. **Valor reconocido por presupuesto máximo:** valor total que resulta de la aplicación de la metodología adoptada en cada vigencia para la fijación del presupuesto máximo para cada Entidad Promotora de Salud – EPS – y Entidad Adaptada – EA –.

Artículo 4. Responsabilidades. Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, procedimientos de salud y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, Entidades Adaptadas -EA-, Prestadores de Servicios de Salud -PSS, Proveedores de Tecnologías en Salud -PTS y la ADRES, deberán:

4.1. Entidades Promotoras de Salud – EPS – y Entidades Adaptadas –EA –

- 4.1.1. Garantizar en forma integral los servicios y tecnologías en salud financiados con cargo a los recursos de la UPC y del presupuesto máximo, para lo cual dispondrán de modelos de atención y gestión, y adoptarán en conjunto con los actores del sistema el protocolo clínico de atención o las guías de práctica clínica que disponga este Ministerio. En caso de no estar al menos uno de estos documentos disponible,

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

desarrollarán guías de práctica clínica o protocolos de atención basadas en la evidencia nacional e internacional.

Los servicios y tecnologías en salud deben ser garantizados de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante, absteniéndose de limitar, restringir o afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud, en virtud de lo dispuesto en el artículo 53 de la Ley 1438 de 2011 en concordancia con el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015.

4.1.2. Administrar, organizar, gestionar y prestar el conjunto de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC y presupuesto máximo, considerando para el pago el respectivo mecanismo de financiación a través de su red integral e integrada territorial de salud.

4.1.3. Realizar el seguimiento, monitoreo y auditoría a su red integral e integrada territorial de salud y demás proveedores de servicios de salud con miras a garantizar la atención integral de sus afiliados, de conformidad con los acuerdos de voluntades que haya concertado.

4.1.4. Garantizar que las actividades y procesos propios del servicio farmacéutico, que implique servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo al presupuesto máximo, se realicen bajo las condiciones y criterios definidos por la normatividad vigente, y que su funcionamiento se ajuste a la habilitación, autorización y vigilancia por la autoridad competente para tal fin.

Cuando un establecimiento farmacéutico, entidad o persona (entiéndase bajo esta denominación incluidos los operadores logísticos y los gestores farmacéuticos) realice cualquier actividad o proceso propio del servicio farmacéutico, deberá cumplir las disposiciones del Capítulo 10 del Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo correspondiente, o según la norma que lo modifique o sustituya.

4.1.5. Garantizar todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de los servicios y tecnologías en salud financiados con cargo al presupuesto máximo, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, en virtud de la integralidad en la prestación de los servicios establecida en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015.

4.1.6. Independiente del proceso administrativo en que se encuentre la Entidad Promotora de Salud – EPS – o Entidad Adaptada – EA –, esto es, intervenida en vigilancia especial, para administrar o liquidar deberá realizar con celeridad, oportunidad, calidad y coherencia los reportes en los módulos de prescripción, suministro y facturación de la herramienta MIPRES bajo las disposiciones de la Resolución 740 de 2024 o la norma que la adicione, modifique o sustituya, garantizando el cierre de todos los módulos.

4.1.7. Considerar la regulación de precios definidos por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos -CNPMDM, y los valores de referencia por tecnología o servicio definidos por este Ministerio.

4.1.8. Gestionar los recursos del presupuesto máximo a través de mecanismos que propendan por evitar la superación del recurso, administrando conjuntamente los

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

servicios y tecnologías en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, gestionando integralmente los riesgos y fortaleciendo los mecanismos de negociación.

4.2. Prestadores de Servicios de Salud -PSS- y los Proveedores de Tecnologías en Salud -PTS-

4.2.1. Realizar el registro y reporte de la prescripción, suministro y facturación con celeridad, oportunidad y calidad en los módulos de la herramienta tecnológica MIPRES según les corresponda, conforme con los tiempos estipulados en la normatividad vigente o pactados en los acuerdos de voluntades, en virtud de lo establecido en la Resolución 740 de 2024 y la norma que la modifique o sustituya, independiente del proceso administrativo en que se encuentre la Entidad Promotora de Salud – EPS o la Entidad Adaptada – EA, esto es, intervenida en vigilancia especial, para administrar o liquidar.

4.3. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-

4.3.1. Adelantar los procesos de auditoría, verificación, control y monitoreo conforme lo previsto en este acto administrativo y sin perjuicio de los aspectos que deban ser definidos por la ADRES.

4.3.2. Realizar en los plazos previstos en esta resolución, la transferencia de los recursos del presupuesto máximo a las Entidades Promotoras de Salud – EPS y a las Entidades Adaptadas -EA-, de conformidad con el reconocimiento efectuado a través del acto administrativo en firme expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

4.3.3. Ajustar los procesos administrativos y operativos para la verificación, control, monitoreo y auditoría, de manera que se desarrolle un trámite específico para los recursos del presupuesto máximo.

4.3.4. Promover la transparencia en relación con el flujo de recursos de presupuesto máximo, publicando información de consulta para los actores del sistema y otros agentes interesados.

4.3.5. Participar en los grupos técnicos de trabajo cuando sea requerido por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, con el fin de apoyar técnicamente la discusión de los temas que la misma considere en materia de presupuesto máximo.

4.3.6. Reconocer y pagar mediante el procedimiento de recobro/cobro los servicios y tecnologías de que trata el artículo 22 de este acto administrativo.

4.3.7. Reportar a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, a 31 de diciembre de la vigencia, los casos que fueron reconocidos por esta entidad por concepto de recobro/cobro.

4.3.8. Las demás que correspondan a la naturaleza de la entidad de conformidad con lo previsto en la Ley 1753 de 2015, concordante con el Decreto 1429 de 2016, modificado por los Decretos 546 y 1264 de 2017, el Decreto 2265 de 2017 y demás normas relacionadas.

Parágrafo. Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de las responsabilidades a cargo de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, previstas en el artículo 4 de la Resolución 740 de 2024 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

Artículo 5. Medidas para prevenir que se sobrepase el presupuesto máximo. En aras de no sobrepasar el presupuesto máximo, las Entidad Promotora de Salud – EPS y la Entidad Adaptada – EA, deberán como mínimo:

- 5.1. Gestionar modelos de atención, formas de contratación soportadas en sus respectivas notas técnicas y conformación de redes de prestación de servicios de salud.
- 5.2. Diseñar guías o protocolos en forma conjunta con las redes de prestación de servicios de salud o prestadores de servicios de salud.
- 5.3. Considerar los valores de referencia en los acuerdos de voluntades.
- 5.4. Contestar de forma oportuna las acciones judiciales, solicitando, aportando y contradiciendo las pruebas, suministrando los informes requeridos por el juez y cuando proceda, vincular a los terceros que deban satisfacer el derecho, además de impugnar la decisión y solicitar la revisión ante la Corte Constitucional cuando se considere pertinente. En ejercicio de estas actuaciones será necesario ilustrar y dar claridad al juez sobre los servicios y tecnologías en salud que requiere el paciente, así como de las exclusiones del Sistema en virtud del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, o respecto de aquellos casos en que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud.
- 5.5. Priorizar, en conjunto con los prestadores de servicios en salud, la prestación de los servicios y tecnologías en salud con recursos de la UPC, de conformidad con primeros usos, evidencia científica, guías, protocolos, rutas de atención y posicionamiento terapéutico, entre otros. En todo caso, se priorizará el uso de la mejor opción terapéutica para el paciente.

Parágrafo 1. Los actores del sistema de salud deberán considerar los valores de referencia que harán parte del documento metodológico. Así mismo, las Entidad Promotora de Salud – EPS y la Entidad Adaptada – EA deberán prever los ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el presupuesto máximo no se supere.

Parágrafo 2. Los actores del sistema de salud deberán coadyuvar en acciones para la no superación del presupuesto máximo, sin afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud que efectivamente requiera el paciente. Se deberá evaluar la efectividad de las tecnologías; así como la relación beneficio-riesgo y costo efectividad de estas.

CAPÍTULO II METODOLOGÍA, VALOR, GIRO Y EVALUACIÓN DEL PRESUPUESTO MÁXIMO

Artículo 6. Contenido metodológico marco del presupuesto máximo. Mediante documento técnico que hará parte integral de los actos administrativos de asignación del recurso, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará de manera previa al inicio de cada anualidad la metodología sobre la cual se fija el presupuesto máximo a entregar a las Entidades Promotoras de Salud –EPS– del régimen contributivo y subsidiado y a las Entidades Adaptadas –EA–, previendo la forma en que se desarrollará cuando proceda, la redistribución y recálculo del recurso que señala el artículo 9 de este acto administrativo.

La metodología adoptada mediante el documento técnico deberá contener como mínimo lo siguiente:

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

6.1. La información histórica de la herramienta MIPRES respecto de los servicios prestados, conforme se precisa a continuación.

- Año de cálculo: corresponde a la vigencia en la que se realiza la evaluación, análisis y cálculo.
- Periodo de información: corresponde a los servicios prestados al 31 de diciembre de la vigencia anterior a la que se efectúa la evaluación, análisis y cálculo del presupuesto máximo, con fecha máxima de suministro efectivo al 31 de diciembre y fecha máxima de cierre del ciclo de suministro al 31 de marzo.
- Vigencia de reconocimiento: corresponde al año para el cual se asigna el recurso.

6.2. Ajustador de servicios y tecnologías en salud suministradas sin reportar al corte del periodo de información.

6.3. La forma en que deberá realizarse el cálculo en eventos por traslados y asignación de afiliados cuando procedan.

6.4. El resultado de las auditorías adelantadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-.

6.5. La forma en que se realizará el proceso de calidad de los datos, describiendo las causales bajo las cuales será depurada la información de análisis según criterios de consistencia, oportunidad y cobertura.

6.6. Los valores de referencia a través de un listado de servicios y tecnologías en salud que reflejará el comportamiento de los valores reconocidos según la información reportada en MIPRES, aplicando métodos de análisis de datos.

6.7. Los precios regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos — CNPMDM de los servicios y tecnologías en salud, cuando corresponda.

6.8. El cálculo de medidas, tales como tasas de crecimiento, ponderaciones, diferencias, entre otras, que reconozcan las tendencias del comportamiento histórico, la actualización de los servicios y tecnologías en salud, el IPC, así como los posibles diferenciales determinados según las particularidades de la población, el aseguramiento, los regímenes en salud y la prestación de los servicios en salud

6.9. La aplicación de las definiciones contenidas en este acto administrativo.

Parágrafo 1. La asignación del recurso por presupuesto máximo deberá ser considerada por los actores del SGSSS al momento de suscribir los acuerdos de voluntades para la contratación de los servicios y tecnologías no financiados con recursos asignados a la UPC o excluidos explícitamente del pago con recursos públicos asignados a la salud.

Parágrafo 2. Al no contarse con el resultado de la auditoría en los tiempos previstos en este acto administrativo por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, el Ministerio de Salud y Protección Social, excepcionalmente, asignará el presupuesto máximo por toda la vigencia con la información disponible aplicando los lineamientos de la metodología conforme los criterios de este acto administrativo.

Parágrafo 3. En todo caso, el Ministerio podrá realizar validaciones con la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN-, revisando la congruencia entre el módulo de facturación de MIPRES y la facturación electrónica bajo las exigencias del artículo 616-1 del

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

Estatuto Tributario y demás normatividad expedida por dicha autoridad administrativa. Una vez entre en operación la facturación electrónica en materia de salud, la metodología podrá incluir las revisiones y cotejos respectivos, según lo dispuesto en la Resolución 2275 de 28 de diciembre de 2023, modificada por las Resoluciones 558 y 1884 2024 de este Ministerio, y las normas que las sustituyan o modifiquen.

Parágrafo 4. Para los medicamentos con indicación específica y única para el tratamiento de enfermedades huérfanas-raras, el corte de información que se tendrá en cuenta será el registrado en la herramienta MIPRES con la información disponible en el módulo del cierre de suministro del año de evaluación, análisis y cálculo.

Artículo 7. Valor del presupuesto máximo anual. El presupuesto máximo para cada vigencia y por cada Entidad Promotora de Salud –EPS– o Entidad Adaptada –EA–, corresponderá al valor resultante de aplicar la metodología prevista en el documento técnico señalado el artículo 6 de esta resolución, cuyo resultado se establecerá con anterioridad al inicio del año de su aplicación, mediante acto administrativo.

Parágrafo. El reintegro de recursos procederá en cualquier momento bajo lo previsto en la Resolución 1716 de 2019, modificada por la Resolución 995 de 2022, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Artículo 8. Giro del valor anual asignado en aplicación de la metodología del presupuesto máximo. La Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud -ADRES- transferirá a las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y a las Entidades Adaptadas -EA- los recursos del presupuesto máximo, previa disponibilidad presupuestal, de forma mensual dentro de los quince (15) primeros días calendario del respectivo mes.

La transferencia del primer mes podrá realizarse en los últimos diez (10) días calendario del mes siguiente a la firmeza de la resolución que fija el presupuesto máximo.

De recurrirse por parte de las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o de las Entidades Adaptadas -EA- el acto administrativo por el cual se fija el presupuesto máximo, la transferencia que corresponda se realizará dentro de los quince (15) primeros días calendario del mes siguiente a su ejecutoria.

Parágrafo 1. La ADRES definirá e implementará el proceso para realizar la transferencia de los recursos y comunicará a este Ministerio mensualmente el presupuesto máximo girado a cada Entidad Promotora de Salud -EPS- y a cada Entidad Adaptada -EA-.

Parágrafo 2. La ADRES se abstendrá de efectuar el reconocimiento de presupuesto máximo a entidades que se encuentren en intervención forzosa administrativa para liquidar, siempre y cuando, se haya materializado el traslado de los afiliados a la entidad receptora.

Parágrafo 3. De conformidad con la postulación de giro que realicen las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las Entidades Adaptadas -EA-, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES— girará directamente a los Prestadores de Servicios de Salud -PSS- y Proveedores de Tecnologías en Salud -PTS-, los recursos asignados por presupuesto máximo de acuerdo con lo señalado en los artículos 2.6.4.3.1.3.2, 2.6.4.3.5.1.8 y 2.6.4.3.5.1.9. del Decreto 780 de 2016, modificado y adicionado por el Decreto 489 de 2024, o las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Parágrafo 4. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las Entidades Adaptadas -EA- deberán reportar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES— en un término no mayor a quince (15) días calendario, contados a partir de la transferencia de los recursos del presupuesto máximo, los montos que fueron girados a los prestadores y proveedores de los servicios y tecnologías en salud financiados

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

con tales recursos; esta información deberá reportarse en los términos que la ADRES establezca para el efecto y será publicada de manera mensual por dicha administradora.

Artículo 9. Redistribución y recálculo del presupuesto máximo. El presupuesto máximo establecido anualmente para cada Entidad Promotora de Salud – EPS – y Entidad Adaptada –EA– será objeto de redistribución y recálculo en la vigencia de reconocimiento, siempre y cuando ocurran los siguientes eventos:

9.1. Traslados y/o asignación de afiliados. Finalizando cada vigencia de reconocimiento se determinará el valor reconocido para servicios y tecnologías de presupuesto máximo asignado redistribuyendo entre las EPS o EA el valor correspondiente por motivo de traslados y/o asignación de afiliados ya sea por retiro o liquidación voluntaria, revocatoria de la habilitación o de la autorización o intervención forzosa administrativa para liquidar una EPS o EA, según se determinará en la metodología del presupuesto máximo adoptada para cada anualidad.

La Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones del Ministerio de Salud y Protección Social suministrará a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud el listado de afiliados trasladados, de acuerdo con la BDUA disponible a corte de 31 de octubre.

9.2. Otras fuentes de financiación. Cuando durante el año de ejecución del recurso se establezcan servicios y tecnologías en salud financiados con una fuente de financiación diferente al presupuesto máximo asignado, se recalculará el valor de manera proporcional descontando del presupuesto faltante por liquidar teniendo en cuenta la fecha de entrada en vigor de la fuente de financiación prevista para el efecto.

Parágrafo. Lo dispuesto en este artículo no requiere acto administrativo y para el efecto, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud informará mediante oficio a la ADRES los eventos aquí señalados con el fin de realizar un proceso de compensación el cual consistirá en la redistribución y recálculo de los recursos según corresponda.

CAPÍTULO III INFORMACIÓN PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO

Artículo 10. Obligados a reportar información. La Entidad Promotora de Salud -EPS- o Entidad Adaptada -EA-, Prestadores de Servicios de Salud -PSS- y Proveedores de Tecnologías en Salud -PTS- deberán garantizar la calidad, oportunidad y confiabilidad de los registros reportados en la herramienta MIPRES conforme lo dispuesto en la Resolución 740 de 2024 de este Ministerio o la norma que la modifique o sustituya.

Sin perjuicio de lo anterior, deberán remitir la información adicional que determine la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio o la ADRES a través de requerimiento de acuerdo con la estructura que se establezca.

Parágrafo 1. En cualquier momento podrán requerirse los soportes asociados a cada una de las facturas generadas y radicadas por las prestaciones suministradas, según corresponda, en los términos que exige la DIAN en aplicación el artículo 616-1 del Estatuto Tributario. Con la entrada en operación de la facturación electrónica en materia de salud, se observará lo dispuesto en la Resolución 2275 de 28 de diciembre de 2023, modificada por las Resoluciones 558 y 1884 2024 de este Ministerio, las normas que las sustituyan o modifiquen.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

Parágrafo 2. Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información serán responsables por la omisión y la falta de calidad, cobertura, oportunidad, pertinencia, fluidez y transparencia de la información suministrada y podrán ser objeto de investigación administrativa sancionatoria por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos previstos en la Ley 1438 de 2011, modificada por la Ley 1949 de 2019, y demás disposiciones que la modifiquen y complementen.

Artículo 11. Fuente de información y periodicidad. La información para determinar el valor del presupuesto máximo corresponde a los servicios prestados al 31 de diciembre de la vigencia anterior a la que se efectúa la evaluación, análisis y cálculo de este, según lo reportado en la herramienta MIPRES. Para el efecto, se tomarán las entregas de los servicios y tecnologías garantizados a través del módulo de suministro con fecha máxima de suministro efectivo al 31 de diciembre y fecha máxima de cierre del ciclo de suministro al 31 de marzo de la siguiente vigencia.

Esta información debe ser entregada por la Oficina de Tecnologías de la Información — OTIC — en los plazos requeridos por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, garantizándose su disponibilidad al inicio del proceso de cálculo del presupuesto máximo.

Parágrafo 1. Los resultados de los procesos de auditoría realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES –, deberán considerarse como insumo en los cálculos que se desarrollarán en el documento técnico de que trata el artículo 6 de la presente resolución.

Parágrafo 2. Para efectos de este acto administrativo, el módulo de suministro de la herramienta MIPRES hace referencia al suministro efectivo que corresponde a la entrega al usuario de la tecnología o servicio en salud en los términos dispuestos en la Resolución 740 de 2024 o la norma que la modifique o sustituya, y la fecha de cierre del ciclo del suministro habrá de entenderse como el cierre del reporte información de la vigencia fiscal anterior.

Artículo 12. Seguimiento, control, monitoreo y retroalimentación del presupuesto máximo. Dentro del mes siguiente a la expedición del presente acto administrativo, la ADRES desarrollará, implementará y publicará en su página web el proceso de seguimiento, monitoreo y control del presupuesto máximo, considerando la metodología dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El seguimiento y monitoreo se realizará como mínimo para Entidades Promotoras de Salud – EPS – de los regímenes contributivo y subsidiado y Entidades Adaptadas – EA –, a los Prestadores de Servicios de Salud -PSS –, Proveedores de Tecnologías en Salud -PTS. En todo caso; el presupuesto máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.

La ADRES monitoreará periódicamente el comportamiento de las prescripciones efectuadas por los profesionales de la salud, el suministro y facturación de los servicios y tecnologías en salud por cada EPS y EA a través de la herramienta MIPRES, con el fin de identificar las posibles variaciones que tengan respecto a los presupuestos máximos establecidos.

La información extraída y consolidada de la herramienta MIPRES, podrá ajustarse posterior al proceso de retroalimentación que adelante la ADRES a las Entidad Promotora de Salud -EPS- o Entidad Adaptada -EA-, según los criterios sobre el adecuado tratamiento de datos personales previstos en la Ley 1581 de 2012, los reportes serán compartidos con cada Entidad Promotora de Salud -EPS- o Entidad Adaptada -EA- mediante el mecanismo que resulte más expedito para que efectúen las correcciones a que haya lugar.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o Entidades Adaptadas -EA-deberán enviar los archivos y justificaciones sobre los ajustes realizados a la información, a través de la plataforma que se defina y en el plazo requerido por la ADRES.

Los cortes de información para el monitoreo y retroalimentación son los siguientes:

Trimestre	MONITOREO				RANGO DE FECHA PARA LA RETROALIMENTACIÓN	
	RANGO DE FECHA DE SUMINISTRO EFECTIVO		RANGO DE FECHA PARA CIERRE DE CICLO DE SUMINISTRO EN MONITOREO		DESDE	HASTA
	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA		
I	Enero 1	Marzo 31	Enero 1	Junio 30	Julio 1	Agosto 30
II	Abril 1	Junio 30	Abril 1	Septiembre 30	Octubre 1	Noviembre 30
III	Julio 1	Septiembre 30	Julio 1	Diciembre 31	Enero 1*	Febrero 28*
IV	Enero 1	Diciembre 31	Enero 1	Marzo 31*	Abril 1 *	Mayo 30*

*Vigencia siguiente

Parágrafo 1. La retroalimentación prevista en este artículo tendrá aplicación por el término de tres (3) anualidades posteriores a la entrada en vigencia del presente acto administrativo, sin perjuicio de evaluar su prórroga.

Parágrafo 2. A partir de las variaciones identificadas, la ADRES generará alertas para que las EPS o EA adopten medidas preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo asignado en el respectivo periodo.

Parágrafo 3. La ADRES informará a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo. Posteriormente la ADRES informará dicho resultado, mediante el mecanismo que defina, a las Entidades Promotoras de Salud – EPS – de los regímenes contributivo y subsidiado y Entidades Adaptadas – EA –, acudiendo al principio de transparencia y publicidad de la información.

Artículo 13. Validaciones de la información. Para el proceso de monitoreo, la ADRES deberá observar las mallas de validación definidos en el documento técnico de la metodología que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Los registros que no sean subsanables una vez sean aplicados las mallas de validación, no serán incluidos para el cálculo del presupuesto máximo de la vigencia respectiva, aspecto sobre el cual se dejará constancia en el documento técnico de la metodología, de conformidad con el informe presentado por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social

CAPÍTULO IV AUDITORÍA, VERIFICACIÓN Y CONTROL DE LOS RECURSOS

Artículo 14. Auditoría del presupuesto máximo. La información reportada en la herramienta MIPRES, que sirve como base para determinar el valor del presupuesto máximo, será auditada trimestralmente por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, considerando los siguientes cortes de información.

TRIMESTRE	SUMINISTRO		CIERRE DE CILO DE SUMINISTRO		AUDITORIA		ENTREGA DE ADRES AL MSPS
	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	
I	Enero 1	Marzo 31	Enero 1	Junio 30	Septiembre 1	Noviembre 30	Diciembre 30

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

II	Abril 1	Junio 30	Abril 1	Septiembre 30	Diciembre 1	Febrero 28 *	Marzo 31*
III	Julio 1	Septiembre 30	Julio 1	Diciembre 31	Marzo 1*	Mayo 30*	Junio 30*
IV	Enero 1	Diciembre 31	Enero 1	Marzo 31*	Junio 1*	Agosto 30*	Septiembre 30*

*Vigencia siguiente

Con este propósito se verificará la consistencia de la información reportada en los diferentes módulos de la herramienta MIPRES, mediante el cotejo con la BDUA (Base de Datos Única de Afiliados), BDEX (Base de Datos de Régimen de Excepción y Especial), RNEC (Registro Nacional del Estado Civil), Facturación DIAN, el Registro Nacional de pacientes con Enfermedades Huérfanas, SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública), RETHUS (Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud), notas técnicas de presupuesto máximo, Resoluciones de UPC, circulares de precios regulados establecidas por la CNPMDM, entre otras fuentes que permitan adelantar la auditoría del presupuesto máximo.

En todo caso, la ADRES podrá requerir información adicional necesaria para el cumplimiento del presente acto administrativo.

Parágrafo 1. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES adelantará auditoría especial para establecer el detalle de los datos reportados en la herramienta MIPRES por concepto de servicios complementarios, para lo cual la Entidad Promotora de Salud -EPS- o Entidad Adaptada -EA- deberá remitir a dicha Entidad la información que le sea solicitada sobre los soportes de estos servicios.

Parágrafo 2. La ADRES establecerá mediante acto administrativo los mecanismos, especificaciones técnicas y operativas para el proceso de auditoría y auditoría especial previsto en este artículo, incluido el manual de auditoría que deba expedirse.

Parágrafo 3. Cuando como resultado del proceso de auditoría y auditoría especial se adviertan datos inexactos o falsos, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- pondrá en conocimiento los hechos y pruebas recopiladas ante las autoridades administrativas y judiciales a las que haya lugar.

Parágrafo 4. Una vez terminado el proceso de monitoreo y retroalimentación, la ADRES consolidará la base de datos de manera trimestral para el proceso de auditoría.

Artículo 15. Resultado final de la auditoría. La ADRES deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social los resultados de la auditoría en los meses establecidos en la columna de “ENTREGA DE ADRES AL MSPS” en la tabla del artículo 14 de este acto administrativo. Lo cual deberá contener, como mínimo lo siguiente:

15.1 Una base de datos que contenga las variables que permitan identificar el registro en la base de datos de MIPRES y las correcciones o ajustes realizados sobre dichos registros.

15.2 Un informe detallado que deberá contener el resultado sobre cada una de las fuentes de información evaluadas, las causas de las correcciones en los reportes de MIPRES, la posible justificación de los crecimientos y causales de información remitida a los entes de control, así como las observaciones y recomendaciones que estimen pertinentes.

Parágrafo. La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud establecerá las variables mínimas y la estructura que tendrá la base de datos, así como el detalle del informe, en coordinación con la ADRES.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

Artículo 16. Verificación y control del presupuesto máximo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- realizará seguimiento a los recursos girados, verificando y controlando el destino y buen uso de estos.

CAPÍTULO V

SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD FINANCIADOS Y NO FINANCIADOS CON CARGO AL PRESUPUESTO MÁXIMO

Artículo 17. Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos del presupuesto máximo. El presupuesto máximo transferido a cada Entidad Promotora de Salud -EPS- o Entidad Adaptada -EA- financiará los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios siempre que estén asociados a una condición de salud, se prescriban por un profesional de la salud o se ordenen mediante un fallo de tutela, se encuentren autorizados por la autoridad competente del país, no se encuentren financiados con recursos de la UPC ni por otra fuente de financiación, no se encuentren excluidos de acuerdo a lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y cumplan las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Se consideran financiados con cargo a los recursos de presupuesto máximo de la vigencia, los siguientes:

17.1. Medicamentos.

17.1.1 Los medicamentos que ingresen al país, debidamente autorizados por el INVIMA, y tengan el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al presupuesto máximo en las indicaciones autorizadas.

17.1.2 Los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país, que contengan principios activos aquí autorizados. En todo caso, estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiadas con cargo a dicha fuente.

17.1.3 Los medicamentos que contienen el metabolito activo de un principio activo o precursor financiado con cargo al presupuesto máximo, indistintamente de la forma farmacéutica, siempre y cuando tengan la misma indicación. Este criterio también aplica para medicamentos que no se encontraban incluidos en normas farmacológicas, y que luego de su autorización de ingreso al país se considerarán incluidos en el presupuesto máximo.

17.1.4 Los medicamentos cuyo principio activo sea un estereoisómero de la mezcla racémica de un principio activo financiado con cargo al presupuesto máximo, siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico del principio activo del cual se extraen, sin que sea necesario que coincidan en la misma sal o éster en caso de tenerlos. Este criterio también aplica para medicamentos que no se encontraban incluidos en normas farmacológicas, y que luego de su autorización de ingreso al país se considerarán incluidos en el presupuesto máximo.

17.1.5 Los medicamentos para el tratamiento de enfermedades huérfanas que venían garantizando la Entidad Promotora de Salud -EPS- o Entidad Adaptada -EA- en vigencias anteriores al paciente con diagnóstico confirmado, según lo reportado en SIVIGILA, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC.

17.1.6 Los medios de contraste que no se encuentran financiados con recursos de la UPC, ni por otra fuente de financiación.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

- 17.1.7** Los medicamentos diferentes a medios de contraste cuando sean usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos financiados con cargo a estos recursos.
- 17.1.8** Los medicamentos que actúen como estímulo *in vivo* o *in vitro* requeridos en un procedimiento incluido dentro de la financiación del presupuesto máximo, siempre y cuando sea necesario e insustituible para la realización de dicho procedimiento.
- 17.1.9** Los medicamentos nuevos incluidos en normas farmacológicas en el país que no sean financiados con recursos de la UPC.
- 17.1.10** Los usos autorizados en la lista UNIRS de un medicamento financiado con cargo al presupuesto máximo y los que cumplan con lo estipulado en el parágrafo 3 del artículo 36 de la Resolución 2366 de 2023, o la norma que la modifique o sustituya.
- 17.1.11** Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y los prescritos por urgencia clínica según el Decreto 481 de 2004 o la norma que la modifique o sustituya, cuya autorización de importación fue otorgada por el INVIMA, que tengan definido un valor de referencia, y que no estén financiado con recursos de la UPC.
- 17.1.12** Los medicamentos financiados con cargo al presupuesto máximo, cualquiera sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blandos o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación autorizada.
- 17.1.13** Las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones de medicamentos incluidos en el presupuesto máximo o de la adecuación de estos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.

17.2 Procedimientos.

- 17.2.1** Los procedimientos en salud que cumplan las siguientes condiciones: i) prescritos por un profesional en salud, autorizados u ordenados por un fallo de tutela u orden judicial, ii) descritos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS, iii) que no se encuentren incluidos en la Resolución 2366 de 2023 o la norma que la modifique o sustituya y iv) que se prescriba a través de la herramienta tecnológica MIPRES.

También se entienden financiados los radiofármacos, así como los procedimientos de analgesia, anestesia y sedación, y por lo tanto los medicamentos anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de estos, que se consideren necesarios e insustituibles para la realización de un procedimiento financiado con cargo al presupuesto máximo.

- 17.2.2** En caso de que se requiera prestar de manera combinada, simultánea o complementaria procedimientos financiados con recursos de la UPC y financiados con presupuesto máximo, para cada uno se mantendrá la fuente de financiación definida.
- 17.2.3** Los injertos necesarios para los procedimientos contenidos en el presente acto administrativo bien sean autoinjertos, aloinjertos, injertos heterólogos u homólogos. La financiación también incluye los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

- 17.2.4** Las tecnologías en salud oral no financiadas con recursos de la UPC y que no sean procedimientos estéticos. También se entienden financiadas la anestesia general o sedación asistida de acuerdo con el criterio del profesional tratante.
- 17.2.5** Los tratamientos reconstructivos no financiados con recursos de la UPC en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.
- 17.2.6** Las reintervenciones relacionadas con un procedimiento o intervención financiada con recursos del presupuesto máximo, conforme con la prescripción del profesional tratante.
- 17.2.7** Los estudios realizados a donantes no efectivos de aquellos trasplantes financiados con recursos de la UPC.

17.3 Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME.

- 17.3.1** Serán financiados con recursos del presupuesto máximo, los productos para soporte nutricional clasificados como Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME- que no se encuentren financiados con recursos de la UPC.

Los APME, prescritos por profesional de la salud, autorizados u ordenados por autoridad competente, prestados por la red de prestación de servicios de salud de la Entidad Promotora de Salud -EPS- o Entidad Adaptada -EA-, deberán atender a lo previsto en el artículo 11 de la Resolución 740 de 2024 o la norma que la modifique o sustituya.

El APME financiado con cargo al presupuesto máximo, deberá cumplir las siguientes condiciones para su prescripción: i) estar registrado ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA- con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales; ii) contar con concepto favorable vigente como APME, emitido por la Comisión Revisora de la Sala Especializada de Alimentos y Bebidas del INVIMA; y iii) encontrarse habilitado en las tablas de referencia de la herramienta tecnológica MIPRES, una vez este Ministerio haya validado los dos requisitos anteriores, de acuerdo con los criterios técnicos establecidos para tal fin.

17.4 Servicios complementarios

- 17.4.1** Los servicios complementarios prescritos por el profesional de la salud, autorizados u ordenados por autoridad competente, prestados por la red de prestación de servicios de salud de la EPS o EA, de conformidad con la tabla de referencia de la herramienta tecnológica MIPRES. En todo caso, y según corresponda, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta de profesionales de la salud, según lo establecido en la Resolución 740 de 2024, o la norma que la modifique o sustituya. En el evento que sea un fallo de tutela deberá cumplir con lo dispuesto en el artículo 26 de la Resolución 740 de 2024, o la norma que las modifiquen o sustituyan.

Parágrafo 1. Trimestralmente, a partir de la expedición del presente acto administrativo, el INVIMA deberá actualizar y remitir a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, a la ADRES y al IETS, el listado de solicitudes de registros sanitarios, identificando las moléculas nuevas y autorizaciones de importación de medicamentos vitales no disponibles prescritos para uso exclusivo en casos de urgencia clínica y medicamentos no catalogados como vitales no disponibles.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

Parágrafo 2. El suministro efectivo de los servicios complementarios asociados a una condición en salud prescritos por profesional de la salud, autorizados u ordenados por autoridad competente serán sometidos al proceso de auditoría especial según el parágrafo 1 del artículo 14 de este acto administrativo.

Artículo 18. *Indicaciones autorizadas.* La financiación de medicamentos con cargo al presupuesto máximo aplica, siempre y cuando, sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA.

Parágrafo 1. Las indicaciones de los medicamentos financiados con cargo al presupuesto máximo autorizadas por el INVIMA en diferentes registros sanitarios para el mismo medicamento se consideran armonizadas y financiadas con dicho presupuesto, por tanto, si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará financiada con cargo al presupuesto máximo para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.

Parágrafo 2. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un medicamento o un APME no establece por sí mismo su financiación con cargo al presupuesto máximo, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Parágrafo 3. La prescripción de medicamentos se realizará utilizando la denominación común internacional, exclusivamente y deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio, como guías de práctica clínica, guías de atención integral, protocolos y en especial los informes de formulación, uso y posicionamiento terapéutico o cualquier otro documento definido para la atención en salud de una patología en particular, sin que lo anterior se establezca como una restricción a la autonomía profesional, sino como apoyo al proceso de buena práctica en la prescripción. También se deberá tener en cuenta los procesos de autorregulación que definen las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de la salud.

Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos de marca o genéricos, autorizados por el INVIMA que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.

Parágrafo 4. En el caso de los medicamentos de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA, no deberá cambiarse el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración con el monitoreo clínico y paraclínico necesarios.

Parágrafo 5. La cantidad de medicamento dispensado deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito, en cumplimiento de lo señalado en los artículos 2.5.3.10.18 y 2.5.3.10.19 del Decreto 780 de 2016, sobre obligaciones y prohibiciones del dispensador, respectivamente.

Artículo 19. *Dispensación y administración.* La dispensación y administración de los medicamentos y APME que hacen parte del presupuesto máximo incluyen todo lo necesario e insustituible para garantizar la correcta y oportuna administración, así:

19.1. Cualquier presentación comercial y equivalencia, independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras).

19.2. Toda forma de preparación, almacenamiento, transporte dispensación, distribución o suministro.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

19.3. Debido a que en APME no existen productos genéricos en términos de composición calórica, concentración y especificidades de macro y micronutrientes, solo pueden reemplazarse conforme la prescripción que realice el profesional de la salud tratante.

Parágrafo. Cualquier forma de administración o aplicación de los medicamentos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante se encuentra financiada con recursos de la UPC.

Artículo 20. Fórmulas magistrales. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las Entidades Adaptadas -EA- definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los medicamentos a partir de los cuales se preparan.

Parágrafo. Los registros de preparaciones magistrales deberán ser reportados únicamente bajo los Códigos Únicos de Medicamento (CUM), considerando los medicamentos financiados con presupuesto máximo utilizados en su preparación para efectos de su reconocimiento conforme lo previsto en el numeral 17.1.13. del artículo 17 de este acto administrativo.

Artículo 21. Servicios y tecnologías no financiados con cargo al presupuesto máximo. Los siguientes medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios no serán financiados con cargo al presupuesto máximo:

21.1 Los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, de riesgos laborales, de salud pública, y de otras fuentes, en consideración a que ya cuentan con su propia financiación.

21.2 Los medicamentos considerados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y los prescritos en los casos de urgencia clínica según el artículo 9 del Decreto 481 de 2004 o la norma que la modifique o sustituya, cuya autorización de importación fue otorgada por el INVIMA, que no tengan definido un valor de referencia.

21.3 Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine este Ministerio.

21.4 Los medicamentos cuya indicación sea específica y única para el tratamiento de una enfermedad huérfana, que no se encuentren financiados con recursos de la UPC, y que requiera: i) la persona diagnosticada por primera vez durante la vigencia del presupuesto máximo, o ii) la persona diagnosticada en vigencias anteriores y que inicie tratamiento con un medicamento de este tipo durante la vigencia del presupuesto máximo. El medicamento nuevo requerido en los casos anteriormente referenciados, que en consecuencia no tenga precio máximo de venta – PMV ni valor de referencia, será reconocido por ADRES conforme al proceso de verificación y en todo caso, para la siguiente vigencia se entenderá financiado con presupuesto máximo, salvo que se trate de un vital no disponible sin valor de referencia o precio máximo de venta - PMV.

21.5 Los servicios y tecnologías expresamente excluidos de la financiación con cargo a recursos públicos asignados a la salud, definidos por la Resolución 641 de 2024 o la norma que la modifique o sustituya, o aquellos que cumplan alguno de los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015, salvo los ordenados por autoridad judicial.

21.6 Los procedimientos en salud nuevos en el país.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

21.7 Los servicios complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud, autorizados u ordenados por autoridad competente, o que por su naturaleza deban ser cubiertos por fuentes de financiación de otros sectores, o que correspondan a los determinantes en salud de conformidad con el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015.

Parágrafo 1. Los servicios y tecnologías en salud previstas en el Anexo Técnico de la Resolución 740 de 2024 - “*LISTADO DE MEDICAMENTOS EXCLUIDOS EXPLICITAMENTE QUE, EXCEPCIONALMENTE, PODRAN SER PRESCRITOS POR EL MÉDICO TRATANTE*” - que cumplan los criterios señalados en artículo 33 de dicho acto administrativo o la norma que la modifique o sustituya, serán reconocidas y pagadas vía recobro por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Parágrafo 2. Los servicios y tecnologías en salud relacionados en los numerales 21.2, 21.4, y 21.6. deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o Entidades Adaptadas -EA- bajo el principio de integralidad de la atención, y su liquidación, reconocimiento y pago, cuando proceda, se efectuará conforme al proceso de verificación y seguimiento que adopte la ADRES.

Artículo 22. Financiación de medicamentos para enfermedades huérfanas. Los medicamentos no financiados con recursos de la UPC, cuya indicación sea específica y única para el tratamiento que requieran las personas que sean diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo, o las personas diagnosticadas en vigencias anteriores y que inicien tratamiento con un medicamento de este tipo durante la vigencia del presupuesto máximo, serán financiados mediante el procedimiento de recobro/cobro por la ADRES.

Para el efecto, los actores del SGSSS tendrán las siguientes responsabilidades:

22.1 Los Prestadores de Servicios de Salud:

22.1.1. Diagnosticar y confirmar las enfermedades Huérfanas —Raras mediante el criterio clínico o procedimientos de conformidad con los lineamientos que imparta este Ministerio o los protocolos del Instituto Nacional de Salud – INS-. Para el efecto, deberá sujetarse al listado de estas enfermedades definido en la Resolución 023 de 2023, o la norma que la modifique o sustituya.

22.1.2. Cumplir lo establecido en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública Huérfanas - Raras y prestar el servicio al paciente diagnosticado por primera vez.

22.1.3. Registrar y reportar al paciente nuevo en el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas, mediante el mecanismo que este Ministerio disponga para tal efecto, atendiendo las disposiciones contenidas en la Resolución 946 de 2019, o la norma que la sustituya o modifique.

22.2. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las Entidades Adaptadas -EA-:

22.2.1. Asumir el valor del tratamiento farmacológico, el cual será reconocido por la ADRES mediante el procedimiento de recobro/cobro, según lo establecido en los lineamientos dados por dicha entidad.

22.3. La Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-:

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

22.3.1. Reconocer mediante el procedimiento de recobro/cobro el valor del tratamiento farmacológico.

22.3.2. Reconocer y pagar los medicamentos teniendo en cuenta los precios máximos de venta – PMV por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos —CNPMDM. En caso de no tener precio máximo de venta - PMV, tomará el valor definido en el documento técnico del cálculo del presupuesto máximo.

Si el medicamento no cuenta con un valor definido en el documento técnico del cálculo del presupuesto máximo en la vigencia corriente, se debe consultar los documentos de vigencias pasadas.

Si se trata de un medicamento nuevo, que en consecuencia no tenga precio máximo de venta - PMV ni valor de referencia, este será reconocido por ADRES conforme al proceso de verificación y seguimiento que para el efecto se establezca.

22.3.3. Reportar a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, a 31 de enero de la siguiente vigencia, los casos que fueron reconocidos por esta entidad en cumplimiento de los anteriores numerales, en la vigencia anterior. Este Ministerio y la ADRES definirán la información a reportar.

Parágrafo 1. Los médicos, las IPS, operadores logísticos y gestores farmacéuticos deberán realizar el registro y reporte de la prescripción, suministro y facturación en los módulos de la herramienta tecnológica MIPRES según les corresponda, los cuales serán consultados por la ADRES para el proceso de verificación, control y pago de estos servicios y tecnologías en el proceso de recobro en los términos de la Resolución 740 de 2024, o la norma que la sustituya o modifique.

Parágrafo 2. En caso de encontrar anomalías, las IPS, EPS o EA y la ADRES deberán comunicar a la entidad competente para el inicio de las investigaciones o acciones respectivas.

Parágrafo 3. Los medicamentos que hayan sido requeridos por las personas que sean diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana durante cada vigencia, harán parte del cálculo del presupuesto máximo en la vigencia siguiente, en los términos del parágrafo 4 del artículo 6 de este acto administrativo.

Parágrafo 4. Las EPS, Entidades Adaptadas -EA- y los prestadores de servicios de salud -PSS deben seguir y cumplir los protocolos de atención o guías de práctica clínica adoptadas para el tratamiento multidisciplinario del caso. En primera medida, adoptarán, adaptarán o desarrollarán los protocolos o guías que disponga este Ministerio. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar y adaptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.

Parágrafo 5. En el marco de la gestión del riesgo en salud, las EPS o las Entidades Adaptadas -EA- deberán caracterizar y gestionar plenamente las personas que vienen siendo tratadas con diagnóstico de enfermedades huérfanas y los medicamentos utilizados en el tratamiento respectivo

Parágrafo 6. En los casos sospechosos de enfermedad huérfana que requieran el inicio inmediato de tratamiento farmacológico según el criterio del profesional tratante, será una junta conformada por profesionales de la IPS tratante quienes determinen la conveniencia de iniciar el tratamiento indicado. La IPS debe realizar la prueba o las pruebas de confirmación diagnóstica, teniendo un plazo máximo de 60 días para luego notificar el caso confirmado en el Registro Nacional de Pacientes con Enfermedades Huérfanas que se disponga para tal

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

efecto o en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública —SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud —INS, procediendo el recobro/cobro según corresponda.

Parágrafo 7. La EPS, Entidad Adaptada -EA-, IPS, según corresponda, deberá garantizar el reporte de pacientes incidentes con sospecha diagnóstica o confirmada de enfermedad huérfana, en el medio que este Ministerio disponga, en cumplimiento de la Resolución 946 de 2019, las normas que lo modifiquen o sustituyan.

CAPÍTULO VI TRANSITORIO

Artículo 23. Cálculo del presupuesto máximo de la vigencia 2025 y 2026. El presupuesto máximo de la vigencia 2025 y 2026 se asignará de manera provisional por los primeros seis meses (6) del año y para su cálculo el Ministerio de Salud y Protección Social determinará los parámetros de reconocimiento que garanticen el flujo de recursos hasta la fecha de evaluación, análisis y cálculo definitivo.

El presupuesto máximo definitivo deberá calcularse y asignarse a las Entidades Promotoras de Salud – EPS – del régimen contributivo y subsidiado y a las Entidades Adaptadas –EA– considerando de ser necesario, el resultado detallado de la auditoría adelantada por la ADRES según lo dispuesto en el artículo 24 de este acto administrativo.

Para el cálculo del presupuesto máximo definitivo de la vigencia 2025 y 2026 deberá adoptarse la metodología conforme las disposiciones de esta resolución y el documento técnico deberá hacer parte integral de cada acto administrativo de asignación del recurso, y se tendrá en cuenta la información histórica de la herramienta MIPRES de los servicios prestados con fecha máxima de suministro efectivo del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024 y fecha máxima de cierre del ciclo de suministro al 31 de marzo de 2025 para el cálculo del presupuesto de la vigencia 2025; y los servicios prestados con fecha máxima de suministro efectivo del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025 y fecha máxima de cierre del ciclo de suministro al 31 de marzo de 2026 para el cálculo del presupuesto de la vigencia 2026.

Parágrafo 1. A partir de la vigencia 2027 el cálculo del presupuesto máximo se realizará conforme la metodología prevista en el artículo 6 de esta resolución, y su valor se fijará con anterioridad al inicio del año de su aplicación, el cual podrá redistribuirse y recalcularse en los eventos determinados en este acto administrativo.

Artículo 24. Auditoría del presupuesto máximo de la vigencia 2025 y 2026. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- a partir de la entrada en vigor de este acto administrativo someterá a auditoría los recursos asignados de como mínimo seis (6) meses de la vigencia 2024 y seis (6) meses de la vigencia 2025 de conformidad con la base de datos producto del monitoreo que defina la ADRES. El resultado final del proceso de auditoría de los meses de la vigencia 2024 deberá remitirse al Ministerio de Salud y Protección Social conforme lo descrito en el artículo 15 de este acto administrativo en un término no superior al 31 de marzo de 2025 para que sirva de insumo en la definición de la metodología y cálculo del recurso que debe asignarse por concepto del presupuesto máximo definitivo para la vigencia 2025.

El resultado del proceso de auditoría de los meses de la vigencia 2025 deberá remitirse al Ministerio de Salud y Protección Social conforme lo descrito en el artículo 15 de este acto administrativo en un término no superior al 31 de marzo de 2026 para que sirva de insumo en la definición de la metodología y cálculo del recurso que debe asignarse por concepto del presupuesto máximo definitivo para la vigencia 2026.

Continuación de la resolución “Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

CAPÍTULO VII DISPOSICIONES FINALES

Artículo 25. Condiciones financieras. Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del Decreto 780 de 2016, deberán atender lo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud en relación con los recursos del presupuesto máximo de cada EPS o EA, y su incidencia en las condiciones financieras:

25.1. Patrimonio adecuado. En el marco de lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 2.5.2.2.1.7 del Decreto 780 de 2016, la Superintendencia Nacional de Salud definirá la forma en que se reflejarán los recursos del presupuesto máximo en el cálculo del patrimonio adecuado.

25.2. Reservas técnicas. La Superintendencia Nacional de Salud definirá el tipo de reservas técnicas asociadas a los recursos del presupuesto máximo a que hace referencia la presente resolución, atendiendo lo establecido en el numeral 1 del artículo 2.5.2.2.1.9 del Decreto 780 de 2016, así como sus condiciones de aplicabilidad y transición.

Artículo 26. Inembargabilidad de los recursos del presupuesto máximo. Los recursos del presupuesto máximo pertenecen al aseguramiento en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que tienen el carácter de ser inembargables, en los términos establecidos en el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015, en concordancia con el artículo 48 de la Constitución Política.

Artículo 27. Vigencia. La presente resolución surte efectos desde de su publicación, fecha a partir de la cual queda derogada la Resolución 1139 de 2022 y la metodología adoptada en la Resolución 205 de 2020.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C, a los

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social.

Viceministro de Protección Social.
Director de Regulación, Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
Director de Financiamiento Sectorial.
Director Jurídico.