

Algunas de las definiciones contenidas en el glosario corresponden a las consagradas en las normas vigentes que rigen para el SGSSS.

1.3. Plan de beneficios y sus exclusiones y limitaciones

A partir de la expedición de la Ley 1751 de 2015 el afiliado tiene derecho a todos los servicios y tecnologías que a juicio del médico tratante requiera, esto es, las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en el plan de beneficios y aquellos que sin ser financiados con recursos de la UPC no han sido excluidos.

1.3.1. Condiciones de acceso a los servicios y tecnologías de salud

Garantía de acceso a los servicios y tecnologías de salud: las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a los servicios y tecnologías de salud, para el cumplimiento de la necesidad y finalidad del mismo, a través de su red de prestadores de servicios de salud.

De conformidad con la Ley 1751 de 2015, en caso de atención de urgencias y según lo dispuesto en el artículo 23 de “LA RESOLUCIÓN” 2808 de 2022 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social (que, para efectos de este documento, se denominarán “LA RESOLUCIÓN”, o la norma que los modifique, adicione o sustituya), la EPS, deberá garantizar en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), habilitadas para tal fin en el territorio nacional.

Puerta de entrada al sistema: El acceso primario a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC se hará en forma directa, a través del servicio de urgencias o por los servicios de consulta externa médica, odontológica general, enfermería profesional o psicología. Podrán acceder en forma directa a los servicios de consulta especializada de pediatría las personas menores de 18 años, obstetricia para las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio o medicina familiar para cualquier persona, sin requerir remisión por parte del profesional de puerta de entrada aquí señalado, cuando la oferta disponible así lo permita.

Adscripción a una IPS: toda persona después de la afiliación a una EPS deberá adscribirse según su elección, para la atención ambulatoria en alguna de las IPS de la red de prestadores conformada por la EPS, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y recuperación de la salud. El afiliado podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS cuando lo requiera y la EPS deberá darle trámite y atender su solicitud dentro de su red de prestadores.

En el momento de la adscripción, las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que estén expuestas, con el objeto de que la IPS y la EPS puedan organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad establecida para la historia clínica y no podrán ser utilizados para selección de riesgo por parte de las EPS.

Acceso a servicios especializados de salud: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico-quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país.

Para acceder a los servicios especializados de salud, se requiere la remisión por medicina general, odontología general, enfermería profesional, psicología o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema mencionadas en “LA RESOLUCIÓN”, conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

De requerirse interconsulta al especialista, el usuario deberá continuar siendo atendido por el profesional de puerta de entrada, a menos que el especialista recomiende lo contrario en su respuesta.

El afiliado que haya sido diagnosticado y requiera periódicamente de servicios especializados, podrá acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el profesional de puerta de entrada.

Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido, será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio.

Telemedicina: se financia con recursos de la UPC la provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en "LA RESOLUCIÓN", prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, con el propósito de facilitar el acceso, oportunidad y resolutiveidad en la prestación de dichos servicios, cuya provisión deberá dar cumplimiento a los parámetros para la práctica de la telemedicina, establecidos en la Resolución 2654 de 2019, de este Ministerio o la norma que la modifique o sustituya.

Garantía de servicios en el municipio de residencia: La EPS deberá garantizar el acceso en su municipio de residencia a por lo menos los servicios de salud señalados en "LA RESOLUCIÓN", como puerta de entrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.

Inexistencia de periodos de carencia: el artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 eliminó los periodos de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, De acuerdo con el artículo 2.1.3.4 del Decreto 780 de 2016 el afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del Plan de Beneficios desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad. Las novedades sobre la condición del afiliado en ningún caso podrán afectar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

1.3.2. Cobertura de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC

Servicios y tecnologías de salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", deberán ser garantizados por la EPS, con cargo a los recursos que recibe para tal fin, en todas las fases de la atención, para todas las enfermedades y condiciones clínicas, sin que trámites de carácter administrativo se conviertan en barreras para el acceso efectivo al derecho a la salud.

1.3.2.1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Cobertura de promoción y prevención: la EPS deberá identificar los riesgos en salud de su población de afiliados para que, de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los lineamientos de política pública vigente, puedan establecer acciones eficientes y efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Promoción de la salud: en los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC se incluye toda actividad de información, educación, y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para el control de enfermedades crónicas no transmisibles, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigente.

Prevención de la enfermedad: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para la prevención de la enfermedad, incluyen las tecnologías en salud y servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN". La EPS apoya la vigilancia de su cumplimiento, a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigente.

Condón masculino: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el condón masculino de látex para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) y la planificación familiar. Su financiación está sujeta a prescripción en consulta de planificación familiar o consejería, de conformidad con las normas que reglamentan la materia.

Aplicación de vacunas: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la aplicación de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), así como aquellos contenidos en "LA RESOLUCIÓN" para casos especiales. Es responsabilidad de la EPS garantizar el acceso y la administración de los biológicos del PAI, suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas aplicables.

ESQUEMA DE VACUNACION DE COLOMBIA PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES-PAI

EDAD	VACUNA	DOSIS	CAMBIOS	
A los 2 meses	BCG	Única	Sin cambio	
	Hepatitis B	Recién nacido	Sin cambio	
	Pentavalente	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Primera	Sin cambio
		Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)		
		Hepatitis B		
	Polio	Primera	Sin cambio	
	Rotavirus	Primera	Sin cambio	
Neumococo	Primera	Sin cambio		
A los 4 meses	Pentavalente	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Segunda	Sin cambio
		Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)		
		Hepatitis B		
	Polio	Segunda	Sin cambio	
	Rotavirus	Segunda	Sin cambio	
	Neumococo	Segunda	Sin cambio	
A los 6 meses	Pentavalente	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Tercera	Sin cambio
		Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)		
		Hepatitis B		
	Polio	Tercera	Sin cambio	
	Influenza estacional	Primera	Sin cambio	
A los 7 meses	Influenza estacional	Segunda	Sin cambio	
A los 12 meses	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Primera	Sin cambio	
	Varicela	Primera	Sin cambio	
	Neumococo	Refuerzo	Sin cambio	
	Hepatitis A	Única	Sin cambio	
A los 18 meses	Pentavalente	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Primer refuerzo	Cambió la vacuna de DPT por dosis de refuerzo con pentavalente.
		Haemophilus Influenzae tipo b (Hib)		
		Hepatitis B		
	Polio	Primer refuerzo	Sin cambio	
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Refuerzo	Se adiciona la dosis de refuerzo a los 18 meses o antes de cumplir los 5 años. Se adelanta esta dosis la cual estaba a los 5 años	
	Fiebre Amarilla (FA)	Única	Sin cambio	

A los 5 años	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo	Sin cambio
	Polio	Segundo refuerzo	Sin cambio
	Varicela	Refuerzo	Sin cambio
Niñas de 9 a 17 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)**	Única	Cambia a partir del 30 de septiembre esquema a 1 dosis para niñas entre 9 y 17 años
Niños de 9 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)**	Única	Se adiciona a esquema nacional niños de 9 años de edad para aplicación de única dosis de VPH
Mujeres en Edad Fértil (MEF) entre los 10 y 49 años	Toxoide tetánico y diftérico del adulto (Td)***	5 dosis: Td1: dosis inicial Td2: al mes de Td1 Td3: a los 6 meses de Td2 Td4: al año de Td3 Td5: al año de Td4 Refuerzo cada 10 años	Difteria - Tétanos - Tétanos neonatal
Gestantes	Influenza estacional	Una dosis a partir de la semana 14 de gestación en cada embarazo	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	Covid	A partir de la semana 12	La dosis adicional se debe administrar cuando hayan pasado 6 meses de su esquema de vacunación (Esquema primario y/o refuerzos). Se debe garantizar una dosis por cada embarazo.
	Tdap (Tétanos - Difteria - Tos ferina Acelular)	Dosis única a partir de la semana 26 de gestación en cada embarazo	Tétanos neonatal - Difteria - Tos ferina del recién nacido
Adultos de 60 años y más	Influenza estacional	Anual	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza

ESQUEMA DE VACUNACIÓN COVID 19

EDAD DE APLICACIÓN	PRIMERA DOSIS	SEGUNDA DOSIS	PRIMER REFUERZO	SEGUNDO REFUERZO
6 meses a 2 años	Fecha elegida	28 días posteriores a la primera dosis	NO APLICA	NO APLICA
3 a 5 años	Fecha elegida	28 días posteriores a la primera dosis	NO APLICA	NO APLICA
6 a 11 años	Fecha elegida	28 días posteriores a la primera dosis	NO APLICA	NO APLICA
12 a 17 años	Fecha elegida	28 días posteriores a la primera dosis	4 meses posterior a esquema primario (segunda dosis)	NO APLICA
18 años y más	Fecha elegida	28 días posteriores a la primera dosis	4 meses posterior a esquema primario (segunda dosis)	4 meses posterior a Primer refuerzo

GRUPOS PRIORIZADOS PARA DOSIS ADICIONAL

Grupo priorizado	Observación
Gestantes	Cuando hayan pasado 6 meses de su esquema de vacunación (Esquema primario y/o refuerzos). Se debe garantizar una dosis por cada embarazo.
Mayores de 60 años	Se debe administrar después que hayan pasado al menos 12 meses de su esquema de vacunación (Esquema primario y/o refuerzos).
Población con Comorbilidades	Una dosis adicional al menos 6 meses luego de su última dosis.
Talento Humano de Salud	Se debe administrar después que hayan pasado al menos 12 meses de su esquema de vacunación (Esquema primario y/o refuerzos).

1.3.2.1.1. Programas de promoción y mantenimiento de la salud

La Política de Atención Integral en Salud PAIS, promulgada por el Ministerio de Salud en 2016, como un enfoque para la prestación de servicios de salud atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población.

El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Con el fin de avanzar en el desarrollo de la PAIS y de garantizar efectivamente el derecho fundamental a la salud es preciso desarrollar e implementar un modelo de acción integral fundamentado en la Atención Primaria en Salud, centrado en las personas, familias y comunidades que asegure una efectiva participación social y comunitaria. Este modelo se denomina Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE y se adopta mediante la Resolución 2626 de 2019.

Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

El objetivo de las Rutas Integrales de Atención en Salud en adelante “RIAS” es regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad, además involucran a los afiliados quienes a través del autocuidado, contribuyen al fortalecimiento de la gestión integral del riesgo en salud.

Están dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en los afiliados, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores con un enfoque de derechos, desarrollo humano y curso de vida, se interesa en la manera en que un sujeto cambia a lo largo de la misma y cómo interviniendo en diferentes momentos se pueden impactar los resultados en salud.

Categorías de atención

- **Acciones de gestión de la salud pública:** acciones de elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas con enfoque de curso de vida y orientado a la generación de gobernanza en salud. A través de ellas se orientan los procesos sectoriales e intersectoriales que garantizan la atención integral en salud.
- **Prevención de la enfermedad:** el Plan de Beneficios en Salud cubre las tecnologías en salud para prevención de la enfermedad, se debe apoyar la vigilancia del cumplimiento a través de los indicadores definidos en las RIAS con ese propósito.
- **Promoción de la salud:** contempla las intervenciones poblacionales y de educación para la salud dirigidas a las personas, familias y comunidades en búsqueda del autocuidado.
- **Programas de gestión integral del riesgo en salud:** son las acciones planteadas en las RIAS organizadas en programas para el control y manejo de enfermedades específicas, entre las que se encuentran: obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, cáncer de colon y cáncer gástrico.

Clasificación de las RIAS

a. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.

Comprende acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones de carácter individual y

colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones; la protección específica y la educación para la salud. Esta ruta se aplica para toda la población residente en el territorio.

En el momento de la adscripción las personas deberán suministrar la información necesaria sobre su estado de salud y los riesgos a que estén expuestos, con el objeto de organizar programas y acciones que garanticen su mejor atención. Tales datos estarán sujetos a la confidencialidad establecida para la historia clínica.

Las RIAS establecen acciones de promoción de la salud incluidas en el Plan de Beneficios, y que corresponden a todas las actividades de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados de todo grupo de edad y género, de manera preferencial para la población infantil y adolescente, población de mujeres gestantes y lactantes, la población en edad reproductiva y el adulto mayor, para fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles.

El Plan de Beneficios en Salud cubre todas las tecnologías en salud para la promoción y mantenimiento de la salud según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas de toda edad y género para tales efectos.

El Plan de Beneficios en Salud contempla la atención preventiva en salud bucal en cada uno de los grupos de edad y la aplicación del biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor.

Los momentos de cursos de vida y su conceptualización acogidos por la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud son:

Atención de la morbilidad neonatal: el recién nacido tiene derecho a la cobertura de todas las tecnologías definidas en el Plan de Beneficios en Salud desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluye las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido) y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente.

Primera infancia niños y niñas hasta los 5 años

- Valorar y detectar tempranamente alteraciones en la salud desde el nacimiento.
- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar.
- Vacunar según esquema vigente.
- Intervenir los riesgos detectados.
- Desarrollar habilidades para el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Infancia niños y niñas desde los 6 hasta los 11 años

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud bucal.

- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud mental.
- Valorar la dinámica familiar.
- Vacunar según esquema vigente.
- Intervenir los riesgos detectados.
- Desarrollar habilidades para el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Adolescencia hombres y mujeres de 12 a 17 años

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la dinámica familiar.
- Valorar la salud mental.
- Vacunar según esquema vigente.
- Intervenir los riesgos detectados.
- Desarrollar habilidades para el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Juventud hombres y mujeres de 18 a 28 años

- Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud mental.
- Vacunar según esquema vigente.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la salud del trabajador.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Detectar tempranamente alteraciones en la salud de los jóvenes.
- Intervenir los riesgos detectados.
- Desarrollar habilidades para el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Adulthood hombres y mujeres de 29 a 59 años

- Vacunar según esquema vigente.
- Valorar el desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional).
- Valorar las prácticas alimentarias.
- Valorar la salud visual.
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la salud mental.
- Detectar tempranamente alteraciones en la salud del adulto.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar la salud del trabajador.

- Intervenir los riesgos detectados.
- Desarrollar habilidades para el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludables.

Vejez hombres y mujeres de 60 años y más

- Valorar la capacidad funcional.
- Valorar el estado nutricional.
- Valorar la salud bucal.
- Valorar la salud auditiva y comunicativa.
- Valorar la salud sexual y reproductiva.
- Valorar la salud mental.
- Detectar tempranamente alteraciones en la salud del adulto mayor.
- Valorar la dinámica familiar como apoyo al desarrollo integral.
- Valorar la salud del trabajador.
- Vacunar según esquema vigente.
- Intervenir los riesgos detectados.

Actividades de detección temprana

La ruta de promoción y mantenimiento de la salud incluye actividades de detección temprana las cuales permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Dentro de estas actividades se encuentran:

- **Tamizaje para anemia:** Examen de sangre (hemoglobina y hematocrito) en mujeres una vez entre los 10 y 13 años y una vez entre los 14 y 17 años.
- **Tamizaje de riesgo cardiovascular:** Solicitud de perfil lipídico, glicemia basal, creatinina, uroanálisis cada 5 años a los adultos mayores de 29 años.
- **Tamizaje para cáncer de cuello uterino:** Citología cervicovaginal a mujeres desde los 25 años o antes si has iniciado vida sexual hasta los 65 años, o pruebas ADN/VPH para mujeres de 30 a 65 años.
- **Tamizaje para cáncer de mama:** Examen físico rutinario de seno en mujeres, practicado por el médico, el cual deberá realizarse mínimo una vez al año a partir de los 40 años y realización de mamografía cada dos años, a partir de los 50 y hasta los 69 años.
- **Tamizaje para cáncer de colon y recto:** Examen de sangre oculta en materia fecal para la detección temprana de cáncer de colon cada 2 años para adultos a partir de los 50 y hasta los 75 años.
- **Tamizaje para cáncer de próstata:** Realización tacto rectal y Antígeno prostático (PSA) en hombres cada 5 años a partir de los 50 y hasta los 75 años.

Estrategias de Demanda Inducida

Para acceder a las Actividades de Promoción y Mantenimiento de la Salud, ALIANSALUD EPS tiene comunicación por medios masivos e individualizados. Para lograr la información sobre las actividades de promoción y mantenimiento de la salud establecidas de manera obligatoria en la normatividad PAIS, y RIAS se emplearán los datos registrados en el formulario de afiliación o actualizados ante **ALIANSALUD EPS**, como:

- Mensajes de texto al teléfono móvil.
- Comunicaciones a la dirección de correo electrónico.
- Llamada al teléfono fijo o móvil.

Recuerde, para mantenerlo informado es muy importante actualizar los datos de contacto y siempre que cambie de domicilio resulta pertinente que lo notifique a la EPS.

b. Ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo.

Incorpora intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación.

El Ministerio de Salud y Protección Social define las siguientes rutas dirigidas a 16 grupos de riesgo:

- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades respiratorias crónicas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.
- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones en la salud bucal.
- RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer.
- RIAS para población materno – perinatal. El Plan de Beneficios cubre la atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso preconcepcional, gestación, parto y puerperio en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto, o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del binomio madre - hijo.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedad y accidentes laborales.
- RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente.
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades huérfanas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos visuales y auditivos.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos degenerativos, neuropatías y autoinmunes.

c. Ruta integral de atención en salud para eventos específicos.

Estas rutas se definen a partir de aquellos eventos específicos priorizados por cada grupo de población en riesgo a que se refiere el numeral anterior.

1.3.2.2. Recuperación de la salud

Acciones para la recuperación de la salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contemplados en “LA RESOLUCIÓN” para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad o género, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigente.

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC **incluyen atención de urgencias** del paciente, la observación en dicho servicio, **atención ambulatoria, atención con internación**, cuando el profesional tratante lo considere pertinente, de conformidad con las normas de calidad en servicios y unidades habilitadas para tal fin. Los servicios incluyen la internación en habitación compartida, salvo que por criterio del profesional tratante este indicado el aislamiento y la oportuna y adecuada remisión cuando no se cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud. necesidades de salud.

Para la prestación o utilización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC no existen limitaciones ni restricciones en cuanto al periodo de permanencia del paciente en cualquiera de los servicios de internación, siempre y cuando se acoja al criterio del profesional tratante.

La internación en salud mental se describe en el numeral 1.3.2.6. Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y de cuidados básicos, de conformidad con el criterio del médico responsable de la unidad o del médico tratante.

No se financia la atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de salud tratante, ni pacientes con diagnóstico de muerte cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, para este caso se financia la estancia hasta por 24 horas, siendo la EPS del donante la responsable de esta financiación con recursos de la UPC.

No será financiada con cargo a los recursos de la UPC la internación prolongada, cuando esta sea, por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Atención domiciliaria: la atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está financiada con recursos de la UPC en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Esta financiación está dada sólo para el ámbito de la salud. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme con la recomendación médica, la EPS será responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención sean las adecuadas, según lo dispuesto en las normas vigentes.

Atención integral del proceso de gestación, parto y puerperio: para la atención integral de la gestación, parto y puerperio, la financiación con recursos de la UPC incluye todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", en las modalidades de atención ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria: articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Medicina y terapias alternativas y complementarias: la EPS podrá incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

1.3.2.3 Procedimientos

Analgesia, anestesia y sedación: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la analgesia, anestesia y sedación y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, así no se encuentren explícitamente descritos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos a la UPC" del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC", cuando se requieran para la realización o utilización de las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluida la atención del parto.

Combinaciones de tecnologías en salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN" cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas. Si dentro de la combinación de tecnologías en salud se requieren tecnologías o servicios que no se encuentran financiados con recursos de la UPC, la EPS

garantizará las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN" con recursos y aquellas no financiadas con recursos de la UPC, se garantizarán con los recursos correspondientes, bajo el principio de complementariedad.

Trasplantes: para la realización de los trasplantes financiados con recursos de la UPC, se incluyen las tecnologías en salud y los servicios complementarios, necesarios y contenidos en "LA RESOLUCIÓN".

La prestación comprende:

1. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la EPS o la entidad que haga sus veces, responsable del receptor.
2. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
3. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
4. Preparación del paciente y atención o control post trasplante.
5. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
6. Los medicamentos se financian conforme a lo dispuesto en "LA RESOLUCIÓN".
 - Entiéndase como una actividad inherente a los estudios previos y obtención del órgano, la búsqueda del donante.
 - Los trasplantes de órganos diferentes a los contenidos en "LA RESOLUCIÓN", no se financian con recursos de la UPC, se garantizarán con los recursos correspondientes, bajo el principio de complementariedad.

Injertos: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los injertos necesarios para los procedimientos contenidos en "LA RESOLUCIÓN", bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos. La financiación con recursos de la UPC también incluye los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

Suministro de sangre total o hemocomponentes: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los productos de banco de sangre listados en "LA RESOLUCIÓN", de conformidad con las normas que regulan la materia.

Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud y los servicios correspondientes al banco de sangre, las IPS y las EPS no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de hemocomponentes como contraprestación a una atención en salud.

Atención en salud oral: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud oral y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN".

- Cuando se trate de procedimientos odontológicos en pacientes en condiciones especiales que ameriten anestesia general sedación asistida, de acuerdo con el criterio del profesional tratante, esta se encuentra financiada con recursos de la UPC.
- Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las obturaciones, independientemente del número de superficies a obturar que sean necesarias a criterio del profesional tratante; así como los materiales de obturación como resinas de fotocurado, ionómero de vidrio y amalgama.

Se financian con recursos de la UPC tratamientos de periodoncia, endodoncia, ortodoncia, las prótesis dentales, así como todos los procedimientos descritos en el Anexo 2 de "LA RESOLUCIÓN", siempre y cuando no tengan una finalidad principal cosmética o suntuaria.

Tratamientos reconstructivos: los tratamientos reconstructivos definidos en el Anexo 2 "Listado de Procedimientos en Salud financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral de "LA RESOLUCIÓN", se financian con recursos de la UPC en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

Finalidad del procedimiento: Los procedimientos descritos en el Anexo 2 "Listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC", que hacen parte integral de "LA RESOLUCIÓN", se financian con recursos de la UPC en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

1.3.2.4 Medicamentos

Medicamentos: los servicios y tecnologías de salud financiados con recurso de la UPC incluyen los medicamentos de acuerdo con las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el Anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación", que hace parte integral de "LA RESOLUCIÓN". Para la financiación deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos contenidos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", al igual que otros que también se consideren financiados con dichos recursos de la UPC, atendiendo a lo dispuesto en "LA RESOLUCIÓN", deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las EPS o las entidades que hagan sus veces.

Los medicamentos descritos en el Anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC" en "LA RESOLUCIÓN", se consideran financiados con recursos de la UPC, cualquiera que 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 blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas, sin modificar la indicación autorizada, salvo especificaciones descritas.

Prescripción: la prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que cumplan las condiciones descritas en "LA RESOLUCIÓN".

En el caso de los medicamentos anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros 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.

Indicaciones autorizadas: la financiación de medicamentos con recursos de la UPC aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo en aquellos casos en que el Anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC", describa usos específicos que limiten su financiación.

1. Cuando en la columna de aclaración del Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", no se indique un uso específico, se consideran financiadas con recursos de la UPC todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA en el registro sanitario para todos los medicamentos de un mismo principio activo y forma farmacéutica, así como las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.
2. Las indicaciones aprobadas por el INVIMA para un medicamento en diferentes registros sanitarios se consideran financiadas con recursos de la UPC y armonizadas en su financiación, en cuanto a que, si en un solo registro sanitario se define una indicación específica, la misma se considerará financiada con recursos de la UPC para todos los medicamentos con diferente registro sanitario y que presenten igual principio activo, concentración y forma farmacéutica.
3. Cuando un medicamento financiado con recursos de la UPC tenga un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso no se considera financiado con recursos de la UPC, independientemente de que el principio activo no tenga aclaración de uso en el listado de medicamentos del anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC".

Combinaciones de dosis fijas (CDF): con el ánimo de simplificar los esquemas de

medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los medicamentos en combinaciones de dosis fijas según lo definido en "LA RESOLUCIÓN".

Será el médico tratante en su autonomía profesional evalúe la relación riesgo/beneficio y pertinencia para cada paciente, en hacer uso de estas CDF, frente a utilizar los medicamentos con cada principio activo por separado.

Será la IPS en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos de tratamiento, sin dejar de lado las normas que regulan la materia, tales como la relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos incluidos en el régimen de control directo.

Presentaciones comerciales y equivalencias: la financiación de los medicamentos con recursos de la UPC es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras).

Registro sanitario: el tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un producto no establece por sí mismo la financiación de los medicamentos con recursos de la UPC, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Almacenamiento y distribución: las formas de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro de medicamentos no determinan ni limitan la financiación con recursos de la UPC.

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el suministro del oxígeno gas, independientemente de las formas de almacenamiento, producción, transporte, dispensación o aplicación, tales como: bala, concentrador o recarga, entre otras, bajo el principio de integralidad.

Administración de medicamentos: para el acceso efectivo a los medicamentos financiados con recursos de la UPC, está incluida toda forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante.

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todo equipo o dispositivo médico para toda forma de administración, como infusión parenteral o enteral, controlada o regulada, entre otras, de medicamentos financiados con la UPC, tales como, las bombas de insulina, jeringas prellenadas, cartuchos o plumas precargadas, de acuerdo con el ordenamiento médico.

Fórmulas magistrales: las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC se consideran igualmente financiadas con recursos de la UPC y deberán ser garantizadas por la EPS.

Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos: la EPS deberá garantizar el acceso a los medicamentos financiados con recursos de la UPC de forma ininterrumpida y continua tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante y las normas vigentes.

Medicamentos de programas especiales: la EPS garantiza el acceso y la administración de los medicamentos de programas especiales previstos en el articulado y descritos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", en la sección B.

-Medicamentos para programas especiales en salud pública-, que hace parte integral de "LA RESOLUCIÓN" y que son suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

Radiofármacos: estos medicamentos se consideran financiados con recursos de la UPC cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear contenidos en dicha financiación, tanto en diagnóstico, como en tratamiento y no requieren estar descritos explícitamente en el listado de medicamentos.

Medios de contraste: la EPS garantiza los medios de contraste correspondientes a los descritos explícitamente en el anexo 1 "Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral de "LA RESOLUCIÓN".

Medios diagnósticos: los medicamentos diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral de "LA RESOLUCIÓN", también serán financiados con recursos de la UPC cuando sean usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos financiados con recursos de la UPC.

Soluciones y diluyentes: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las soluciones de uso médico, aunque no estén descritas en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral "LA RESOLUCIÓN", por considerarse insustituibles para la realización de algún procedimiento financiado con recursos de la UPC, de acuerdo con lo definido en "LA RESOLUCIÓN".

Actividades y procesos propios del servicio farmacéutico: la EPS es responsables de garantizar que el manejo, conservación, dispensación, distribución de medicamentos o cualquier otro proceso definido por la normatividad vigente para el servicio farmacéutico, que implique servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, se realice 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.

Sustancias y medicamentos para nutrición: la financiación de sustancias nutricionales con recursos de la UPC es la siguiente:

1. Aminoácidos esenciales y no esenciales con o sin electrolitos utilizados para alimentación enteral o parenteral (incluyendo medicamentos que contengan dipéptidos que se fraccionan de manera endógena).
2. Medicamentos parenterales en cualquier concentración, descritos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", de "LA RESOLUCIÓN" utilizados para los preparados de alimentación parenteral.
3. La fórmula láctea se encuentra cubierta exclusivamente para las personas menores de 12 meses de edad, que son hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA, según posología del médico o nutricionista tratante.
4. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según la guía de la Organización Mundial de la Salud - OMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores entre seis (6) veinticuatro (24) meses de edad.

No se financia con cargo a la UPC las nutriciones enterales u otros productos como suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos para nutrición, edulcorantes o sustitutos de la sal o intensificadores de sabor y cualquier otro diferente a lo dispuesto en "LA RESOLUCIÓN".

Prescripción de acuerdo con guías de práctica clínica: la prescripción de medicamentos deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por el Ministerio de Salud como Guías de Práctica Clínica (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; informes de formulación, uso y posicionamiento 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.

Concordancia entre la cantidad prescrita de medicamento y la cantidad dispensada: La cantidad de medicamento dispensado deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito, en cumplimiento de lo señalado en la normatividad vigente.

1.3.2.5. Dispositivos médicos

Dispositivos médicos: en desarrollo del principio de integralidad establecido en "LA RESOLUCIÓN", la EPS debe 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 prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en "LA RESOLUCIÓN".

Lentes externos: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato), en las siguientes condiciones:

1. En el Régimen Contributivo:

Se financia con recursos de la UPC una (1) vez cada año en las personas de doce (12) años de edad o menos y una vez cada cinco (5) años en los mayores de doce (12) años de edad, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye la adaptación del lente formulado a la montura: el valor de la montura es asumido por el usuario.

2. En el Régimen Subsidiado:

- a. Para personas menores de 21 años y mayores de 60 años de edad, se financian con recursos de la UPC una vez al año, por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye el suministro de la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.
- b. Para las personas mayores de 21 y menores de 60 años de edad se financian con recurso de la UPC los lentes externos una vez cada cinco años por prescripción médica o por optometría para defectos que disminuyan la agudeza visual. La financiación incluye la adaptación del lente formulado a la montura; el valor de la montura es asumido por el usuario.

No se financia filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Ayudas técnicas: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las siguientes ayudas técnicas:

1. Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas), para los procedimientos quirúrgicos financiados con recursos de la UPC.
2. Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis), para miembros inferiores y superiores, incluyendo su adaptación, así como el recambio por razones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
3. Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros), para los procedimientos financiados con recursos de la UPC.
4. Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética).

Están financiados con recursos de la UPC las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo, en los casos en que aplique (incluye entrenamiento de uso), con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo el deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial. No se financian con cargo a la UPC sillas de ruedas, plantillas y zapato ortopédicos.

1.3.2.6 Salud mental

Atención de urgencias en salud mental: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención de urgencias en servicios debidamente habilitados, del paciente con trastorno o enfermedad mental, incluyendo la observación en urgencias.

Psicoterapia ambulatoria para la población general: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, familiar y de pareja.

No se financia con cargo a la UPC el tratamiento de psicoanálisis para ningún grupo poblacional.

Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia: Con cargo a los recursos de la UPC, se financia la psicoterapia ambulatoria para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante.

La financiación con recursos de la UPC para las prestaciones en salud especiales en salud mental para personas menores de 18 años se encuentra descrita en el título IV de “LA RESOLUCIÓN”.

Atención con internación en salud mental para la población en general: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, dentro del ámbito de la salud.

- En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en el servicio de hospitalización parcial según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tiene límites para su financiación con recursos de la UPC.

No será financiada con cargo a los recursos de la UPC, la internación cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud sea una asistencia social o un abandono social.

La financiación con recursos de la UPC para las prestaciones especiales en salud mental para personas menores de 18 años de edad se encuentra descrita en la cobertura preferente y diferencial agrupada por ciclos vitales para personas menores de dieciocho (18) años de edad (ver 1.3.3).

Atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia: con cargo a los recursos de la UPC se financia la atención con internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, en sustitución de lo dispuesto en “LA RESOLUCIÓN”, así:

- En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará de manera preferente en hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

No será financiada con cargo a los recursos de la UPC la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

1.3.2.7 Atención paliativa

Atención paliativa: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación o atención domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, según criterio del profesional tratante, salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 24 de la “LA RESOLUCIÓN”.

1.3.3. Cobertura preferente y diferencial agrupada por momentos de curso de vida para personas menores de dieciocho (18) años de edad

Promoción y prevención: la EPS deberá identificar los riesgos de salud de su población afiliada menor de dieciocho (18) años de edad, para que de conformidad con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y los lineamientos de política pública vigentes, puedan establecer acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Promoción de la salud: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen toda actividad de información, educación, capacitación y comunicación a los afiliados infantes y adolescentes, destinada al fomento de factores protectores, la inducción a estilos de vida saludables y para control de enfermedades crónicas no transmisibles, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Protección específica y detección temprana: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las actividades, las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCION" para la protección específica y detección temprana, según las normas técnicas vigentes, incluyendo la identificación y canalización de las personas menores de dieciocho (18) años de edad para tales efectos, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Prevención de la enfermedad: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las acciones, tecnologías en salud y los servicios incluidos en "LA RESOLUCION" para prevención de la enfermedad en población infantil y adolescentes. La EPS debe apoyar en la vigilancia a través de los indicadores de protección específica y detección temprana, definidos con ese propósito, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Atención para la recuperación de la salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación, requeridas en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad intramural (ambulatoria u hospitalaria) y extra "mural (domiciliaria), según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Restablecimiento de la salud a la población menor de dieciocho (18) años de edad, cuyos derechos han sido vulnerados: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios "LA RESOLUCION", requeridos para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes, víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas; de conformidad con lo establecido en el artículo 19 de la Ley 1436 de 2011. La EPS deberá diseñar e implementar programas para garantizar la atención integral en cada caso.

1.3.3.1. Atención a personas desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años de edad

Atención prenatal: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", que se requieran para cualquier atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad. Ello incluye las afecciones relacionadas con las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación y parto o que signifiquen un riesgo para la viabilidad del producto o la supervivencia y salud del recién nacido, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Atenciones de detección temprana: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las atenciones para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN" y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Atenciones de protección específica: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las atenciones preventivas en salud bucal y la aplicación del biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la

incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente financia la topicación con barniz de flúor, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Atención de la morbilidad neonatal: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN" para el recién nacido, desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización, de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante. Incluyen las atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, establecidas en las normas técnicas de protección específica para la atención del parto (adaptación neonatal y complicaciones del recién nacido) y la atención del recién nacido, de acuerdo con lo definido por la normatividad vigente, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Atención a hijos de madres con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA: los hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA tienen derecho a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en este acto administrativo, para la atención en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, aunque el diagnóstico de infección por VIH/SIDA sea presuntivo y no haya sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Complementos nutricionales: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen en este ciclo vital lo siguiente:

1. Fórmula láctea para niños lactantes hasta los doce (12) meses de edad que sean hijos de madres con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, según el criterio del médico o nutricionista tratante.
2. Alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc, según guía de la Organización Mundial de la Salud - OMS (uso de micronutrientes en polvo para la fortificación domiciliar de los alimentos consumidos por lactantes y niños), para personas menores de edad, entre seis (6) y veinticuatro (24) meses.

Atención de urgencias: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contienen las tecnologías y servicios necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Atención para la recuperación de la salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad intramural (ambulatoria u hospitalaria) y extramural (domiciliaria), según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría y medicina familiar financiados con recursos de la UPC de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general; sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes y todas las tecnologías en salud y los servicios incluidos en "LA RESOLUCIÓN", para la atención de personas menores de seis (6) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual presuntiva o confirmada.

Atención a personas menores de seis (6) años de edad con trastornos alimentarios: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios de que trata "LA RESOLUCIÓN" para la atención de personas menores de seis (6) años de edad con trastornos alimentarios.

Atención a personas menores con discapacidad: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención en salud, evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud: así como todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", para las personas con discapacidad física, sensorial o cognitiva desde la etapa prenatal hasta menores de seis (6) años de edad.

Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir de conformidad con la discapacidad y motivo de intervención.

Lentes externos y monturas: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los lentes externos una (1) vez cada año. Siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas.

En el Régimen Subsidiado la financiación con recursos de la UPC incluye además la montura, hasta por un valor equivalente al 10 % del salario mínimo legal mensual vigente.

La financiación con recursos de la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Atención en cáncer: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención del cáncer en las personas desde la etapa prenatal a menores de seis (6) años, lo que contempla todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN" Para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS deberá garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010 y 2026 de 2020, o aquellas que las modifiquen o sustituyan.

Atención paliativa: Las personas desde la etapa prenatal hasta menores de 6 años de edad tienen derecho a la financiación con recursos de la UPC de los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, internación o domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, que incluyen todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", según criterio del profesional tratante.

Atención en salud mental: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", contemplan todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención en salud mental, incluyendo la internación total o parcial para las personas menores de seis (6) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

- En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC no incluyen la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Psicoterapia ambulatoria: para las personas menores de seis (6) años de edad víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, incluyen la psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal y familiar, cuando ellos sea pertinente a criterio del profesional tratante.

Atención con internación en salud mental: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la internación de personas menores de seis (6) años de edad, con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo, así como víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes.

A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

No será financiada con cargo a la UPC la internación prolongada cuando esta sea por distinta atención al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

1.3.3.2. Atención a personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad

Atenciones de detección temprana: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las atenciones para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo, la agudeza visual y auditiva, alteraciones del embarazo con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCION" y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en la salud, causados por eventos no detectados oportunamente, articulado con los lineamientos de política pública vigentes.

Atenciones de protección específica: Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las atenciones preventivas en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes. Adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y disminuir el embarazo adolescente, los factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, cubre la topicación con barniz de flúor, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Atención de urgencias: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC contenidos en "LA RESOLUCION" contempla los servicios y las tecnologías en salud necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud según la normatividad vigente.

Atención para la recuperación de la salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad intramural (ambulatoria u hospitalaria) y extramural (domiciliaria), según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), conforme con los lineamientos de política pública vigentes, necesarios para la recuperación de la salud de las personas desde seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, además de los previstos para la población en general.

Asimismo, tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia y medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico

general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Atención del embarazo: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC contenidos en "LA RESOLUCION", incluyen la atención integral de la gestación, parto y puerperio, atenciones en salud ambulatoria o con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCION", para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes. Se financia con recursos de la UPC el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

Atención a personas menores con diagnóstico de infección por el VIH/SIDA: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCION" en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, aun si el diagnóstico de infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual presuntiva o confirmada.

Atención a personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad con trastornos alimentarios: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para las personas de seis (6) a menores de catorce (14) años de edad, con trastornos alimentarios.

Atención a personas menores con discapacidad: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCION", incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, realizadas por profesionales de la salud, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, con discapacidad física, sensorial o cognitiva.

Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

Lentes y monturas: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC contemplan los lentes externos, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, sin filtros ni películas, así:

1. Para el Régimen Contributivo, se financian con recursos de la UPC una (1) vez cada año para las personas de doce (12) años de edad o menos y una vez cada cinco años para las personas mayores de (12) años de edad.

2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se financian con recursos de la UPC una (1) vez cada año. La financiación con recursos de la UPC incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

La financiación con cargo a la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Atención en cáncer: los servicios y tecnologías de salud financiados con los recursos de la UPC, contenidos "LA RESOLUCIÓN", incluyen la atención del cáncer de las personas de seis (6) años a menores de 14 años de edad para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente. Las EPS deberá garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010 y 2026 de 2020 o aquellas que las modifiquen o sustituyan.

Atención paliativa: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención de los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de las personas desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", según criterio del profesional tratante.

Atención en salud mental: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en el presente acto administrativo, incluyen todas las tecnologías en salud, los servicios y la hospitalización total o parcial para la atención en salud mental, de las personas desde los seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

- En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

A criterio del profesional de la salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación prolongada cuando no sea por atención al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Psicoterapia ambulatoria: para las personas de seis (6) años a menores de 14 años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, la financiación con recursos de la UPC para la psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, de pareja y familiar será cuando ello sea pertinente a criterio del profesional tratante.

Atención con internación en salud mental: para las personas de seis (6) años a menores de catorce (14) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen la atención con internación en salud mental.

- En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC. La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación prolongada cuando no sea por atención al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

1.3.3.3. Atención para personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad

Atenciones de detección temprana: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las atenciones para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN" y de acuerdo con lo definido por las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Atenciones de protección específica: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las atenciones preventivas en salud bucal y la aplicación de biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y atención en planificación familiar, en concordancia con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, embarazo adolescente y disminuir factores de riesgo para la aparición de caries y enfermedad periodontal. Igualmente, financia la topicación con barniz de flúor, articulado con lo dispuesto en los lineamientos de política pública vigentes.

Atención de urgencias: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", contemplan las tecnologías en salud y los servicios necesarios para la atención de urgencias del paciente, incluyendo la observación en servicios debidamente habilitados para tal fin, la oportuna y adecuada remisión cuando no cuente con el nivel de resolución para dar respuesta a las necesidades de salud, según la normatividad vigente.

Atención para la recuperación de la salud: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad, requeridos en la atención de cualquier contingencia de salud que se presente, en la modalidad ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, según el criterio del profesional tratante, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes, necesarias para la recuperación de la salud de las personas desde catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, además de las previstas para la población en general.

Asimismo, dichas personas tienen acceso a los servicios de pediatría, obstetricia o medicina familiar, financiados con recursos de la UPC, de forma directa, es decir, sin previa remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.

Embarazo en adolescentes: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN" incluyen la atención integral de la gestación, parto y puerperio, las atenciones en salud ambulatoria o con internación por la especialidad médica que sea necesaria. Se incluye la atención de las afecciones relacionadas, las complicaciones y las enfermedades que pongan en riesgo el desarrollo y culminación normal de la gestación, parto y puerperio, o que signifiquen un riesgo para la vida de la madre, la viabilidad del producto o la supervivencia del recién nacido.

Asimismo, las adolescentes embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención, garantizándoles todas las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN" para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, parto y recién nacido, la protección específica y la atención de

eventos en salud pública, acorde con las normas técnicas vigentes adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con lo dispuesto en los lineamiento de política pública vigentes.

Se financia con recursos de la UPC el acceso directo a la atención especializada obstétrica, es decir, sin remisión del médico general, sin que ello se constituya en limitación de acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta de servicios especializados en el municipio de residencia.

Atención a personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen la atención de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad con diagnóstico de infección por VIH/SIDA, en las diferentes fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, aún si el diagnóstico de la infección por VIH/SIDA es presuntivo y no ha sido confirmado, con sujeción a lo establecido por la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la infección por VIH/SIDA vigente, adoptada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Atención a víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y servicios para la atención de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar o violencia sexual presuntiva o confirmada.

Atención a personas de 14 años a menores de 18 años de edad con trastornos alimentarios: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad con trastornos alimentarios.

Atención a personas de 14 años a menores de 18 años de edad con discapacidad: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las evaluaciones, atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes, así como todas las tecnologías en salud y los servicios para la atención de la salud a las personas con discapacidad de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad. Será el profesional tratante quien determine el plan de tratamiento a seguir, de conformidad con la discapacidad motivo de intervención.

Lentes y monturas: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los lentes externos, siempre por prescripción médica o por optometría y para defectos que disminuyan la agudeza visual, incluyendo la adaptación del lente formulado en plástico (incluye policarbonato) o vidrio, así:

1. Para el Régimen Contributivo una (1) vez cada cinco años.
2. Para los afiliados al Régimen Subsidiado en este ciclo vital, se financia una (1) vez cada año.

La financiación incluye la adaptación del lente formulado y la montura hasta por un valor equivalente al 10% del salario mínimo legal mensual vigente.

La financiación con cargo a la UPC no incluye filtros o colores, películas especiales, lentes de contacto ni líquidos para lentes.

Atención en cáncer: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", contemplan la atención del cáncer en las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, lo que incluye todas las tecnologías en salud y los servicios para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, en servicios debidamente habilitados de conformidad con la normatividad vigente.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar el acceso efectivo, oportuno y continuo a las tecnologías en salud y los servicios financiados con recursos de la UPC, para atender los casos de niños y niñas con cáncer o con diagnóstico presuntivo de cáncer, en cumplimiento de lo ordenado en la Ley 1388 de 2010, modificada por la Ley 2026 de 2020 o aquella que modifique o sustituya.

Atención paliativa: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen la atención de los cuidados paliativos en la modalidad ambulatoria, con internación domiciliaria del enfermo en fase terminal y de pacientes con enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, de conformidad con lo establecido en la Ley 1733 de 2014, con las tecnologías en salud y los servicios contenidos en "LA RESOLUCIÓN", según criterio del profesional tratante salvo lo dispuesto en el parágrafo 4 del artículo 24.

Atención en salud mental: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contenidos en "LA RESOLUCIÓN", incluyen las tecnologías en salud y los servicios para la internación total o parcial de las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad que lo requieran, a criterio del profesional tratante.

- En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recursos de la UPC.

La financiación con cargo a la UPC no incluye la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

Psicoterapia ambulatoria: para las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, trastornos alimentarios, con consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, contemplan la psicoterapia ambulatoria con psicoterapia individual, grupal, de pareja y familiar.

Atención con internación en salud mental: para las personas de catorce (14) años a menores de dieciocho (18) años de edad, víctimas de violencia intrafamiliar, violencia sexual, con trastornos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol), así como personas con discapacidad, los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC.

- En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

A criterio del profesional de salud tratante, la internación en salud mental se manejará preferentemente en el servicio de hospitalización parcial, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin. Este tipo de internación no tendrá límites para su financiación con recurso de la UPC.

La financiación con cargo a la UPC no financiará la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia social o un abandono social.

1.3.4 Transporte y estadía

Traslado de pacientes: los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada), en los siguientes casos:

1. Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en ambulancia.
2. Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente, para estos casos está financiado con recursos de la UPC el traslado en ambulancia en caso de contrareferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el sitio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente. Así mismo, se financia el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

Transporte del paciente ambulatorio: el servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia para acceder a una atención financiada con recursos de la UPC, no disponible en el lugar de residencia del afiliado, será financiado en los municipios o corregimientos con la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Las EPS o las entidades que hagan sus veces igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario deba trasladarse a un municipio distinto al de su residencia para recibir los servicios mencionados en "LA RESOLUCIÓN" o cuando existiendo estos en su municipio de residencia, la EPS o la entidad que haga sus veces no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios.

Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS o la entidad que haga sus veces recibe o no una UPC diferencial.

Transporte de cadáveres: la financiación con cargo a la UPC no incluye el transporte o traslado de cadáveres, como tampoco los servicios funerarios.

Estadía: las Empresas Promotoras de Salud – EPS, asumirán los gastos de estadía en aquellos casos en los que la ley así lo defina.

1.3.5. Eventos y servicios de alto costo

Alto costo: sin implicar modificaciones en los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, entiéndase como alto costo los siguientes eventos y servicios:

1. Atención integral para el trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multivisceral y córnea.
2. Atención integral para la insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud para su atención y/o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario.
3. Atención integral para el manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinámica para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio.
4. Atención integral para el manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central incluyendo las operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran, asimismo, los casos de trauma que afectan la columna vertebral y/o el canal raquídeo siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica, bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.
5. Atención integral para la corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo incluyendo las tecnologías en salud de medicina física y rehabilitación que se requieran.
6. Atención integral para los reemplazos articulares.

7. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física.
8. Atención integral para el manejo del trauma mayor.
9. Atención integral para el diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA.
10. Atención integral de pacientes con cáncer.
11. Atención integral para el manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
12. Atención integral para el manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
13. Atención integral para el manejo de enfermedades huérfanas de pacientes inscritos en el registro nacional de enfermedades huérfanas.

Gran quemado: se entiende como evento de alto costo del gran quemado al paciente con alguno de los siguientes tipos de lesiones:

1. Quemaduras de 2° y 3° grado en más del 20% de la superficie corporal.
2. Quemaduras del grosor total o profundo, en cualquier extensión, que afectan a manos, cara, ojos, oídos, pies y perineo o zona ano genital.
3. Quemaduras complicadas por lesión por aspiración.
4. Quemaduras profundas y de mucosas, eléctricas y/o químicas.
5. Quemaduras complicadas con fracturas y otros traumatismos importantes.
6. Quemaduras en pacientes de alto riesgo por ser menores de 5 años y mayores de 60 años de edad o complicadas por enfermedades intercurrentes moderadas, severas o estado crítico previo.

Trauma mayor: se entiende por trauma mayor, el caso del paciente con lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior, que para su manejo médico quirúrgico requiera la realización de procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y que cualquiera de ellos se efectúe en un servicio de alta complejidad.

1.4. Condiciones para definir las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC Servicios y tecnologías no financiados con recursos públicos asignados a la salud:

Sin perjuicio de las aclaraciones de financiación de "LA RESOLUCIÓN", en el contexto de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, deben entenderse como no financiados con dichos recursos, aquellos servicios y tecnologías que cumplan alguna de las siguientes condiciones:

1. Tecnologías cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
2. Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que no corresponden al ámbito de la salud, aunque sean realizadas por personal del área de la salud.
3. Servicios no habilitados en el SGSSS, así como la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
4. Cambios de lugar de residencia o traslados por condiciones de salud, así sean prescritas por el médico tratante.
5. Servicios y tecnologías en salud conexos, así como las complicaciones derivadas de las atenciones en los eventos y servicios que cumplan los criterios de no financiación con recursos de la UPC, señalados en el artículo 154 de la Ley 1450 de 2011 y el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.

6. Servicios y tecnologías que no sean propiamente del ámbito de salud o que se puedan configurar como determinantes sociales de salud, conforme al artículo 9 de la Ley 1751 de 2015.
7. Tecnologías y servicios excluidos explícitamente de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, mediante los correspondientes actos administrativos, en cumplimiento del procedimiento técnico-científico descrito en la Resolución 318 de 2023.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional vital de las personas.
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica.
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica.
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente.
- e) Que se encuentren en fase de experimentación.
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Bajo ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el artículo 15 de la ley 1751 de 2015, afectarán el acceso a tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas.

Este grupo de exclusiones se especifican en la Resolución 244 de 2019 por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

1.4.1. Servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios

El procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, esto es, actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud, es el siguiente:

- El profesional de salud responsable de su tratamiento cuando considere pertinente el uso de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC debe realizar la prescripción a través del sistema integral de información del Ministerio de Salud y Protección Social llamado MIPRES, que permite diligenciar en línea la solicitud de servicios que hará las veces de fórmula médica.
- El ingreso al aplicativo de reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, está supeditado a la obtención previa de usuario y clave, la cual será solicitada

ante este Ministerio de Salud por cada profesional de la salud, quien, para el efecto, deberá estar inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud — RETHUS; por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, las cuales deberán encontrarse habilitadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud — REPS; por las Entidades Promotoras de Salud EPS.

La prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deberá en cualquier caso observar los siguientes requisitos:

1. Que el servicio o la(s) tecnología(s) en salud no se encuentre(n) cubierta(s) en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC según Resolución 2808 de 2022.
2. Que el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC haya sido autorizado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) en el caso de medicamentos o dispositivos o las demás entidades u órganos competentes en el país según sea el caso.
3. Que el uso, ejecución o realización del servicio o tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentre definida en la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) en el caso de los procedimientos en salud consignados en la Resolución 2775 de 2022.
4. Que se hayan agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, de las tecnologías contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y no se haya obtenido resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones, o se hayan previsto u observado reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o existan indicaciones o contraindicaciones expresas, de todo lo cual, deberá dejarse constancia en la historia clínica y en el aplicativo.
5. Que la decisión de prescribir un servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC sea consecuente con la evidencia científica disponible. En caso de que existan protocolos, guías y procedimientos desarrollados en el país deberá tomarlos como referencia.
6. Que la prescripción y uso de los medicamentos de la lista denominada UNIRS es responsabilidad del médico tratante y de manera solidaria la IPS. En todo caso deberá mediar el respectivo consentimiento informado por parte del paciente o su representante.
7. Que los servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC no correspondan o tengan propósito cosmético o suntuario, sin evidencia científica sobre seguridad, eficacia y efectividad clínica, que se encuentren en fase de experimentación, o que requieran ser prestados en el exterior.
8. Consignar de forma expresa en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, sin que ello implique realizar registros dobles de la información, el cumplimiento de los criterios a que se refiere el artículo posterior para la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Criterios para la prescripción

El profesional de la salud que prescribe servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC deberá tener en cuenta los siguientes criterios:

1. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos, para lo cual dejará constancia en la historia clínica del paciente y en el aplicativo, así como el registro de la información sobre los resultados de las ayudas diagnósticas e información bibliográfica que sustenten su decisión.
2. Comunicar al paciente con claridad, el motivo por el cual no se utiliza el servicio o la tecnología en salud cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, así como, los resultados esperados, posibles efectos adversos y complicaciones de las tecnologías en salud no cubiertas por dicho Plan. Cuando no existan en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC medicamentos, procedimientos o dispositivos que se puedan considerar reemplazados o sustituidos, el profesional de la salud deberá manifestar esta situación en la historia clínica, soportada con la evidencia científica de acuerdo con la normativa referida en la Resolución 1885 de 2018
3. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un medicamento, éste debe estar registrado con sus respectivas indicaciones ante el INVIMA o quien haga sus veces. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los artículos 16 y 17 del Decreto 2200 de 2005 o la norma que los modifique, adicione o sustituya.
4. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción separada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por el Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.
5. En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a insumos, materiales o dispositivos médicos, se deberá indicar el procedimiento en el cual se utilizará, cuando haya lugar a ello.
6. Cuando la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se trate de procedimientos, deberá utilizar sin excepción la Codificación Única de Procedimientos (CUPS), definida en “LA RESOLUCIÓN” 4678 de 2015 y “LA RESOLUCIÓN” 1352 de 2016, y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
7. Diligenciar de forma completa los datos solicitados en el reporte de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
8. La prescripción de medicamentos sin registro sanitario que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles conforme al Decreto 481 de 2004 o la norma que modifique o sustituya, podrá realizarse cuando la vida o seguridad del paciente se encuentren en riesgo inminente a criterio del médico tratante y podrán ser suministrados previa autorización de INVIMA.
9. La prescripción de medicamentos de control especial que no se encuentren financiados con recursos de la UPC debe realizarse de conformidad con la Resolución 1478 de 2006 o la norma que la adicione modifique o sustituya. Si se requiere un medicamento de control especial por tiempo sucesivo se realizará el reporte por el tiempo que el o los profesionales de la salud tratantes indiquen sin que se requiera transcripción mensual en la mencionada herramienta.

Prescripciones de servicios o tecnologías complementarias

Cuando el profesional de la salud prescriba alguno de los servicios o tecnologías complementarias, deberá consultar en cada caso particular, la pertinencia de su utilización a la Junta de Profesionales de la Salud que se constituya de conformidad con lo establecido en la normatividad y atendiendo las reglas que se señalan a continuación:

1. La prescripción que realice el profesional de la salud de estos servicios o tecnologías, se hará únicamente a través del aplicativo MIPRES
2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS, una vez cuenten con el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud, deberán registrar la decisión en dicho aplicativo, en el módulo dispuesto para tal fin.
3. Cuando la prescripción de servicios o tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS que cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, la solicitud de concepto se realizará al interior de la misma.
4. Cuando la prescripción de servicios o tecnologías complementarios se realice por un profesional de una Institución Prestadora de Servicios de Salud — IPS que no cuente con Juntas de Profesionales de la Salud, o por un profesional habilitado como prestador de servicios independiente, deberá dar aplicación a lo dispuesto en la Resolución 1885 de 2018 y la entidad encargada del afiliado solicitará el concepto de una Junta de Profesionales de la Salud de su red de prestadores.

Prescripciones de producto de soporte nutricional.

Cuando se trate de la prescripción de tecnologías en salud como productos de soporte nutricional y éstos no se encuentren financiados con recursos de la UPC, dichas tecnologías deberán ser prescritas únicamente mediante la herramienta tecnológica MIPRES

1. Las prescripciones de productos de soporte nutricional podrán ser ordenadas por el profesional de la salud en Nutrición y Dietética. Inscrito en el RETHUS siempre y cuando exista una prescripción médica que ordene la valoración por la mencionada profesión.
2. En caso de que el profesional de la salud en Nutrición y Dietética ordene productos de soporte nutricional, o el médico los prescriba directamente en el ámbito ambulatorio. Serán analizados por la Junta de Profesionales de la Salud.
3. En caso de que el profesional de la salud en Nutrición y Dietética ordene tecnologías en salud como productos de soporte nutricional o el médico los prescriba directamente en el ámbito hospitalario serán suministrados sin necesidad de aprobación por la Junta de Profesionales de la Salud.
4. Cuando se trate de prescripciones de productos de soporte nutricional ambulatorio para pacientes con: i) enfermedades huérfanas, enfermedades raras. Las ultra-huérfanas y olvidadas. ii) VIH, iii) cáncer en cuidado paliativo y iv) enfermedad renal crónica estadio V cuyos diagnósticos se encuentran confirmados no requerirán junta de profesionales de la salud

Prescripciones de ámbito ambulatorio

Cuando el profesional de la salud se encuentre prescribiendo servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, en el ámbito de atención ambulatoria deberá tener en cuenta lo siguiente:

1. Si se trata de una formulación por primera vez la prescripción podrá efectuarse hasta por un término máximo de tres (3) meses. Si la respuesta al tratamiento es favorable, el profesional de la salud determinará la periodicidad con la que se continuará prescribiendo el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, sin que en ningún caso se pueda ordenar por tiempo indefinido.
2. Tratándose de pacientes con enfermedades crónicas, respecto de los cuales se determine un tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de prescripción podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por doce (12) meses.

Al término de este período, el profesional de la salud deberá hacer la evaluación correspondiente y determinar la continuidad o no del servicio o de la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

3. Cuando se trate de servicios sucesivos la prescripción tendrá un único número generado por el aplicativo web y no será necesaria la transcripción mensual por parte del profesional de la salud, por lo tanto, el suministro a los usuarios, a cargo de la entidad responsable del asegurado, se debe garantizar con dicha prescripción sin requerir autorizaciones ni trámites adicionales.
4. Sin perjuicio de que la entidad responsable del afiliado, realice el suministro de los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, de conformidad con los tiempos definidos en la Resolución 1885 de 2018, la prescripción tendrá una vigencia de quince (15) días calendario para el servicio ambulatorio priorizado, de treinta (30) días calendario para el servicio ambulatorio y tratándose de un servicio ambulatorio sucesivo la vigencia será la prescrita por el profesional de la salud. En el caso de procedimientos únicos la vigencia será de 90 días calendario.

De las prescripciones en el ámbito de atención hospitalaria

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

1. En casos de urgencia vital, la prescripción de servicios y tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC podrá efectuarse de forma posterior hasta por un término máximo de 12 horas siguientes a la atención.
2. En caso de servicios hospitalarios con internación, específicamente para el caso de medicamentos o soporte nutricional, en donde exista imposibilidad para el cálculo de la duración y cantidad del tratamiento atribuible a la condición clínica del usuario, la prescripción podrá efectuarse el día del egreso hospitalario contabilizando la totalidad del medicamento o soporte nutricional suministrado. En caso de que la estancia hospitalaria sea prolongada, la prescripción se realizará registrando en el aplicativo lo suministrado cada 8 días calendario.
3. El profesional de la salud deberá registrar en la historia clínica, el plan de tratamiento de forma habitual, y prescribirá en el ordenamiento médico diario el manejo que se requiera realizar.
4. El registro de la prescripción en el aplicativo de que trata la Resolución 1885 de 2018, para los casos mencionados en el numeral 2, lo realizará el profesional de la salud responsable del egreso hospitalario.

Disposiciones generales

Responsabilidad de la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC: el profesional de la salud que observando los requisitos y criterios establecidos en la resolución 1885 de 2018, realice la prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y consecuentemente, efectúe el respectivo reporte en el aplicativo de que trata este acto administrativo, asumirá de forma directa la responsabilidad de la prescripción efectuada en el marco de su autonomía para el diagnóstico y tratamiento del paciente, que por disposición expresa del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, habrá de ejercerse en el marco de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la mejor evidencia científica disponible.

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

De las modificaciones de las prescripciones realizadas: en caso excepcional, de requerirse la modificación de la prescripción generada en el aplicativo, ésta podrá ser realizada solamente por el profesional de la salud que realizó la prescripción inicial dentro de las 24 horas siguientes al primer reporte. Si dicha novedad no se efectúa en este tiempo, deberá realizarse una nueva prescripción, registrando la observación pertinente respecto a la prescripción inicialmente realizada, solicitando la anulación de la misma.

En caso excepcional, de requerirse la anulación de una prescripción generada en el aplicativo, esta deberá ser solicitada por el profesional de salud que la realizó inicialmente mediante el aplicativo, la cual será tramitada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, quien la hará efectiva a través del delegado que designe para tal efecto. Es necesario tener en cuenta que, al solicitar la anulación, ésta se realiza para todos los ítems prescritos dentro de la misma.

Cuando por dificultades técnicas de acceso al aplicativo de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, no internet, sin fluido eléctrico y dificultad afiliación y aseguramiento de manera excepcional se prescriban servicios o tecnologías mediante el formulario que el Ministerio de Salud y Protección Social expida para tal fin, la entidad responsable del afiliado, una vez reciba la copia de dicho formulario por parte del profesional de la salud o IPS, deberá proceder a su reporte en dicho aplicativo mediante el módulo dispuesto para su acceso, en un término no superior a 24 horas. La entidad responsable del afiliado deberá realizar la transcripción de la prescripción realizada por el profesional de la salud, de conformidad con lo registrado por éste en el formulario mencionado en el artículo 16 de la Resolución 1885 de 2018.

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

Las Juntas de Profesionales de la Salud estarán conformadas por al menos tres (3) profesionales de la salud que se encuentren inscritos en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud RETHUS y al menos uno (1) de sus miembros deberá ser profesional par del prescriptor.

Cuando se trate de una IPS que preste servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, deberá conformar la Junta de Profesionales de la Salud.

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

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

Tiempos de decisión de la Junta de Profesionales de la Salud: la Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá garantizar que dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la solicitud de profesional de la salud, la Junta de Profesionales de la Salud se pronuncie en relación con la decisión adoptada. Una vez la entidad responsable del afiliado conozca la decisión de la Junta y la misma sea de aprobación, a partir de dicho momento se tendrán en cuenta los tiempos previstos en el artículo 32 de la Resolución 1885 de 2018.

Las decisiones de las Juntas de Profesionales de la Salud se registrarán en un acta.

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

Sin perjuicio de tratarse de una prescripción sucesiva de tecnologías, cuando el medicamento esté incluido en el listado UNIRS, siempre deberá existir el concepto de la Junta de Profesionales de la Salud.

Garantía del suministro de las prescripciones por servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), consultarán el aplicativo de reporte de prescripción de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para garantizar a sus afiliados el suministro efectivo de lo prescrito por el profesional de la salud, excepto cuando se trate de la prescripción de servicios o tecnologías a que hace referencia el Artículo 20 de la Resolución 1885 de 2018, en cuyo caso la autorización estará dada por la Junta de Profesionales de la Salud y en el evento de ser aprobado deberá suministrarse.

Tanto los servicios y tecnologías no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, prescritos y suministrados deberán realizarse mediante la red definida por la EPS de acuerdo con la normativa vigente en la materia.

Tiempos de suministro: las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deberán garantizar el suministro efectivo al afiliado del servicio o la tecnología en salud no cubierta con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Para los servicios ambulatorios: contará con cinco (5) días calendario a partir de la fecha de la prescripción del profesional de la salud para prestar al usuario el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en su red de prestadores a fin de garantizar su oportuno suministro. Tratándose de una solicitud ambulatoria priorizada, contará con máximo un (1) día calendario a partir de la fecha de la prescripción del profesional de la salud para prestar al usuario, el servicio o la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC en su red de prestadores.

Atención con internación y atención de urgencias: cuando se trate de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC requeridos de forma intrahospitalaria por internación del usuario, cuando exista urgencia vital, o cuando se trate de las víctimas de que trata el artículo 3 de la Ley 1448 de 2011, respecto de los servicios contenidos en el artículo 54 de la mencionada Ley, el profesional de la salud realizará la prescripción conforme a lo dispuesto en la Resolución 1885 de 2018, y la entidad responsable del afiliado garantizará el suministro en un tiempo máximo de 24 horas.

Ley techos en salud: el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud para las prescripciones de servicios y tecnológicas no financiados con cargo a la UPC se rige según la normatividad plasmada en la Resolución 243 del 31 de enero de 2019 y el Decreto 094 de 2020; en ellas se define la metodología para el cálculo del valor máximo de reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.