

CIRCULAR No. 0000009 de 2022

- PARA:** ENTIDADES RECOBRANTES DE SERVICIOS DE SALUD O TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON LA UPC DE LOS AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO
- DE:** ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES
- ASUNTO:** INSTRUCCIONES PARA RADICACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LA UPC NI AL PRESUPUESTO MÁXIMO Y RÉGIMENES EXCEPTUADOS Y ESPECIALES
- FECHA:** 11 de abril de 2022

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, actuando en el marco de sus competencias legales y reglamentarias, particularmente las previstas en los artículos 9 y 10 de la Resolución 586 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y conforme a la Resolución 2152 de 2020 y 3512 de 2020, se permite comunicar a las entidades interesadas que para los periodos de radicación previstos en la Circular 008 de 2022, que correspondan a la presentación de cuentas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, ni con presupuestos máximos prestados a los afiliados de régimen contributivo y subsidiado, deberán seguir los siguientes lineamientos:

Especificaciones para la radicación

Para la presentación de la información a que se refiere el Título III de la Resolución 2152 de 2020 y la Resolución 3512 de 2020, las entidades recobrantes deberán tener en cuenta:

1. Que los anexos técnicos que se deben diligenciar, corresponden a los que actualmente se presentan en el segundo segmento de que trata el capítulo 6 del Manual Operativo y de Auditoría denominados MYT01 y MYT02, para lo cual se deberá observar:

En los campos No. 52 denominado [CopiaActaCTCDoc] para MYT01 y No. 57 denominado [CopiaFalloDoc] para MYT02, la entidad recobrante deberá tipificar el tipo de servicio o tecnología a recobrar, así:

- Diligenciar el campo con **1** si el medicamento a recobrar cumple con la condición del numeral 9.2 del artículo 9 de la Resolución 586 del 2021, es decir corresponde a un vital no disponible y/o fue prescrito como urgencia clínica y no tiene valor de referencia.
- Diligenciar el campo con **2** si el medicamento a recobrar cumple con la condición del numeral 9.4 del artículo 9 de la Resolución 586 del 2021, es decir el principio activo es Nusinersen.

- Diligenciar el campo con **3** si el medicamento a recobrar cumple con la condición del numeral 9.5 del artículo 9 de la Resolución 586 del 2021, es decir es una molécula nueva, sin alternativa terapéutica, cuenta con el concepto del IETS y un valor a reconocer por concepto de recobro definido por el MSPS.
 - Diligencia el campo con **4** si el medicamento a recobrar cumple con la condición del numeral 9.6 del artículo 9 de la Resolución 586 del 2021, es decir corresponde a un medicamento cuya indicación es única y exclusiva para el tratamiento de una enfermedad huérfana y el usuario ha sido diagnosticado por primera vez en la vigencia.
 - Diligencia el campo con **5** si el procedimiento a recobrar cumple con la condición del numeral 9.8 del artículo 9 de la Resolución 586 del 2021, es decir, se trata de un nuevo procedimiento en el país y cuenta con el concepto de IETS y del MSPS.
2. La radicación se deberá efectuar conforme al procedimiento establecido en el Manual Operativo y de Auditoría de no PM ni UPC V1. En este sentido, la entidad debe preparar la información de los medios magnéticos así como las imágenes de los recobros.
 3. Se debe presentar la información de las cuentas correspondientes a medicamentos no financiados con la UPC ni con presupuestos máximos en el formato de MYT-01 en los siguientes casos:
 - a. Vitales no disponibles o prescritos por urgencia clínica que cuenten con autorización de importación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA y que no tengan valor de referencia.
 - b. Los medicamentos indicados de forma específica para el tratamiento de una enfermedad huérfana requeridos por las personas con diagnóstico confirmado en la vigencia.
 - c. Medicamentos que contengan el principio activo Nusinersen
 - d. Frente a medicamentos y procedimientos que cumplan con la condición del numeral 9.5 y 9.8 del artículo 9 de la Resolución 586 del 2021, podrán presentarlos por el Anexo técnico MYT01 siempre que se cuente con el concepto del IETS y un valor a reconocer por concepto de recobro definido por el MSPS, según corresponda.
 4. La información de las cuentas correspondientes a servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con presupuestos máximos deberá presentarse en el formato de MYT-02 cuando corresponda a servicios y tecnologías con las siguientes características:
 - a. Servicios y tecnologías en salud ordenados por autoridad judicial presentados por regímenes exceptuados y especiales.
 - b. Cuando alguno de los medicamentos a que hace alusión el numeral 3 de la presente circular sea ordenado mediante fallo de tutela.
 5. Efectuar la revisión en MIPRES y en sus módulos para identificar aquellas tecnologías o servicios que no se encuentren financiadas con la UPC ni los presupuestos máximos y que hayan sido suministrados y facturados, es decir, que tengan el ciclo completo de registro en MIPRES (prescripción, suministro, facturación) por servicios prestados a partir del 1 de marzo de 2020 y que cumplan las características previstas en el numeral 1.
 6. Deberá presentar las cuentas de forma desagrupada, es decir, por ítem.

7. Adjuntar los soportes previstos en las Resoluciones 2152 de 2020 y 3512 del 2020, así como los previstos en el Manual Operativo y de Auditoría de servicios no financiadas con la UPC o Presupuesto máximos publicado en la página web de la ADRES. https://www.adres.gov.co/eps/recobros/Manuales/Manual%20Operativo%20y%20de%20Auditoria%20Integral%20Recobros%20NO%20PM%20NO%20UPC_V01.pdf
8. Para los afiliados que cumplan con la condición descrita en el numeral 9.6 del artículo 9 de la Resolución 586 de 2021, se deberá allegar el Formato adjunto a la presente Circular, que corresponde al “Certificado de la entidad recobrante sobre Enfermedades Huérfanas – raras en pacientes diagnosticados por primera vez”, el cual podrá ser aportado por una única vez durante la vigencia, siempre que la información registrada en dicho formato no haya surtido modificación, caso en el cual deberá realizar la actualización respectiva y aportarlo en la solicitud correspondiente.
9. Tipificar los soportes de acuerdo con la categoría que actualmente se usa y para los casos que corresponda a soportes diferentes clasificarlos en “Otros”.
10. Para las entidades de los regímenes especiales y exceptuados, aplican los lineamientos previstos en los numerales 4 y 6 de la presente Circular, con las condiciones descritas en el capítulo VI del manual operativo y de auditoría vigente.

JORGE ENRIQUE GUTIÉRREZ SAMPEDRO
Director General de la ADRES

Elaboró: LiliaC/ ClaudiaF/ MayraP//WTorres/YPazmiño
Revisó: MRamirez

ANEXO 1

FORMATO ENFERMEDADES HUÉRFANAS

CERTIFICADO DE LA ENTIDAD RECOBRANTE SOBRE ENFERMEDADES HUÉRFANAS – RARAS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS POR PRIMERA VEZ

Entre los suscritos a saber, **ingrese el nombre del representante legal de la EPS**, identificado con **ingrese el tipo del documento de identidad del representante legal** número **ingrese el número del documento de identidad del representante legal de la entidad recobrante**, en mi calidad de representante legal de **ingrese el nombre de la EPS** y **ingrese el nombre del médico** identificado con **ingrese el tipo del documento de identidad del médico** número **ingrese el número del documento de identidad del médico**, en mi calidad de médico referente del programa de Enfermedades Huérfanas-Raras de la EPS antes señalada, nos permitimos certificar bajo gravedad de juramento, que:

1. La información que se presenta es consistente y coherente respecto a la enfermedad huérfana – rara del usuario y por lo tanto cumple con la calidad, oportunidad, veracidad, confiabilidad y transparencia necesarias para adelantar el proceso de reconocimiento ante la ADRES.
2. Los documentos que se anexan a la presente certificación, tales como: resultados de pruebas diagnósticas de cualquier tipo, resúmenes de historia clínica, actas o reportes de junta de profesionales de salud y criterios clínicos declarados por uno o más médicos tratantes, corresponden con las definiciones nosológicas aceptadas por la comunidad científica y los antecedentes registrados en la historia y otros registros clínicos y paraclínicos del paciente.
3. De acuerdo con la información del numeral 2, así como el examen físico del paciente, entre otros datos de relevancia clínica, el(los) médico(s) tratante(s) efectuó el análisis correspondiente y como resultado de este realizó el diagnóstico de la enfermedad huérfana-rara y en consecuencia de conformidad con su autonomía, criterio y conocimiento especializado decidió iniciar el tratamiento que consideró pertinente y acorde con las necesidades del paciente.
4. La entidad aseguradora del usuario de acuerdo con la información aportada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS y los profesionales de la salud a cargo del tratamiento del paciente con enfermedad huérfana, realiza de forma permanente la gestión necesaria en aras de

garantizar el suministro oportuno de los tratamientos y el seguimiento médico de acuerdo con la periodicidad definida por estos y con base en ello presenta las cuentas ante la ADRES para el respectivo reconocimiento de las tecnologías en salud no PBS requeridas por el usuario.

I. INFORMACIÓN DEL USUARIO.	
Tipo de identificación del usuario*	Número de identificación del usuario Ingrese el No. de identificación
*RC: Registro Civil TI Tarjeta Identidad CC: Cédula Ciudadanía CE: Cédula Extranjería PA: Pasaporte PE: Permiso Especial de Permanencia CN: Certificado de nacido vivo NU: Número Único de Identificación Personal	
Nombre del usuario Ingrese el nombre del paciente	

Diligenciar para cada enfermedad huérfana-rara diagnosticada los numerales II, III, IV y V de este formulario, en caso de que aplique.

II. INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD HUÉRFANA-RARA ¹					
Nombre de la enfermedad huérfana – rara Ingrese el nombre de la enfermedad huérfana - rara	No. de la enfermedad huérfana – rara Ingrese el No. de la enfermedad	Código CIE-10 de la enfermedad huérfana – rara Ingrese el CIE10, si aplica			
Enfermedades Asociadas (diligenciar si aplica)					
Código CIE-10 de enfermedad asociada	Nombre de la enfermedad asociada				
Ingrese el código CIE-10	Ingrese el nombre de la enfermedad				
Ingrese el código CIE-10	Ingrese el nombre de la enfermedad				
Ingrese el código CIE-10	Ingrese el nombre de la enfermedad				
III. INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD HUÉRFANA-RARA					
Pruebas diagnósticas confirmatorias² (Diligenciar los datos asociados a la prueba e Institución Prestadora de Servicios de Salud que la realizó)					
Nombre	CUPS	Fecha	Código habilitación-REPS (si es prestador fuera de Colombia diligenciar NO)	Nombre IPS	NIT IPS
Ingrese el nombre de la prueba diagnóstica	Ingrese el código	Seleccione la fecha	Ingrese código de habilitación	Ingrese el nombre del prestador	Ingrese el NIT del prestador

¹ El nombre, el número y el código CIE10 de la enfermedad huérfana – rara deberán diligenciarse de acuerdo con el listado de la Resolución 5265 de 2018 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.

² Deberá tener en cuenta:

- La(s) prueba(s) diagnóstica(s) deberá(n) diligenciarse de acuerdo con lo definido en el Protocolo de Salud Pública de Enfermedades Huérfanas – Raras, dispuesto por el Instituto Nacional de Salud y sus anexos.
- Para el caso de pacientes con atrofia muscular espinal y que requieran el uso de Nusinersen se deberán cumplir las disposiciones de la Resolución 3512 de 2020 expedida por la ADRES.
- Si el prestador que realizó la prueba se encuentra fuera de Colombia deberá anexar el documento que acredite su funcionamiento en el exterior de acuerdo con lo dispuesto en la Resolución 2152 de 2020 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan



Ingrese el nombre de la prueba diagnóstica	Ingrese el código CUPS	Seleccione la fecha	Ingrese código de habilitación	Ingrese el nombre del prestador	Ingrese el NIT del prestador
Ingrese el nombre de la prueba diagnóstica	Ingrese el código CUPS	Seleccione la fecha	Ingrese código de habilitación	Ingrese el nombre del prestador	Ingrese el NIT del prestador
Ingrese el nombre de la prueba diagnóstica	Ingrese el código CUPS	Seleccione la fecha	Ingrese código de habilitación	Ingrese el nombre del prestador	Ingrese el NIT del prestador
Ingrese el nombre de la prueba diagnóstica	Ingrese el código CUPS	Seleccione la fecha	Ingrese código de habilitación	Ingrese el nombre del prestador	Ingrese el NIT del prestador

Diagnóstico de la enfermedad huérfana mediante criterios clínicos³
(Marcar con una X según corresponda)

SI NO

Datos del médico que realizó el diagnóstico⁴ y reporte al SIVIGILA de la enfermedad huérfana-rara.

Nombre del médico	Ingrese el nombre del médico	Tipo y número de identificación del médico	Tipo: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> PE Número: Ingrese el No. de identificación
Especialidad médica	Ingrese la especialidad del médico	Fecha de notificación en SIVIGILA	Seleccione la fecha

Realice un resumen médico donde se asocien los datos clínicos y paraclínicos que dieron lugar al diagnóstico de la enfermedad huérfana-rara

Ingrese la descripción

IV. INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HUÉRFANA-RARA

Relacione los medicamentos no financiados por el PBS con cargo a la UPC con indicación específica registrada ante el INVIMA para el tratamiento de la enfermedad huérfana-rara

Nombre del Principio Activo no PBS	No. de la prescripción Mipres

³ De acuerdo con lo dispuesto en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Enfermedades Huérfanas-raras del Instituto Nacional de Salud respecto de las definiciones operativas de caso y anexos de este.

⁴ Tomar como base el listado de especialidades (Anexo 3) del Protocolo de Enfermedades Huérfanas

Si alguno de los medicamentos relacionados en la tabla anterior corresponde al principio activo Nusinersen, diligenciar la siguiente información:

Se verificó que el uso del medicamento que contiene el principio activo Nusinersen corresponde a la indicación registrada por el INVIMA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
El médico que dio inicio al tratamiento con el principio activo Nusinersen corresponde al grupo de especialistas definidos en el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Enfermedades Huérfanas-Raras	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
La entidad aseguradora certifica que el medicamento con el principio activo Nusinersen se administró en una institución que cumple con las condiciones de bioseguridad, protocolo de administración segura de medicamentos, la disponibilidad de un equipo multidisciplinario y especializado en el seguimiento y manejo de las complicaciones asociadas a la administración	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se verificó que la administración del medicamento que contiene el principio activo Nusinersen no está contraindicada.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

v. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGUIMIENTO AL USUARIO

Especialidad(es) médicas. ⁵	Fecha del último control <i>(Respecto de la fecha de presentación de la presente certificación)</i>
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	

Evaluación del estado clínico (Señale con una X):

Durante el último año de seguimiento, respecto de la fecha de la presente certificación, en su evolución clínica el paciente presentó:

Mejoría Deterioro Estabilidad, no presentó cambios

Si la enfermedad reportada corresponde a atrofia muscular espinal y el paciente se encuentra en tratamiento con el medicamento que contiene el principio activo Nusinersen, diligenciar la siguiente información:

¿Presentó efectos secundarios o eventos adversos asociados al tratamiento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuales? Indique cuales efectos secundarios o eventos adversos presentó
¿Ha requerido reajuste de dosis del medicamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indique el motivo del reajuste
¿Presenta fallo terapéutico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Hay indicación médica de suspensión del medicamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indique el motivo de la suspensión
¿Hay deterioro en la calidad de vida del paciente asociado al uso del medicamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Por qué? Indique la razón

⁵ Tomar como base el listado de especialidades (Anexo3) del Protocolo de Enfermedades Huérfanas

Recuerde que a la presente certificación deberá anexar los resultados de las pruebas diagnósticas, si el diagnóstico es por criterio clínico aportará el resumen médico, historia clínica o soporte de la atención que da cuenta de estos criterios firmado por los especialistas que revisaron los antecedentes, los hallazgos clínicos y paraclínicos, los cuales en su lectura integral llevan a concluir respecto del diagnóstico reportado.

La presente se firma en la ciudad de ingrese la ciudad a los Seleccione la fecha

Firma del representante legal

Firma del médico