

RESOLUCIÓN 4251 DE 2012

(diciembre 13)

Diario Oficial No. 48.648 de 18 de diciembre de 2012

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Por la cual se modifica el artículo 4o de la Resolución número 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por el artículo 2o del Decreto-ley 4107 de 2011, el artículo 122 del Decreto-ley 19 de 2012 y el artículo 5o del Decreto número 1865 de 2012, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 122 del Decreto-ley 19 de 2012, facultó al Ministerio de Salud y Protección Social para establecer los lineamientos o procedimientos orientados a la solución de divergencias recurrentes por las glosas aplicadas en la auditoría efectuada a los recobros radicados ante el Fosyga, para efectos de acogerse al saneamiento de cuentas por recobros y dispuso en su inciso segundo que cuando la glosa se origine en la inclusión en el POS de las tecnologías en salud recobradas al Fosyga, se aplicará el concepto que para el efecto expida la Comisión de Regulación en Salud, CRES, quien será la competente para determinar en forma definitiva si se encuentran o no incluidas, tanto para lo contenido en las normas expedidas por esa Comisión como para lo previsto en normas anteriores, y que emitido el concepto de la CRES y efectuada la auditoría integral, en caso de ser favorables, se procederá al trámite de pago.

Que la misma norma en su inciso tercero, autorizó el trámite de pago por una sola vez, dentro del año siguiente a su entrada en vigencia, siempre y cuando no hubiera transcurrido el plazo de caducidad establecido en el Código Contencioso Administrativo para la acción de reparación directa, de aquellos recobros que a esa fecha habían surtido la auditoría integral y cuya glosa se aplicó por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el POS.

Que el Decreto número 2560 de 2012 dispuso en el artículo 1o la supresión de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y en el artículo 26, la asunción por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de las funciones que por disposición legal se hayan asignado a esa entidad.

Que para efectos de hacer viable el saneamiento de cuentas por recobros, de que trata el inciso tercero del artículo 122 del Decreto-ley 19 de 2012, se hace necesario adicionar la Resolución número 2977 de 2012, para adoptar el concepto sobre tecnologías cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud y establecer el criterio que deben tener en cuenta los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud para efectos de acogerse a dicho mecanismo.

Que en mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. Modifíquese el artículo 4o de la Resolución número 2977 de 2012, el cual quedará así:

“Artículo 4o. Recobros glosados por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el POS. Teniendo en cuenta que el inciso 3o del artículo 122 del Decreto-ley 19 de 2012, dispuso la aplicación por una única vez del trámite de las divergencias recurrentes a los recobros que a su entrada en vigencia, hayan sido glosados por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el POS, estos se podrán radicar ante el Ministerio de Salud y Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o la entidad que se defina para el efecto, en los períodos de radicación que establezca la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, para realizar un nuevo proceso de auditoría integral, cuyo costo será sufragado por la entidad recobrante.”

Para efectos de la aplicación del presente artículo adóptese el concepto sobre tecnologías cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud, contenido en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución, el cual deberá ser aplicado por la firma responsable de la auditoría integral, para aclarar la glosa de aquellos recobros respecto de los cuales a la fecha de entrada en vigencia del Decreto-ley 19 de 2012, ya se hubiere surtido auditoría integral y se les hubiere glosado por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el POS, siempre y cuando no hubiera transcurrido el término de caducidad para la acción de reparación directa establecido en el artículo 164 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.”



ARTÍCULO 2o. El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), reconocerá y pagará en virtud del saneamiento de cuentas definido en el artículo 122 del Decreto número 019 de 2012, las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales, equipos y dispositivos biomédicos que no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud definido para las fechas de prestación del servicio, siempre y cuando correspondan a servicios de salud y excepcionalmente, aquellos que no son de salud, pero que se requieren para garantizar la efectividad de acceso a dichas atenciones.



ARTÍCULO 3o. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 13 de diciembre de 2012.

El Ministro de Salud y Protección Social,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE.

ANEXO TÉCNICO.

CONCEPTO SOBRE TECNOLOGÍAS CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, PARA EFECTOS DEL SANEAMIENTO DE CUENTAS POR RECOBROS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 122 DEL DECRETO-LEY 19 DE 2012.

De acuerdo con los recobros presentados ante el Fosyga, por medicamentos, procedimientos e insumos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, que han sido objeto de glosa en el proceso de auditoría integral, indicando que los mismos, corresponden a coberturas del Plan Obligatorio de Salud vigente para la fecha de prestación del servicio, se emite el presente concepto, el cual contiene el alcance previsto del principio de integralidad y las precisiones relacionadas con las coberturas de medicamentos, insumos y procedimientos, de conformidad con la casuística encontrada en la mencionada glosa.

A. Principio de Integralidad

Desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, se estableció como uno de los principios del servicio público la calidad, descrita como: “*El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia*” (subrayado fuera del texto original), por lo tanto la integralidad de un servicio de salud, se encuentra prevista en el marco de la calidad en la atención, desde ese momento.

El artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 estableció la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, en la organización del aseguramiento: “*Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, 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. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de*

Salud.” (Subrayado fuera del texto original).

Este principio es ratificado por la Ley 1438 de 2011 dentro de la calidad de los servicios, así: “*Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica provisto de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.*” (Subrayado fuera del texto original).

El 5 de agosto de 1994, el Ministerio de Salud mediante la Resolución número 5261^[1], fijó los criterios para determinar la calidad de la prestación de servicios, caracterizando la integralidad, de esta manera:

*“(…) **Artículo 22. Definiciones para Determinar la Calidad de los Servicios.** Para determinar la calidad en la prestación de los servicios, se establecen las siguientes definiciones:*

a. Calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costoefectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios. (…)” (subrayado fuera del texto original)

Posteriormente, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) mediante el artículo 9o del Acuerdo número 008 de 2009^[2], precisó de manera explícita la integralidad como un principio general para la definición, actualización, modificación y provisión del POS, de la siguiente manera:

“(…) Principio y enfoque de integralidad de los Planes Obligatorios de Salud. Principio mediante el cual los medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención, necesarios para ejecutar una actividad, procedimiento o intervención de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad, descritos o incluidos en el presente acuerdo, hacen parte y en consecuencia constituyen la integralidad del POS o del POS-S según el caso. (…)” (subrayado fuera del texto original).

De igual forma, el mencionado principio ha sido reiterado por la CRES, en la promulgación del Acuerdo número 029 de 2011^[3], cuyo artículo 5o prevé:

“(…) Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante. (…)” (subrayado fuera del texto original).

El Plan Obligatorio de Salud está conformado por tecnologías en salud explícitas a través de listados, e implícitas en cumplimiento del principio de integralidad como componente de la calidad. En este sentido, el alcance previsto en el principio de integralidad de forma general, en lo relacionado con las coberturas del Plan Obligatorio de Salud, hace referencia a:

1. **Cobertura en salud explícita.** El Plan Obligatorio de Salud, obedeciendo a los mandatos de la Ley 100 de 1993, siempre ha estado conformado por un esquema de racionamiento explícito^[4], mediante listados y descripciones de tecnologías en salud:

-- Actividades

-- Intervenciones

-- Procedimientos

-- Servicios en los ámbitos de urgencia, ambulatorio, hospitalario y domiciliario

-- Medicamentos que incluyen medios de contraste.

Por tanto son cobertura del Plan Obligatorio de Salud en el esquema de racionamiento explícito, únicamente aquellas tecnologías en salud que estén descritas en los listados vigentes para la fecha de prestación del servicio.

2. **Cobertura en salud implícita.** El Plan Obligatorio de Salud también cubre otras tecnologías en salud no listadas:

-- Tecnologías duras tales como: insumos, dispositivos, equipos e instrumentales

-- Tecnologías blandas como: programas, guías, sistemas de soportes y software.

En consecuencia, están incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud las tecnologías en salud duras y blandas, cuando son necesarias e insustituibles para cumplir con calidad la finalidad de una tecnología en salud listada explícitamente en el plan.

3. **Consideración general.** La prestación debe ser garantizada por las EPS en forma completa y oportuna, en cuanto a que la garantía de acceso efectivo al servicio implica la disposición de todos los recursos necesarios de conformidad con las normas de habilitación vigentes, pues no existe una disposición legal en el SGSSS que señale, o admita, la cobertura parcial o limitada de recursos necesarios para la realización de los contenidos del POS. Teniendo en cuenta lo anterior, los contenidos implícitos y explícitos se cubren independientemente de su costo, marca, forma de producción, tipo de material, composición del mismo, u origen (nacional o importado).

B. Medicamentos

En cuanto a la cobertura de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud se realizan las siguientes precisiones:

1. **Definición de cobertura.** La cobertura de un medicamento incluido en el POS está determinada por las siguientes tres condiciones: principio activo, concentración y forma farmacéutica. Esto aplica para el Acuerdo número 228 y los acuerdos del CNSSS que lo adicionaban, complementaban, modificaban^[5] o sustituían y el Acuerdo número 008 de la CRES.

2. **Indicaciones autorizadas.** Las indicaciones autorizadas por el Invima para cada uno de los medicamentos son las únicas cubiertas en el POS, para cualquier caso o patología, excepto para aquellos casos en que el listado normativo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura.

3. **Combinaciones de principios activos.** La combinación de dos o más principios activos está cubierta por el POS si dicha combinación está descrita de la misma manera en el listado normativo. Las demás combinaciones no están cubiertas en el POS, aún si estuvieran los principios activos descritos por separado e independientemente de lo descrito para las otras variables o condiciones, forma y concentración farmacéutica.

4. **Producción.** Los medicamentos cuyo principio activo (o combinaciones especificadas), concentración y forma farmacéutica se encuentran descritos en el Plan Obligatorio de Salud están cubiertos independientemente de la forma y mecanismo de producción (extracción, síntesis química o por recombinación genética, entre otras).

5. **Biodisponibilidad.** Las formas farmacéuticas cuya disponibilidad biológica es diferente a las de liberación convencional, como los sistemas de liberación osmótica oral, deben estar descritas en el listado normativo en el campo correspondiente a la "forma farmacéutica" para considerar que el medicamento está cubierto por el Plan Obligatorio de Salud; de lo contrario no se consideran cobertura del mismo. Las demás formas farmacéuticas sólidas orales se consideran contenidas dentro del POS.

6. **Fórmula química.** Si la descripción del principio activo no especifica una fórmula química particular (sal o éster), están cubiertas todas en el Plan Obligatorio de Salud, se exceptúan aquellos casos en que se describa una fórmula química particular del principio activo.

7. **Aplicación y uso.** Los medicamentos cuyo principio activo, concentración y forma farmacéutica se encuentran descritos en el Plan Obligatorio de Salud y requieren para su aplicación un dispositivo específico (kit, estuche, jeringa prellenada, cartucho, entre otros) también se consideran cobertura del POS.

8. **Registro sanitario.** La clasificación en el Invima de un producto como medicamento, suplemento o complemento

nutricional, o cosmético no establece la cobertura dentro del Plan Obligatorio de Salud. Si alguno de los anteriores cambió de clasificación en el Invima para efectos del registro, tal reclasificación no afecta la cobertura pues la misma se establece a partir de su mención explícita.

9. **Almacenamiento y dispensación.** Las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, disponibilidad o aplicación técnicamente necesarias como balas o recargas, entre otras, no determinan ni limitan coberturas del POS. Por ejemplo, en el caso del oxígeno medicinal su acceso efectivo debe ser garantizado independientemente de su almacenamiento y dispensación, al igual que jeringas, cánulas, balas para almacenamiento, entre otros.

10. **Fórmulas magistrales.** Las formulaciones magistrales preparadas a partir de principios activos incluidos en el POS se consideran cubiertas.

11. **Alimentos.** Las coberturas señaladas de alimentos en el POS son las siguientes:

-- **Alimentación enteral.** En relación con la presentación y contenido de la nutrición enteral se entenderá como POS aquellas cuya composición se refiera exclusivamente a aminoácidos esenciales con o sin electrolitos.

-- **Alimentación parenteral.** En el caso de las soluciones parenterales solo se consideran coberturas aquellas cuya composición corresponda a: a) micronutrientes inorgánicos esenciales - elementos traza, b) micronutrientes orgánicos esenciales - multivitamínicos, o c) ácidos grasos.

-- **Fórmulas lácteas.** La fórmula láctea está cubierta exclusivamente para los menores de 6 meses hijos de mujeres VIH positiva según posología del médico tratante.

12. **Cobertura en el Régimen Subsidiado.** En el régimen subsidiado antes de la unificación, la cobertura del POSS incluía lo expuesto anteriormente y adicionalmente las variables de edad, patología, procedimiento y nivel de complejidad.

C. Insumos

Las coberturas de los dispositivos, equipos, instrumentales e insumos, no mencionados explícitamente en las normas, están determinadas o supeditadas a las coberturas listadas (actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y servicios hospitalarios), en tanto sean conexas de manera ineludible con su uso o aplicación. En consonancia con el principio de calidad del SGSSS, particularmente de su componente de integralidad o integridad del servicio^[6], y en concordancia con las recomendaciones médicas en cada caso.

Por lo anterior, si un procedimiento médico, quirúrgico o no quirúrgico, estaba descrito en las normas que definían los beneficios que configuran el referido plan, las EPS no podían negarse a cubrir los recursos materiales o tecnológicos ni de otro tipo, en tanto estos sean insustituibles y esenciales para tal procedimiento, cualquiera que sea su tipo, marca o costo, con mayor razón si la descripción del procedimiento contiene la mención explícita de ese recurso material o dispositivo con nombre específico o genérico. Si la norma precisa o describe un tipo particular de dispositivo o equipo, este es la cobertura precisa, por defecto se excluye otro tipo del mismo dispositivo no mencionado.

Si debido a los avances o desarrollos tecnológicos y a la variación en la práctica médica, así como a los ciclos o fenómenos económicos o de mercado, en un momento dado los insumos, equipos, dispositivos o instrumentales sanitarios son más costosos o encarecen los servicios y bienes que componen el POS, tal situación no debía ser soslayada por parte de las EPS por ser ese aspecto precisamente parte de los riesgos financieros que estas entidades como aseguradores se comprometen a asumir y a enfrentar cuando solicitan la autorización para funcionar en el SGSSS y aceptan las afiliaciones de los usuarios conforme el esquema y principios establecidos en la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007 y Decreto número 1485 de 1994.

A continuación se relacionan algunos insumos y dispositivos que son objeto de la glosa no POS en comento:

1. **Audífonos.** Están cubiertos en razón a que la Resolución número 5261 de 1994 establece como prestación del POS la "adaptación de audífono" con código 27108 en el artículo 82, la cual debía entonces ser reconocida o

cubierta en forma integral por las EPS, es decir, incluyendo el dispositivo y las acciones (actividades, procedimientos e intervenciones) involucrados en dicha atención.

2. **Radiofármacos.** Estas sustancias son cobertura del POS cuando son necesarias para la realización de algún procedimiento explícito de medicina nuclear, en el listado vigente a la fecha de prestación.

3. **Soluciones.** Algunas soluciones de uso médico a pesar de no estar en el listado de medicamentos, por considerarse insumos insustituibles para la realización de algún procedimiento explícito, se entienden cubiertas de manera implícita, como por ejemplo:

SOLUCIÓN	PROCEDIMIENTO
Cardiopléjica	Que requiera perfusión intracardiaca
Conservantes de órganos	Trasplantes
Viscoelásticas	Oftálmicos
Líquido embólico	Embolizaciones

4. **Pañales y otros elementos de aseo personal.** En las normas no existe mención de un procedimiento médico o quirúrgico en que fueran necesarios de manera ineludible; tampoco son necesarios para actividades, procedimientos e intervenciones en salud descritas en los listados. Por tanto no son cobertura del POS.

5. **Prótesis mamarias.** No existe un procedimiento cubierto (es decir descrito en el listado de actividades, procedimientos e intervenciones) en el POS que requiera de las mismas, incluso así fueran implantadas como parte del procedimiento reconstructivo en pacientes sometidas a mastectomía por cáncer. En consecuencia las prótesis mamarias no son cobertura del POS.

6. **Elementos para cuidados de las enterostomías.** El suministro para pacientes ambulatorios de elementos tipo "bolsa para colostomía" y "barreras protectoras" o elementos semejantes necesarios para cuidados de enterostomías, no hacían parte del POS en el período anterior al 2012, pues tal servicio (Cuidados de enterostomías o semejante) no estaba mencionado en ninguna de las normas. Solo se consideraban cubiertos los usados en el momento quirúrgico durante la realización de los procedimientos de colostomías mencionados en la Resolución número 5261 de 1994 para el Régimen Contributivo y en algunos casos del Régimen Subsidiado como procedimientos quirúrgicos relacionados con el cáncer. Sin embargo, en ninguno de estos regímenes las normas mencionan la cobertura de servicios e insumos necesarios para recambios o sustituciones de estos elementos en los pacientes ambulatorios con colostomía. Por tanto no son cobertura del POS en este ámbito.

7. **Elementos para la atención domiciliaria.** La atención domiciliaria como alternativa de la atención ambulatoria u hospitalaria institucional, debe garantizarse cumpliendo las normas de habilitación vigentes y lo recomendado por el médico tratante. Es decir, la recomendación de una atención domiciliaria no exime a las EPS de gasto alguno sino que las obliga a garantizar un servicio alternativo a la atención ambulatoria y hospitalaria convencional, pero entendiéndose que si ello implica la necesidad de enseres como camas especiales, o adecuaciones del domicilio como barandas o rampas, se considera cobertura del POS.

8. **Glucometría.** El suministro de glucómetro y los elementos necesarios para su realización no eran cobertura del POS hasta la vigencia del Acuerdo número 008 de 2009.

9. **CPAP y BPAP.** Los ventiladores estaban cubiertos en el POS para uso hospitalario hasta antes de la vigencia del Acuerdo número 008 de 2009. El suministro de dichos ventiladores para el ámbito domiciliario o ambulatorio no eran cobertura del POS antes del mencionado acuerdo.

10. **Banco de sangre.** La cobertura del procedimiento de banco de sangre incluye todos los insumos, equipos e instrumentales necesarios para su efectiva prestación.

11. **Stent.** Es cobertura del POS el stent convencional o no medicado o no recubierto, teniendo en cuenta que este es el tipo mencionado en su inclusión al POS.

12. **Materiales.** El POS incluye todo el material necesario para realizar todas las actividades, intervenciones, procedimientos, servicios o aplicación de medicamentos listados. Esto incluye material de curación, cuidado de heridas, asepsia y antisepsia, retiro de sutura, entre otras.

13. **Marcapasos, cardiodesfibrilador y neuroestimulador.** Estos dispositivos de implantación son cobertura del POS siempre que el procedimiento así lo describa.

D) Procedimientos

1. **Terapia ABA.** Es un programa para pacientes con diagnóstico de autismo, el cual contiene intervenciones, actividades y procedimientos de salud y educación. En consecuencia, el POS cubre la parte del programa correspondiente a salud. Lo relacionado con el sector de educación no se cubre.

2. **Variación de la nomenclatura.** Los casos de variación de la nomenclatura de las intervenciones, actividades y procedimientos no cambia la cobertura establecida en el POS.

3. **Nomenclatura SOD.** En los casos en que se registre nomenclatura SOD que significa Sin Otra Desagregación, debe entenderse que cualquier prestación descrita con dicho término abarca toda variación desde el punto de vista técnico, por lo tanto no modifica la cobertura del POS.

* * *

1. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

3. Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

4. “La tecnología sanitaria son los medicamentos, instrumentos y los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención” Office of Technology Assessment (OTA) de EUA. O puede ser: “aplicación de conocimientos y competencias organizados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida” OMS, EB121/11.

5. Acuerdos del CNSSS números 226, 254, 282, 289, 302, 313, 336 y 350.

6. Artículo 22, Resolución número 5261 de 1994.

