

RESOLUCIÓN 205 DE 2020

(febrero 17)

Diario Oficial No. 51.230 de 17 de febrero 2020

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo.

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Continúa vigente la metodología para establecer el presupuesto máximo dispuesta en esta resolución según el artículo 20 de la Resolución 1139 de 2022, 'por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

- Resolución derogada, salvo la metodología adoptada en la misma, por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021, 'por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)', publicada en el Diario Oficial No. 51.670 de 10 de mayo de 2021.

- Modificada por la Resolución 500 de 2020, 'por la cual se modifica el artículo 14 de la Resolución 205 de 2020', publicada en el Diario Oficial No. 51.266 de 24 de marzo 2020. Rige hasta hasta el 30 de mayo de 2020 o hasta que cese la declaratoria de emergencia sanitaria.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (E),

en ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial, las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993; el literal i) del artículo 5o de la Ley 1751 de 2015, el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, el artículo 5o de la Ley 1966 de 2019 y los artículos 2o y 20 del Decreto ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud, disponiendo en el artículo 5o, como obligación del Estado adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.

Que el artículo 6o ibídem, ordena al Estado promover la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías en salud, la mejora en su prestación, la ampliación de la capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. De la misma manera, establece que todos los actores del sistema de salud deben procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Que en desarrollo de la integralidad de que trata el artículo 8o, en concordancia con lo establecido en el inciso primero del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, los servicios y tecnologías en salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. De esta manera, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del

usuario, entendiendo que esta comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Que el artículo 9o de la mencionada ley, indica que se entiende por determinantes de la salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad e inciden en el goce efectivo del derecho a la salud, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, y resalta que tales determinantes serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías en salud, y tendrán que ser atendidos a través de políticas públicas generadas por los diferentes actores del Estado, dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de tales determinantes, por tanto, los servicios que se requiere para intervenir en los determinantes sociales de la salud no son financiados con cargo al presupuesto máximo.

Que el artículo 15 de la citada Ley Estatutaria, definió los criterios para identificar aquellos servicios y tecnologías que deben ser excluidos de la financiación con los recursos de la salud, y en consecuencia, de forma implícita o concomitante determinó que el conjunto de servicios y tecnologías en salud autorizados en el país, de acuerdo a la normativa vigente, deben ser garantizados a los usuarios del sistema, a través de los mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud, y en virtud de ello, se han previsto mecanismos para actualizar integralmente y financiar los servicios y tecnologías en salud a los que tienen derecho la población afiliada residente en el país.

Que, con base en lo anterior, el Sistema General de Seguridad Social en Salud financia la totalidad de los servicios y tecnologías en salud autorizados en el país, excluyendo aquellos que cumplan con al menos uno de los criterios de que tratan los artículos 9o y 15 de la Ley 1751 de 2015. En ese sentido, la Corte Constitucional se pronunció mediante Sentencia C-313 de 2014, en la que indicó que, en aras del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, se entiende que “salvo lo excluido, lo demás está cubierto”.

Que este Ministerio, como rector de la política pública en salud, está en el deber de definir e implementar políticas que permitan el uso eficiente y racional de los recursos disponibles para garantizar el derecho fundamental a la salud a través del SGSSS.

Que uno de los mecanismos para proteger el derecho fundamental a la salud es la financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con los recursos de la UPC, el hoy denominado mecanismo de protección individual, y se hace necesario avanzar hacia la unificación de este con los demás mecanismos de protección, sin perjuicio del desarrollo de otros mecanismos que a través del aseguramiento garanticen la provisión de servicios y tecnologías en salud.

Que el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 establece que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entre otras obligaciones, deben organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional; definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras de servicios de salud con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional y establecer procedimientos para garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios.

Que la Ley 1955 del 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, dispone en su artículo 240 que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la ADRES, y precisa que, las EPS considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina este Ministerio, remitirán la información que este último requiera, precisando que en ningún caso el cumplimiento del presupuesto máximo por parte de las EPS, deberá afectar la prestación del servicio.

Que la precitada norma faculta a este Ministerio para definir la metodología que establezca el techo o presupuesto máximo anual por EPS, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos.

Que el artículo 5o de la Ley 1966 de 2019 estableció que en ningún caso la ADRES podrá reconocer y pagar servicios y tecnologías en salud no financiados con los recursos de la UPC, cuando estos sean superiores a los techos máximos que establezca este Ministerio, a partir de una metodología que tenga en cuenta los valores recobrados o cobrados y el establecimiento de incentivos con el fin de promover el uso eficiente de los recursos.

Que los recursos definidos por el presupuesto máximo para los regímenes contributivo y subsidiado pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se destinan a financiar los servicios y tecnologías en salud no sufragados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación y que no estén excluidos por cumplir uno de los criterios señalados en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, los cuales deben gestionarse por las EPS en calidad de responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud y consecuentemente, directas

encargadas en optimizar el uso de los mismos a fin de alcanzar el objetivo propuesto, conforme lo señalado en los artículos 14 de la Ley 1122 de 2007 y 3o (numeral 3.9) de la Ley 1438 de 2011. En tal contexto, y por disposición constitucional y legal están amparados bajo el principio de inembargabilidad, y no podrán destinarse ni utilizarse para fines diferentes a los previstos en los artículos 240 de la Ley 1955 de 2019 y 5o de la Ley 1966 de 2019.

Que el artículo 3o del Decreto 1429 de 2016 establece que la ADRES deberá “adoptar y proponer los mecanismos que se requieran para proteger los recursos que administra la Entidad, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos, sin perjuicio de las directrices que imparta para el efecto el Ministerio Salud y Protección Social y la Junta Directiva”.

Que este Ministerio requirió a la ADRES para que remitiera la información histórica de los valores recobrados o cobrados de las vigencias 2015 a 2019 en el régimen contributivo, correspondiente a medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales, procedimientos y servicios complementarios, con base en lo cual, se estableció el presupuesto máximo anual a implementar para servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.

Que este Ministerio requirió información a las entidades territoriales y a las EPS del régimen subsidiado, quienes reportaron a través de la plataforma PISIS todas las prestaciones de servicios recobradas o cobradas durante las vigencias de 2015 a 2019; y respecto de las órdenes judiciales del régimen subsidiado, la ADRES reportó la información histórica de los valores recobrados o cobrados durante la misma vigencia.

Que, conforme con lo anteriormente expuesto, a través del presente acto administrativo se establecen disposiciones del presupuesto máximo y se adopta la metodología para su definición.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

TÍTULO I.

GENERALIDADES.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> La presente resolución tiene por objeto establecer disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en los componentes de medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales (APME), procedimientos y servicios complementarios, de los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado y, se adopta la metodología para su definición.



ARTÍCULO 2o. ÁMBITO DE APLICACIÓN. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de los regímenes contributivo y subsidiado, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos, a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), y a los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



ARTÍCULO 3o. DEFINICIONES. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> Para efectos de la aplicación de la presente resolución, se adoptan y adaptan las siguientes definiciones:

3.1. Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME): corresponden a productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, en los ámbitos hospitalario, ambulatorio o domiciliario, con el fin de brindar soporte nutricional total o parcial a personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales, y capacidad limitada, deficiente o alterada para ingerir, digerir, absorber, metabolizar o excretar alimentos normales o determinados nutrientes o metabolitos de los mismos, o que por sus condiciones médicas necesiten otros nutrientes específicos; y cuyo manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional. Estos productos se encuentran denominados de esta manera en su respectivo registro sanitario.

3.2. Cantidad de UMC: corresponde al número de Unidades Mínimas de Concentración (UMC) de cada grupo relevante que se utilizan para el cálculo del presupuesto máximo.

3.3. Cantidad Inicial (Q inicial): corresponde a las cantidades de grupos relevantes reportadas por las entidades territoriales, las EPS o la ADRES a este Ministerio, correspondiente a los servicios y tecnologías en salud prestados en el periodo que se defina como punto de partida, incluyendo los prestados en cumplimiento de órdenes judiciales. Las cantidades iniciales se expresan según la medida de cada grupo relevante. En el caso de procedimientos y servicios complementarios se expresan según la cantidad reportada en las bases de datos según corresponda el régimen.

3.4. Cantidad total prospectiva por grupo relevante: corresponde al resultado de multiplicar la cantidad inicial por el factor de ajuste de cantidades ajustadas y por el factor de ajuste de las cantidades del Delta.

3.5. Cantidades ajustadas: son las cantidades estimadas, en razón a que, a la fecha de corte de la información, no han sido reportadas o correctamente reservadas.

3.6. Cantidades del Delta: es la cantidad resultante de la variación en las cantidades de UMC o prestaciones en cada grupo relevante, incluyendo órdenes judiciales.

3.7. Combinaciones de dosis fija (CDF): medicamento que contiene dos o más principios activos en concentraciones específicas.

3.8. EPS o EOC de origen: es la EPS o EOC desde la cual un afiliado se traslada a otra.

3.9. EPS o EOC receptora: es la EPS o EOC que recibe al afiliado proveniente de una EPS o EOC de origen.

3.10. Forma farmacéutica: preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.

3.11. Grupo relevante: hace referencia al agrupamiento tanto de medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) y de procedimientos y servicios complementarios, cuyas definiciones corresponden a:

3.11.1. Grupo relevante de medicamentos: corresponde al conjunto de medicamentos pertenecientes a la misma clasificación Anatómica Terapéutica Química, por su sigla en inglés (ATC) (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) a nivel 5 (principio activo) e igual forma farmacéutica, y a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM).

3.11.2. Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME): corresponde al conjunto de alimentos para propósito médico especial que tienen características similares en su composición calórica, concentración y especificidades de los macro y micronutrientes, así como el uso específico que se ha otorgado a algunos de estos.

3.11.3. Grupo relevante de procedimientos: corresponde al procedimiento identificado con el código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS).

3.11.4. Grupo relevante de servicios complementarios: corresponde a la agrupación de los servicios y tecnologías en salud conforme a las tablas de referencia MIPRES para servicios complementarios y los ordenados por autoridad judicial.

3.12. Método Chain-Ladder: método utilizado para el cálculo de las cantidades ajustadas.

3.13. Per cápita de traslado por EPS: es el valor per cápita que se utiliza para ajustar el presupuesto máximo en la vigencia corriente, producto de los traslados de los afiliados entre las EPS o EOC, con el cual se liquida el traslado de una EPS o EOC a otra.

3.14. Precio de referencia por comparación internacional (PRI); es el precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM).

3.15. Principio activo: cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.

3.16. Presupuesto máximo: es el valor anual calculado en aplicación de la metodología definida en el presente acto administrativo, que la ADRES transfiere a las EPS para que estas realicen gestión y garanticen a sus afiliados los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en los componentes de medicamentos, alimentos para propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios.

3.17. Unidad Mínima de Concentración (UMC): unidad de medida utilizada para expresar la cantidad de principio activo contenida en la mínima unidad de dispensación de un medicamento y que puede ser expresada en gramo (g), miligramo (mg), microgramo (mcg), unidad internacional (ui), o aquella que correspon da. Para el caso de los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), la UMC corresponde a la unidad de presentación de cada producto para soporte nutricional según su disponibilidad para suministro por sonda o vía oral, esta será expresada en gramos (gr) o mililitros (ml).

3.18. Valor máximo: corresponde al menor valor por UMC o por procedimientos y servicios complementarios, entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro, el PRI o el valor por UMC o unidad reportado en el sistema de información.

3.19. Valor de referencia (VR): corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración (UMC) de cada grupo relevante de medicamentos y Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), y los que corresponden a los medicamentos con precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM). Para el caso de procedimientos y servicios complementarios corresponde al primer cuartil del valor por unidad del conglomerado de cada grupo relevante o grupos relevantes.

3.20. Valor de recobro/cobro: corresponde al valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES, sin considerar el valor de la cuota moderadora o copago conforme lo determina la normatividad vigente, el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este Ministerio, ni el valor calculado para los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC utilizadas o descartadas.



ARTÍCULO 4o. DE LA GESTIÓN DE LAS EPS O EOC. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, las EPS o EOC, entre otras, deberán:

4.1. Garantizar en forma integral tanto el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC como los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, para el efecto establecerán modelos de atención y gestión, concertarán guías o protocolos de atención. Los servicios y tecnologías en salud deben ser garantizados de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante, absteniéndose de limitar, restringir o afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud.

4.2. Administrar, organizar, gestionar y prestar directamente o contratar en forma integral con los diferentes actores del sistema de salud, y sus redes de servicios, el conjunto de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC y el presupuesto máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación.

Concordancias

Circular SUPERSALUD 9 de 2020

Circular SUPERSALUD 8 de 2020

4.3. Realizar el seguimiento, monitoreo y auditoría, según lo estimen conveniente, a su red prestadora de servicios de salud y demás proveedores de servicios de salud con miras a garantizar la atención integral de sus afiliados, de conformidad con los acuerdos de voluntades que haya concertado.

4.4. Garantizar que el manejo, conservación, dispensación y distribución de medicamentos o cualquier otro proceso definido por la normatividad vigente para el servicio farmacéutico, que implique servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo al presupuesto máximo, 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.

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

4.5. Adoptar en conjunto con los actores del sistema los protocolos o guías que disponga este Ministerio y, en caso de no estar disponible, desarrollar las guías o protocolos basadas en la evidencia nacional o internacional.

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

TÍTULO II.

SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD FINANCIADOS CON CARGO AL PRESUPUESTO MÁXIMO.



ARTÍCULO 5o. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON CARGO AL PRESUPUESTO MÁXIMO. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> El presupuesto máximo transferido a cada EPS o EOC financiará los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud, que se encuentren autorizadas por autoridad competente del país, no se encuentren financiados por la UPC, ni por otro mecanismo de financiación, y que no se encuentren excluidos de acuerdo a lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y cumplan las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.

Se consideran financiados con cargo al presupuesto máximo:

5.1. Medicamentos

5.1.1. Los medicamentos que ingresen al país, debidamente autorizados por el Invima, y tengan el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al presupuesto máximo.

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

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

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

5.1.5. En los casos en que la descripción del medicamento financiado con cargo al presupuesto máximo, contenga una sal o un éster determinados, esta financiación es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

5.1.6. Los medicamentos para el tratamiento de enfermedades huérfanas que venían garantizando la EPS o EOC.

5.1.7. Los medios de contraste que no se incluyen en la financiación con recursos de la UPC.

5.1.8. Los medicamentos diferentes a medios de contraste cuando sean usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos financiados con cargo a estos recursos.

5.1.9. Los medicamentos que actúen como estímulo in vivo o in vitro requeridos en un procedimiento incluido dentro de la financiación del presupuesto máximo, siempre y cuando sea necesario e insustituible para la realización de dicho procedimiento.

5.1.10. Los medicamentos no incluidos en normas farmacológicas en el país, entidad nueva, o que sean incluidos en estas a partir de la expedición de este acto administrativo y sean equivalentes o inferiores a otro ya incluido en el presupuesto máximo.

Cuando el medicamento sea inferior a otro será nominado para surtir el proceso de exclusión de los recursos del sistema de salud, entre tanto estará financiado con recursos del presupuesto máximo.

5.1.11. Los medicamentos no incluidos en normas farmacológicas en el país, entidad nueva, o que sean incluidos en estas a partir de la expedición de este acto administrativo y sean superiores a otro ya incluido en el presupuesto máximo siempre y cuando genere ahorros presentes y futuros para el sistema (reducción de eventos adversos, de días de internación, entre otros) respecto de la situación actual.

En caso de ser superior y no generar ahorros al sistema a pesar de los beneficios del medicamento se evaluará la fracción adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por compra centralizada o por riesgo compartido.

5.1.12. El medicamento cuyo valor del tratamiento sea menor o igual al tratamiento de los servicios y tecnologías en salud financiados con cargo al presupuesto máximo.

5.1.13. Los usos autorizados en la lista de uso UNIRS de un medicamento financiado con cargo al presupuesto máximo.

5.2. Procedimientos

5.2.1. Los procedimientos en salud no financiados con cargo a la UPC, contenidos en la herramienta MIPRES, los cuales deben ser descritos en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y ser prescritos por un profesional de la salud autorizado.

También se entiende financiado los radiofármacos, así como 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 la realización de un procedimiento financiado con cargo al presupuesto máximo.

5.2.2. Las combinaciones de servicios o procedimientos cuando se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas. En el caso que la combinación contenga servicios o tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC, estas se financiarán con cargo a la UPC.

5.2.3. Los servicios y tecnologías en salud que sean requeridos para la realización de los trasplantes financiados con cargo al presupuesto máximo. La prestación comprende:

5.2.3.1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo, así como el donante no efectivo.

5.2.3.2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la EPS o de la entidad que haga sus veces, responsable del receptor.

5.2.3.3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.

5.2.3.4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.

5.2.3.5. Preparación del paciente y atención o control postrasplante.

5.2.3.6. Los servicios y tecnologías en salud necesarios durante el trasplante.

5.2.3.7. Los medicamentos, conforme a lo dispuesto en el presente acto administrativo.

5.2.3.8. Los estudios realizados a donantes no efectivos de aquellos trasplantes financiados con recursos de la UPC.

5.2.3.9. La búsqueda del donante, la cual se entiende como una actividad inherente a los estudios previos y obtención del órgano.

5.2.4. Los injertos necesarios para los procedimientos contenidos en el presente acto administrativo, bien sean autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos. La financiación también incluye los procedimientos de toma de tejido del mismo paciente o de un donante.

5.2.5. Las tecnologías en salud oral y los servicios no financiados con cargo a la UPC y que no sean procedimientos estéticos. También se entiende financiada la anestesia general o sedación asistida de acuerdo con el criterio del profesional tratante.

5.2.6. Las prótesis dentales de los procedimientos financiados con el presupuesto máximo y las prótesis dentales mucosoportadas que no sean financiadas con recursos de la UPC.

5.2.7. Los tratamientos reconstructivos en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante.

5.2.8. Las intervenciones posteriores a la primera, conforme con la prescripción del profesional tratante, sin trámites adicionales.

5.3 Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME)

5.3.1 Los productos para soporte nutricional clasificados como Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME).

5.4 Servicios complementarios

5.4.1 Los servicios complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente, prestados por la red de prestación de servicios de salud de la EPS o EOC, de conformidad con la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. En todo caso, y según corresponda, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica según se defina en la herramienta, guía o protocolo respectivo, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16 de la Ley 1751 de 2015. En todo caso la EPS o EOC podrá realizar juntas de pares de los profesionales de la salud, según aplique al caso en particular. Estos servicios serán financiados para las personas afiliadas al régimen contributivo de acuerdo con su capacidad de pago, para lo cual este Ministerio definirá su progresividad.

PARÁGRAFO 1o. La superioridad, equivalencia o inferioridad en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS. El IETS en conjunto con este Ministerio y la ADRES definirán las metodologías para la evaluación de la tecnología y la verificación de dicha evaluación, o en su defecto, se tendrán en cuenta los manuales que para el efecto disponga el IETS. En todo caso, entre tanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo.

Mientras se surte el proceso de evaluación, para el uso del medicamento, el personal de la salud deberá justificar la relación riesgo-beneficio para el paciente, con base en evidencia científica.

PARÁGRAFO 2o. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS. En el instrumento jurídico en el que se formalicen los términos de la evaluación, la ADRES incluirá disposiciones en las que señale que el IETS contará con máximo tres (3) meses para definir la superioridad, equivalencia, inferioridad y la propuesta de valor de la tecnología; para esta última tomará el menor valor de las diferentes fuentes de información, siendo una de ellas el listado de los países de referencia que defina este Ministerio.

PARÁGRAFO 3o. Mensualmente, a partir de la expedición del presente acto administrativo, el Invima remitirá a este Ministerio, a la ADRES y al IETS el listado de solicitudes de registros sanitarios, identificando las moléculas nuevas.

PARÁGRAFO 4o. En todo caso si el valor del tratamiento del medicamento evaluado por el IETS es menor o igual al tratamiento de los servicios y tecnologías en salud financiadas con cargo al presupuesto máximo, se considerará incluido en esta financiación.

PARÁGRAFO 5o. Los medicamentos cuya financiación se define en el presente acto administrativo con cargo al presupuesto máximo, se consideran financiados con dicha fuente, cualquiera sea el origen, forma de fabricación, el

mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación autorizada.

PARÁGRAFO 6o. Los servicios y tecnologías en salud suministrados en cumplimiento de órdenes judiciales.



ARTÍCULO 6o. INDICACIONES AUTORIZADAS. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> La financiación de medicamentos con cargo al presupuesto máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

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

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



ARTÍCULO 7o. DISPENSACIÓN Y ADMINISTRACIÓN. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> La financiación de los medicamentos y APME que hacen parte del presupuesto máximo incluye todo lo necesario e insustituible para garantizar la correcta y oportuna administración, así:

7.1 Cualquier presentación comercial y equivalencia. La financiación de los medicamentos de que trata el presente acto administrativo es independiente de la forma de comercialización, empaque, envase o presentación comercial del medicamento (jeringa prellenada, cartucho, entre otras).

7.2 Toda forma de almacenamiento, transporte, dispensación, distribución o suministro.

7.3 Las preparaciones derivadas del ajuste y adecuación de concentraciones de medicamentos incluidos en el presupuesto máximo o de la adecuación de los mismos en preparaciones extemporáneas o formulaciones magistrales, independientemente del nombre comercial del medicamento.

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



ARTÍCULO 8o. FÓRMULAS MAGISTRALES. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> Las EPS o EOC definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman.



ARTÍCULO 9o. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO AL PRESUPUESTO MÁXIMO. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> Los siguientes medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios no serán financiados con cargo al presupuesto máximo:

9.1. Los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC u otras fuentes de financiación, tales como salud pública, riesgos laborales, entre otros.

9.2. Los medicamentos clasificados por el Invima como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia.

9.3. Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada o por medio de acuerdos de riesgo compartido según lo determine este Ministerio.

9.4. Medicamentos que contengan el principio activo Nusinersen.

9.5. Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante el presupuesto máximo. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS para estos efectos.

Para efectos de determinar el valor máximo de recobro el IETS realizará las evaluaciones de tecnologías en salud y tomará el menor precio entre los países de referencia del medicamento en análisis para realizar los respectivos cálculos. Este Ministerio determinará los países de referencia. Dicho valor será el valor máximo de recobro sin perjuicio de las propuestas que se puedan dar en materia de compra centralizada o acuerdos de riesgo compartido.

9.6. El medicamento que requiera la persona que sea diagnosticada por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo, los cuales serán financiados por la ADRES, conforme a lo señalado en el artículo 10 de la presente resolución.

9.7. Los servicios y tecnologías en salud expresamente excluidas por este Ministerio o aquellas que cumplan alguno de los criterios establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015, salvo los ordenados por autoridad judicial.

9.8. Los procedimientos en salud nuevos en el país. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS para estos efectos. El valor máximo de recobro será propuesto en la evaluación de tecnologías de salud respectiva.

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

PARÁGRAFO. Los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a la UPC y con el presupuesto máximo, continuarán siendo garantizados por las EPS o EOC a los afiliados, bajo el principio de integralidad de la atención, y su liquidación, reconocimiento y pago, cuando proceda, se efectuará conforme al proceso de verificación y control que adopte la ADRES.

Concordancias

Resolución ADRES 2152 de 2020



ARTÍCULO 10. FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES HUÉRFANAS.

<Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> La financiación de los medicamentos definidos por este Ministerio que requieran las personas que sean diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo será asumida por la ADRES, siempre y cuando el paciente se encuentre registrado en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGIL) y del Instituto Nacional de Salud (INS). La prescripción del medicamento se deberá realizar una vez se encuentre el paciente registrado en el SIVIGILA.

La institución prestadora de servicios de salud (IPS) deberá diagnosticar, confirmar y prestar el servicio al paciente diagnosticado por primera vez. La IPS deberá asumir el pago del valor del tratamiento farmacológico hasta después de un mes que el paciente se encuentre registrado en el SIVIGILA. Dicho valor se cobrará por parte de la IPS ante la EPS o EOC, siendo esta la autorizada para presentar la solicitud de reconocimiento y pago ante la ADRES de acuerdo al procedimiento establecido para el efecto. Para la realización de los pagos por parte de la ADRES se aplicará el giro directo a las IPS de acuerdo a la información reportada por la EPS o EOC. En todo caso la EPS o EOC deberá reconfirmar el respectivo diagnóstico.

Desde el mes siguiente a que el paciente quede registrado en el SIVIGILA, la ADRES transferirá mensualmente a las EPS o EOC los recursos para que continúe garantizando al paciente el acceso a los medicamentos.

La ADRES verificará el diagnóstico y el tratamiento de enfermedad huérfana, para lo cual podrá conformar un grupo técnico de especialistas.

La ADRES calculará el valor del tratamiento con el medicamento para la enfermedad huérfana y lo hará con el menor valor identificado entre los valores de referencia, PRI, valor máximo de recobro/cobro o el promedio por UMC de la EPS o EOC del respectivo medicamento, según corresponda.

Las EPS o EOC realizarán los procesos de auditoría correspondientes para garantizar que los nuevos casos reciban la atención integral por el equipo multidisciplinario que amerita la patología, según el diagnóstico respectivo.

PARÁGRAFO 1o. Los diagnósticos se realizarán o confirmarán con las pruebas de oro estándar diagnósticas confirmatorias definidas por este Ministerio.

PARÁGRAFO 2o. En caso de encontrar anomalías, las EPS o EOC y la ADRES deberán notificar a la entidad competente para el inicio de las investigaciones o acciones respectivas.

PARÁGRAFO 3o. En la vigencia siguiente, los medicamentos de que trata el presente artículo harán parte del presupuesto máximo.

PARÁGRAFO 4o. Las EPS o EOC, IPS y el personal de salud tratante debe seguir y cumplir los protocolos de atención o guías de práctica clínica adoptadas para el tratamiento multidisciplinario del caso. En primera medida, adoptará los protocolos o guías que disponga este Ministerio. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.

PARÁGRAFO 5o. Las EPS o EOC deberán caracterizar plenamente las personas que vienen siendo tratadas con diagnóstico de enfermedades huérfanas y los medicamentos utilizados en el tratamiento multidisciplinario.

PARÁGRAFO 6o. El Instituto Nacional de Salud (INS) deberá, en el término de un año, realizar las adecuaciones tecnológicas para que el reporte en línea sea en tiempo real.

Concordancias

Resolución ADRES [2152](#) de 2020

TÍTULO III.

METODOLOGÍA Y DISPOSICIONES DEL PRESUPUESTO MÁXIMO.

CAPÍTULO I.

METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DEL PRESUPUESTO MÁXIMO.



ARTÍCULO 11. METODOLOGÍA PARA DEFINIR EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS O EOC.

Adóptese la metodología para la definición del presupuesto máximo por EPS o EOC, contenida en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

Notas del Editor

- Continúa vigente la metodología para establecer el presupuesto máximo dispuesta en esta resolución según el artículo [20](#) de la Resolución 1139 de 2022, 'por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

- La derogatoria de esta resolución **NO incluye** la metodología adoptada en la misma, según lo dispuesto en el artículo [22](#) de la Resolución 586 de 2021, 'por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)', publicada en el Diario Oficial No. 51.670 de 10 de mayo de 2021.



ARTÍCULO 12. METODOLOGÍA PARA DEFINIR EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EPS O EOC QUE NO PRESENTAN INFORMACIÓN. A las EPS o EOC que no tengan información para poder determinar un presupuesto máximo, se les asignará un presupuesto que se determinará así:

12.1 Se determina el percentil 25 del valor per cápita de las EPS o EOC que tiene asignado un presupuesto máximo. El

valor per cápita de cada EPS o EOC resulta de dividir el presupuesto máximo sobre su población afiliada. Se tomará como fuente la BDUA o la compensación de la vigencia.

12.2 El per cápita encontrado (percentil 25) se multiplica por la población afiliada de la EPS que no tenga presupuesto máximo. Se tomará como fuente la BDUA.

Notas del Editor

- Continúa vigente la metodología para establecer el presupuesto máximo dispuesta en esta resolución según el artículo 20 de la Resolución 1139 de 2022, 'por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

- La derogatoria de esta resolución **NO incluye** la metodología adoptada en la misma, según lo dispuesto en el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021, 'por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)', publicada en el Diario Oficial No. 51.670 de 10 de mayo de 2021.

CAPÍTULO II.

DISPOSICIONES DEL PRESUPUESTO MÁXIMO.



ARTÍCULO 13. VALOR DEL PRESUPUESTO MÁXIMO. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> El presupuesto máximo de cada EPS será el resultado de la aplicación de la metodología para medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), procedimientos y servicios complementarios. En caso de no contar con información de suministro y valores de los servicios y tecnologías en salud reportados en los módulos de suministros y facturación de la herramienta MIPRES, este Ministerio calculará el presupuesto máximo con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República.

PARÁGRAFO. El presupuesto máximo para cada EPS o EOC del régimen contributivo y subsidiado corresponderá a la sumatoria de las doceavas partes que hagan falta para terminar la vigencia a partir de la fijación del presupuesto máximo para la respectiva vigencia.



ARTÍCULO 14. TRANSFERENCIA DEL PRESUPUESTO MÁXIMO. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> La ADRES transferirá a las EPS o EOC el 100% de los recursos del presupuesto máximo dentro de la vigencia fiscal respectiva, considerando los ajustes al presupuesto máximo según corresponda. La transferencia se realizará de forma mensual y proporcional dentro de los diez (10) primeros días del respectivo mes.

PARÁGRAFO 1o. La transferencia del primer mes podrá realizarse en los últimos diez (10) días del mes siguiente a la expedición de la resolución que fija el presupuesto máximo.

PARÁGRAFO 2o. La ADRES definirá e implementará el proceso para realizar la transferencia de los recursos, así como para realizar el ajuste al presupuesto máximo por el traslado de afiliados entre EPS.

Concordancias

Resolución ADRES 2067 de 2020

PARÁGRAFO TRANSITORIO. <Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 500 de 2020. El nuevo texto es el siguiente:> Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por causa del coronavirus COVID-19, la

ADRES definirá el calendario de transferencias del valor mensual del presupuesto máximo de la vigencia 2020 y podrá anticipar el giro de dichos recursos a las EPS y EOC.

Notas de Vigencia

- Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 500 de 2020, 'por la cual se modifica el artículo 14 de la Resolución 205 de 2020', publicada en el Diario Oficial No. 51.266 de 24 de marzo 2020. Rige hasta hasta el 30 de mayo de 2020 o hasta que cese la declaratoria de emergencia sanitaria.



ARTÍCULO 15. AJUSTE AL PRESUPUESTO MÁXIMO. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> El presupuesto máximo establecido para cada EPS o EOC se ajustará, en los siguientes casos:

15.1. Por el traslado y asignación de afiliados de una EPS o EOC a otra. Para determinar el presupuesto máximo que se debe trasladar por cada afiliado de cada EPS o EOC, se calculará un per cápita de traslado del presupuesto máximo asignado para la vigencia corriente. El per cápita de traslado será el resultado de dividir el presupuesto máximo de la vigencia entre la población afiliada activa, tomada de la última BDUA disponible.

La ADRES podrá definir la periodicidad del ajuste de que trata este numeral y comunicará a este Ministerio el presupuesto máximo final por cada EPS o EOC.

La ADRES definirá e implementará el proceso para realizar la transferencia de los recursos, así como para realizar el ajuste al presupuesto máximo por el traslado de afiliados entre EPS o EOC.

Para el mes de diciembre, solo se considerarán los traslados que ocurrieron durante las dos primeras semanas.

15.2. Por cumplimiento de indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS o EOC, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex post que para el efecto establezca este Ministerio, buscando incentivar el logro de resultados en salud.

15.3. Por solicitud de revisión o ajuste de la EPS o EOC cuando, del monitoreo realizado por la ADRES, se determine que el presupuesto máximo se superará.

PARÁGRAFO 1o. Este Ministerio ajustará el presupuesto máximo de una vigencia con base en los traslados realizados y no tenidos en cuenta en el cálculo del presupuesto máximo del último mes de la vigencia inmediatamente anterior.

PARÁGRAFO 2o. Los ajustes al presupuesto máximo tendrán como base la información contenida en los módulos de suministros y de facturación de la herramienta MIPRES, la gestión de la EPS o EOC y la justificación de las formas de contratación de forma integral con la UPC, con sus respectivas notas técnicas.



ARTÍCULO 16. MEDIDAS PARA PREVENIR QUE SE SOBREPASE EL PRESUPUESTO MÁXIMO TRANSFERIDO. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> En aras de no sobrepasar el presupuesto máximo, las EPS o EOC deberán como mínimo:

16.1. Gestionar modelos de atención, formas de contratación soportadas en sus respectivas notas técnicas y conformación de redes de prestación de servicios de salud.

16.2. Diseñar guías o protocolos en forma conjunta con las redes de prestación de servicios de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud.

16.3. Considerar los valores de referencia.

16.4. Realizar los ajustes a los valores de referencia, cuando estas o la ADRES identifiquen que el presupuesto máximo se pueda superar.

16.5. Adelantar la defensa judicial adecuada. Dentro de las actuaciones mínimas de defensa que deberá adelantar la EPS, se encuentran: contestación oportuna en los términos establecidos, solicitud y aporte de pruebas necesarias y pertinentes para la resolución del asunto, entrega de los informes solicitados por el juez, contradicción de las pruebas

allegadas, solicitud de vinculación de otras entidades por considerar que tienen la obligación más determinada respecto a la satisfacción del derecho, impugnación de la decisión desfavorable y solicitando su revisión ante la Corte Constitucional cuando se considere pertinente.

En ejercicio de estas actuaciones la EPS o EOC deberá realizar un pronunciamiento de fondo que permita ilustrar y darle claridad al juez, principalmente, sobre los requisitos mínimos que debe contener la prescripción y su pertinencia para el paciente, las tecnologías que efectivamente se encuentran excluidas de los beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los del sistema de salud.

16.6. Priorizar, en conjunto con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el personal de salud, la prestación de los servicios y tecnologías en salud con recursos de la UPC, de conformidad con primeros usos, evidencia científica, guías, protocolos, rutas de atención y posicionamiento terapéutico, entre otros. En todo caso, se priorizará el uso de la mejor opción terapéutica para el paciente.

16.7. Evaluar la efectividad de las tecnologías, así como la relación beneficio-riesgo y costo-efectividad de las mismas.

PARÁGRAFO 1o. Los actores del sistema deberán considerar los valores de referencia que serán publicados en la respectiva nota técnica. Así mismo, las EPS o EOC deberán prever los ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el presupuesto máximo no se supere.

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

PARÁGRAFO 3o. La ADRES deberá definir la metodología y los procedimientos para evaluar la suficiencia o superación del presupuesto máximo, considerando como mínimo las cantidades suministradas, los valores por UMC y los traslados.



ARTÍCULO 17. INEMBARGABILIDAD DE LOS RECURSOS DEL PRESUPUESTO MÁXIMO.

<Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> Los recursos del presupuesto máximo del presente artículo pertenecen al aseguramiento en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que tienen el carácter de ser inembargables, en los términos establecidos en el artículo 48 de la Constitución Política.



ARTÍCULO 18. CONDICIONES FINANCIERAS. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> Las entidades a que hace referencia el artículo 2.5.2.2.1.2 del Decreto 780 de 2016, deberán atender lo establecido por la Superintendencia Nacional de Salud en relación con los recursos del presupuesto máximo de cada EPS o EOC, y su incidencia en las condiciones financieras:

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

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

Concordancias

Circular SUPERSALUD 2 de 2021

TÍTULO IV.

VERIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS DEL PRESUPUESTO MÁXIMO.



ARTÍCULO 19. SEGUIMIENTO, CONTROL Y MONITOREO DE LOS RECURSOS. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> Dentro del mes siguiente a la expedición del

presente acto administrativo, la ADRES desarrollará, implementará y publicará en su página web el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo, considerando la transferencia de los recursos, el control del manejo de los mismos, las auditorías y demás actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos. El seguimiento, control y monitoreo se realizará determinando factores que permitan evidenciar la ejecución de estos recursos. El seguimiento y monitoreo se realizará como mínimo a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS. En todo caso, el presupuesto máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.

La ADRES monitoreará periódicamente el comportamiento de las prescripciones efectuadas por los profesionales de la salud, el suministro y facturación de los servicios y tecnologías en salud por cada EPS y EOC, con el fin de identificar las posibles variaciones que tengan respecto a los presupuestos máximos establecidos, y podrá realizar auditorías focalizadas para tal fin.

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

Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de presupuesto máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta las bases de datos de suministros y facturación de MIPRES, entre otros.

El proceso de auditoría que se adelante para el procedimiento de verificación de los gastos de los recursos del presupuesto máximo, será conforme a las reglas que defina la ADRES, sin perjuicio de la facultad de inspección, vigilancia y control que la Superintendencia Nacional de Salud ejerza según sus competencias.

PARÁGRAFO 1o. La ADRES publicará el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.

PARÁGRAFO 2o. La ADRES, en el transcurso de los dos (2) meses siguientes a la expedición de la presente resolución, podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta.



ARTÍCULO 20. DE LA COMISIÓN ASESORA DE BENEFICIOS, COSTOS, TARIFAS Y CONDICIONES DE OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> La ADRES deberá presentar informes a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en el que se detallen las acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo. Dichos informes se presentarán de conformidad con la periodicidad que defina este Ministerio.

En razón al informe de seguimiento y monitoreo de los recursos, y de acuerdo a las competencias asignadas, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud formulará las recomendaciones necesarias a este Ministerio.

Este Ministerio presentará la propuesta de presupuesto máximo a la Comisión.

PARÁGRAFO transitorio. El primer informe de seguimiento y monitoreo se realizará al segundo mes a la entrada de la vigencia de la presente resolución.



ARTÍCULO 21. DEBER DE INFORMACIÓN. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> Será responsabilidad de la EPS o EOC, IPS, proveedores y operadores logísticos y de los actores suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, la información según lo determinen estas últimas, en la oportunidad, periodicidad, calidad y vía requerida.

Las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud deberán generar y suministrar los RIPS asociados a cada una de las facturas, correspondientes a las prestaciones respectivas, según corresponda.

Sin perjuicio de lo anterior, las EPS o EOC, IPS, proveedores, operadores y profesionales de la salud deberán continuar registrando la información correspondiente, en el aplicativo MIPRES. En todo caso se deberá diligenciar para efectos de seguimiento y monitoreo todos los módulos de MIPRES, en particular el de suministro y facturación.

PARÁGRAFO 1o. Este Ministerio con la participación de las EPS o EOC definirán el mecanismo que permita que

la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS o EOC se conecten y faciliten el reporte de información y el respectivo seguimiento, sin perjuicio de los reportes de información que deben realizar las EPS o EOC en el marco de lo dispuesto en el presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 2o. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no suministren información, los RIPS y no gestionen la herramienta MIPRES, según su competencia, para efectos del cálculo del presupuesto máximo no serán sujetas de incrementos en los valores contratados y podrán ser excluidas de las redes de prestación respectivas.



ARTÍCULO 22. NO ENVÍO DE LA INFORMACIÓN. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> En caso de no ser enviada la información por parte de las EPS o EOC, IPS, operadores logísticos y demás actores en la oportunidad requerida o con las especificaciones solicitadas, la ADRES informará la novedad a la Superintendencia Nacional de Salud a fin de que se apliquen los correctivos del caso.

TÍTULO IV.

DISPOSICIONES FINALES.



ARTÍCULO 23. PRESCRIPCIÓN Y SUMINISTRO. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> La prescripción se realizará utilizando la denominación común internacional, exclusivamente. La prescripción de medicamentos deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio, como guías de práctica clínica, guías de atención integral, protocolos y en especial los informes de formulación, uso y posicionamiento terapéutico o cualquier otro documento definido para la atención en salud de una patología en particular, sin que lo anterior se establezca como una restricción a la autonomía profesional, sino como apoyo al proceso de buena práctica en la prescripción. También se deberá tener en cuenta los procesos de autorregulación que definan las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de la salud.

El APME financiado con cargo al presupuesto máximo, deberá cumplir las siguientes condiciones para su prescripción: i) Estar registrado ante el Invima con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales y ii) corresponder a productos de soporte nutricional diseñados y elaborados para ser administrados por vía oral o por sonda, en el ámbito hospitalario, ambulatorio o domiciliario, con el fin de brindar soporte nutricional total o parcial a personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales, y capacidad limitada, deficiente o alterada para ingerir, digerir alimentos normales, absorber, metabolizar o excretar determinados nutrientes o metabolitos de los mismos, o que por sus condiciones médicas necesiten otros nutrientes específicos, y cuyo manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional.

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 este acto administrativo.

PARÁGRAFO 1o. 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.

PARÁGRAFO 2o. La cantidad de medicamento dispensado deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito, en cumplimiento de lo señalado en los artículos 2.5.3.10.18 y 2.5.3.10.19 del Decreto 780 de 2016, sobre obligaciones y prohibiciones del dispensador, respectivamente.



ARTÍCULO 24. COMPRA, VENTA O DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS. <Artículo derogado por el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021> Teniendo en cuenta las normas vigentes y en cumplimiento a lo dispuesto en la Circular 06 de 2018 de la CNPMDM o la norma que la modifique, adicione o sustituya, la compra, venta o dispensación de medicamentos con recursos públicos destinados a la salud deberá realizarse exclusivamente mediante las correspondientes transacciones institucionales según aplique a cada actor del sistema de salud.



ARTÍCULO 25. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C, a 17 de febrero de 2020.

El Ministro de Salud y Protección Social (e),

Iván Darío González Ortiz.

ANEXO TÉCNICO.

METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS O EOC DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS PARA PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL - APME, PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO.

Notas del Editor

- Continúa vigente la metodología para establecer el presupuesto máximo dispuesta en esta resolución según el artículo 20 de la Resolución 1139 de 2022, 'por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)', publicada en el Diario Oficial No. 52.082 de 1 de julio de 2022.

- La derogatoria de esta resolución **NO incluye** la metodología adoptada en la misma, según lo dispuesto en el artículo 22 de la Resolución 586 de 2021, 'por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)', publicada en el Diario Oficial No. 51.670 de 10 de mayo de 2021.

El presupuesto máximo que se establece en la presente metodología es construido a partir de los diferentes grupos relevantes en que se agruparon los medicamentos APME, procedimientos y servicios complementarios objetos de esta resolución. El valor del presupuesto máximo se calcula para los medicamentos en salud no financiados con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC), prescritos por el profesional de la salud u ordenadas por fallos judiciales.

La metodología está integrada por cinco partes que permiten establecer el presupuesto máximo. En el numeral 1° del presente anexo técnico se establece la descripción y las generalidades de la metodología. El desarrollo metodológico para el cálculo de presupuesto máximo se encuentra definido en el numeral 2° del presente anexo. La metodología para la determinación del valor de referencia (VR) para los grupos relevantes de medicamentos y alimentos para propósito médico especial (APME), necesarios para determinar el valor máximo, se encuentra definida en el numeral 3° del presente anexo.

La metodología para la determinación del valor de referencia (VR) para los grupos relevantes de procedimientos y servicios complementarios, se encuentra definida en el numeral 4° del presente anexo. La metodología para la conformación de los grupos relevantes de alimentos para propósito médico especial, se encuentra definida en el numeral 5° del presente anexo.

A continuación, se presentan los criterios para el cálculo de las cantidades y los valores de referencia lo cual permite establecer el presupuesto máximo.

1. Descripción y generalidades de la metodología.

Las fuentes de información para el cálculo del presupuesto máximo. Se tomarán de la información reportada en los módulos de MIPRES de suministros y facturación, o según lo solicite y determine este ministerio.

El presupuesto máximo de la vigencia de 2020 del régimen contributivo se realiza con la información reportada por parte de la ADRES a este ministerio. La información que reporta la ADRES corresponde a las bases de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos para propósito médico especial, procedimientos y servicios sociales no

financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 y del módulo MIPRES para servicios sociales no financiados con cargo a la UPC.

En cuanto al régimen subsidiado, el presupuesto máximo se calculará con base en el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS por parte de las entidades territoriales y entidades promotoras de salud que operan en dicho régimen, correspondiente a las vigencias 2015 a 2019, conformando una base final de servicios recobrados; y con base en el reporte de fallos judiciales del régimen subsidiado que hace la ADRES a este ministerio.

1.1. Medicamentos y alimentos para propósito médico especial.

1.1.1. Se toman **las cantidades iniciales** por unidad mínima de concentración de los grupos relevantes de los medicamentos y APME no financiados con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC) para cada EPS.

Para el cálculo del presupuesto máximo de la vigencia de 2020 se toman las cantidades iniciales del año 2018. Igualmente considera los grupos relevantes recobrados en 2019 (prestaciones del año 2019) y que no fueron recobrados en 2018 para el caso de medicamentos y APME.

1.1.2. Se calculan las **cantidades ajustadas** para cada grupo relevante utilizando el método de Chain-Ladder (método del triángulo). Lo anterior, en virtud que a la fecha de reporte de la información no se han entregado todas las facturas a las entidades pagadoras correspondiente a las prestaciones efectuadas durante la vigencia respectiva. En el caso de tomar MIPRES como fuente de información no se realizará este ajuste.

El valor hallado con el método de Chain-ladder se distribuye de acuerdo a la participación de cada grupo relevante de cada EPS o EOC en el total de los valores de la vigencia que corresponda a la cantidad inicial, y se divide por el valor promedio de recobro/cobro en UMC de cada EPS, obteniendo las **cantidades ajustadas** por EPS o EOC por grupo relevante. El Factor de las cantidades ajustadas se calcula dividiendo las **cantidades ajustadas** que fueron calculadas anteriormente sobre las cantidades iniciales.

Para el cálculo de la vigencia de 2020 se utilizan las bases de datos de recobro/cobro de los datos reportados a este ministerio y que corresponden a los valores de las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018, donde se considera la fecha de prestación de servicios y la fecha de presentación de la factura.

1.1.3. Se calcula **el factor de las cantidades del delta** estimando las tasas de crecimiento de los grupos relevantes mediante la aplicación de técnicas econométricas. Para la vigencia de 2020 se utiliza la técnica de datos panel en conjunto con los procedimientos.

Para la vigencia de 2020, el cálculo **del factor de las cantidades del delta** toma como fuente de información las bases de datos de recobro/cobro de los datos reportados a este ministerio y corresponde a las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018, por grupo relevante hayan sido o no recobrados/cobrado en todos los años, hagan parte o no de la cantidad inicial, e incluye órdenes judiciales en cada año.

1.1.4. **Cantidad total prospectiva** por grupo relevante de cada EPS o EOC se determina multiplicando las cantidades iniciales del numeral 1.1.1, por los factores de los numerales 1.1.2 y 1.1.3 del presente artículo y luego se multiplica por el factor de cantidades del delta estimado en el punto 1.1.3.

1.1.5. **El valor de medicamentos y alimentos para propósito médico especial para calcular el presupuesto máximo** por cada EPS o EOC es el resultante de la sumatoria de multiplicar la **cantidad total prospectiva por grupo relevante de cada EPS o EOC** por el **valor máximo**.

Se aclara que cuando el valor recobrado/cobrado por UMC o unidad sea mayor al valor de referencia (VR), se tomará para el cálculo del presupuesto máximo el VR.

1.2. Procedimientos.

1.2.1. Se toman las **cantidades iniciales** de cada grupo relevante de procedimientos no financiados con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC), para cada EPS tomando como referencia la vigencia del año de la cantidad inicial.

Para el cálculo de la vigencia 2020 se toma como referencia el año 2018.

1.2.2. Se calculan las **cantidades ajustadas** para cada grupo relevante de procedimientos por el método de Chain-

Ladder (método del triángulo), a partir del comportamiento nacional. Lo anterior, en virtud de que a la fecha de reporte de la información no se han entregado todas las facturas a las entidades pagadoras correspondiente a las prestaciones efectuadas durante la vigencia.

El valor hallado con el método de Chain-Ladder se distribuye de acuerdo a la participación de cada grupo relevante de procedimiento en el total de los valores de año de la cantidad inicial y se divide por el valor promedio de los valores reportados, obteniendo las **cantidades ajustadas**. El factor de las cantidades ajustadas se calcula dividiendo las **cantidades ajustadas** que fueron calculadas anteriormente sobre las cantidades iniciales. Para la vigencia de 2020 se toman como referencia los recobros/cobros de 2018, y se divide por el valor promedio de recobro/cobro, obteniendo las cantidades ajustadas.

Para el cálculo de la vigencia de 2020 se utilizan las bases de datos de recobro/cobro de los datos reportados a este ministerio y que corresponden a los valores de las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018, donde se considera la fecha de prestación de servicios y la fecha de presentación de la factura.

1.2.3. Se calcula el **factor de las cantidades del delta** estimando las tasas de crecimiento de los grupos relevantes de procedimientos mediante la aplicación de técnicas econométricas. Para la vigencia de 2020 se utiliza la técnica de datos panel en conjunto con los servicios complementarios.

Para la vigencia de 2020, el cálculo del **factor de las cantidades del delta** toma como fuente de información las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018.

1.2.4. **Cantidad total prospectiva** se determina multiplicando las cantidades iniciales del numeral 1.2.1 por los factores de los numerales 1.2.2 y 1.2.3 del presente artículo y luego se multiplica por el factor de cantidades del delta estimado en el punto 1.2.3.

1.2.5. **Se calcula el valor de referencia** para procedimientos. Para el cálculo del valor de referencia (VR) de los procedimientos se estimó el primer cuartil para cada uno de los códigos de procedimientos reportados en las bases de datos. El procedimiento de cálculo se establece en el numeral 3° del presente anexo.

Para el régimen subsidiado se utilizan los VR del régimen contributivo, excepto cuando existan prestaciones que no tengan VR calculado en este régimen en cuyo caso se utilizan los VR derivados de la base de datos del régimen subsidiado.

1.2.6. El **Valor de los grupos relevantes de procedimientos** para calcular el presupuesto máximo por cada EPS o EOC es el resultante de la sumatoria de multiplicar la cantidad total prospectiva por grupo relevante de cada EPS o EOC por el valor máximo.

Se aclara que cuando el valor recobrado/cobrado sea mayor al VR se tomará para el cálculo del presupuesto máximo el VR.

1.3. Servicios complementarios.

1.3.1. Se toman las **cantidades iniciales** de cada grupo relevante servicios complementarios no financiados con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC), para cada EPS o EOC tomando como referencia la vigencia del año de la cantidad inicial.

Para el cálculo de la vigencia 2020 se toma como referencia el año 2018 de MIPRES y de las bases reportadas.

1.3.2. Se calculan las **cantidades ajustadas** para cada grupo relevante de servicios complementarios por el método de Chain-Ladder (método del triángulo), a partir del comportamiento nacional. Lo anterior, en virtud de que a la fecha de reporte de la información no se han entregado todas las facturas a las entidades pagadoras correspondientes a las prestaciones efectuadas durante la vigencia.

El valor hallado con el método de Chain-Ladder se distribuye de acuerdo a la participación de cada grupo relevante de servicios complementarios en el total de los valores de año de la cantidad inicial y se divide por el valor promedio de los valores reportados, obteniendo las cantidades ajustadas. El factor de las cantidades ajustadas se calcula dividiendo las **cantidades ajustadas** que fueron calculadas anteriormente sobre las cantidades iniciales.

1.3.3. Se calcula el **factor de las cantidades del delta** estimando las tasas de crecimiento de los grupos relevantes de servicios complementarios mediante la aplicación de técnicas econométricas. Para la vigencia de 2020 se utiliza la

técnica de datos panel en conjunto con los procedimientos.

Para la vigencia de 2020, el cálculo del **factor de las cantidades del delta** toma como fuente de información las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018.

1.3.4. **Cantidad total prospectiva** se determina multiplicando las cantidades iniciales del numeral 1.3.1 por los factores de los numerales 1.3.2 y 1.3.3 del presente artículo y luego se multiplica por el factor de cantidades del delta estimado en el punto 1.3.3.

1.3.5. **Se calcula el valor de referencia** para servicios complementarios, según como se establece en el numeral 3° del presente anexo. Para el régimen subsidiado se utilizan los VR del régimen contributivo.

1.3.6. **El valor de los grupos relevantes de servicios complementarios** para calcular el presupuesto máximo por cada EPS o EOC es el resultante de la sumatoria de multiplicar la cantidad total prospectiva por grupo relevante de cada EPS o EOC por el valor máximo.

Se aclara que cuando el valor sea mayor al VR se tomará para el cálculo del presupuesto máximo el VR.

2. Desarrollo metodológico para el cálculo del presupuesto máximo.

A continuación, se presenta el planteamiento matemático para el cálculo del presupuesto máximo.

$$\text{Presupuesto Máximo}_{i,n,t} = \sum (P_{i,n,t}^*) * Q_{i,n,t}$$

$(P_{i,n,t}^*)$ corresponde al valor máximo por grupo relevante en cada EPS o EOC para el cálculo del presupuesto máximo de una vigencia

$$Q = Q_{inicial} * (1 + FIBNR) * (1 + TASA DELTA)$$

Q: Cantidades totales de la EPS/EOC expresadas en unidades de cada grupo relevante

Q inicial: Cantidades iniciales de la EPS/EOC por cada grupo relevante

FIBNR: Factor de cantidades ajustadas de la EPS/EOC que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas.

TASA DELTA: factor delta de las cantidades estimadas adicionales de la EPS/EOC por cada grupo relevante incluye lo nuevo y la incidencia.

Se parte del valor de recobro/cobro por parte de las EPS o EOC ante la ADRES.

$$\text{Valor total recobro}_{it} = \text{Cantidad de UMC}_{i,n,t} * \text{Valor de recobro_cobro}_{i,n,t}$$

$$\text{Valor total recobro}_{it} = \text{Cantidad de UMC}_{i,n,t} * \text{VRC}_{i,n,t}$$

$$\text{VRC}_{i,n,t} = \text{Valor de recobro_cobro}_{i,n,t} = \text{Valor total recobro}_{it} / \text{Cantidad de UMC}_{i,n,t}$$

Donde,

$UMC = \text{Cantidad de unidad mínima de concentración para medicamentos y APME}, = \text{Cantidades suministradas para procedimientos y servicios}$

i corresponde al grupo relevante de medicamentos agrupados o APME o procedimientos o servicios complementarios

n corresponde a la EPS o EOC que presentó el recobro

t corresponde a la vigencia de aplicación del presupuesto máximo

$$\text{Cantidad UMC}_{i,n,t} = \sum_1^n Q_{inicial_{i,n,t}} ; \text{ donde EPS o EOC} = 1, \dots, n \text{ y } Q \text{ es la cantidad UMC}$$

Ahora, para identificar el valor máximo por grupo relevante y por EPS o EOC ($P^*_{i,n,t}$) se tiene en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI y el VRC. Es decir:

$$P^*_{i,n,t} = \text{Valor máximo} = f(VR_{it}, PRI_{it}, VRC_{i,n,t})$$

Valor máximo: Corresponde al menor valor por UMC entre el valor de referencia o PRI y el valor del recobro/cobro.

Valor de referencia (VR): corresponde al valor por unidad de UMC de cada grupo relevante.

PRI: Es el precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM).

VRC: Corresponde al valor recobro/cobro por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES.

$$\text{Presupuesto Máximo Inicial}_{i,n,t} = \sum_1^n Q_{inicial_{i,n,t}} * P^*_{i,n,t}$$

donde $P^*_{i,n,t} \leq VR_{it}, PRI, VRC_{i,n,t}$ y $Q_{inicial_{i,n,t}}$ es la cantidad de UMC del año base de cálculo

$$\text{Ajuste de Cantidades Delta}_{i,n,t} = \text{FIBNR}_{i,n,t} * Q_{inicial_{i,n,t}} * \text{FIBNR}_{i,n,t}$$

$$\text{Cantidades Ajustadas} = \text{Ajuste de cantidades entregadas por las regiones} = \text{FIBNR}_{i,n,t}$$

2.1. Cálculo del presupuesto máximo.

Se procede a calcular las cantidades totales por EPS o EOC de cada grupo relevante en unidades UMC y se establece el presupuesto máximo de la siguiente forma:

$$a) \text{ Si } Q_{i,n,t} \leq Q_{inicial_{i,n,t}} * (1 + \widehat{FIBNR}_{i,n,t}) * (1 + \widehat{TASA DELTA}_{i,n,t})$$

Entonces,

$$\text{Presupuesto Máximo}_{i,n,t} = \sum P^*_{i,n,t} * (Q_{inicial_{i,n,t}} * (1 + \widehat{FIBNR}_{i,n,t}) * (1 + \widehat{TASA DELTA}_{i,n,t}))$$

$$\text{donde } P^*_{i,n,t} \leq VR_{it}, PRI_{it}, VRC_{i,n,t}$$

$$b) \text{ Si } Q_{i,n,t} > Q_{inicial_{i,n,t}} * (1 + \widehat{FIBNR}_{i,n,t}) * (1 + \widehat{TASA DELTA}_{i,n,t})$$

$$\text{Factor Cantidades adicionales al delta}_{it} = Q^{**}_{i,n,t} ; \text{ donde } Q^{**}_{i,n,t} > 0$$

$$Q_{i,n,t} = Q_{inicial_{i,n,t}} * (1 + \widehat{QIBNR}_{i,n,t}) * (1 + \widehat{Qdelta}_{i,n,t}) * (1 + Q^{**}_{i,n,t})$$

Entonces,

$$\text{Presupuesto Máximo}_{i,n,t} = \sum Q_{inicial_{i,n,t}} * (1 + \widehat{QIBNR}_{i,n,t}) * (1 + \widehat{Qdelta}_{i,n,t}) * (1 + Q^{**}_{i,n,t}) * P^*_{i,n,t}$$

Para lo cual se debe calcular el valor de de la siguiente forma:

$$P_{i,n,t}^{**} = \frac{Q_{inicial_{i,n,t}} * (1 + \widehat{FIBNR}_{i,n,t}) * (1 + \widehat{TASA\ DELTA}_{i,n,t}) * P_{i,n,t}^*}{(Q_{inicial_{i,n,t}} * (1 + \widehat{FIBNR}_{i,n,t}) * (1 + \widehat{TASA\ DELTA}_{i,n,t}) * (1 + Q_{i,n,t}^{**}))}$$

donde $P_{i,n,t}^{**} < P_{i,n,t}^*$

El presupuesto máximo de cada EPS o EOC corresponde a la sumatoria del resultado del cálculo del presupuesto de medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios. Adicionalmente, se incluyó en el presupuesto máximo de cada EPS o EOC el valor neto de los traslados de los afiliados entre las EPS o EOC (se suma el valor agregado de los per cápita de los afiliados que reciben de las EPS o EOC y se resta el valor agregado de los per cápita de los afiliados que se trasladan a otra EPS o EOC).

A las EPS o EOC que no tengan información para poder determinar un presupuesto máximo, se les asignará un presupuesto que se calcula así:

Se determina el percentil 25 del valor per cápita de las EPS o EOC que tiene asignado un presupuesto máximo. El valor per cápita de cada EPS resulta de dividir el presupuesto máximo de cada EPS o EOC sobre su población afiliada. Se tomará como fuente la BDUA o la compensación de la vigencia.

El per cápita encontrado (percentil 25) se multiplica por la población afiliada de la EPS o EOC que no tenga presupuesto máximo. Se tomará como fuente la BDUA.

2.2. Modelo econométrico.

Con la información disponible de recobros/cobros, se procede a estimar mediante técnicas econométricas las **cantidades del delta** de recobros/cobros por grupos relevantes. Para ello se debe contar con información de varias vigencias, con el objeto de poder identificar las tasas de crecimiento de los grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida y poder estimar el delta del periodo a implementar el presupuesto máximo.

Se establece que las cantidades de medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios de cada grupo relevante en unidades UMC, están en función de los registros asociados a la entrega de los medicamentos APME, procedimientos y servicios complementarios y de la tasa de crecimiento en el tiempo.

$$Q_{UMC} = f(\text{registros}, \text{tasa de crecimiento intertemporal})$$

En términos de logaritmos es:

Donde,

i : Grupos relevantes 1, ... i

t : Tiempo en años 1, ... t años

j : Unidades de medida de los Grupos Relevantes 1, ... j

= Vector de variables intercepto para cada grupo relevante

= Vector de coeficientes para los tipos de unidad de medida de los grupos relevantes

Como el modelo está en logaritmos, se halla el antilogaritmo de para obtener la tasa de crecimiento anual de los grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida (Delta).

$$TASA\ DELTA_j = ((Exp(\phi_j) - 1) * 100$$

Para calcular las cantidades del Delta en UMC de los grupos relevantes para cada EPS o EOC se procede a multiplicar el $Q_{inicial_{i,n,t}}$ por la tasa del delta estimada del modelo que comparten la misma unidad de medida.

$$Q_{\Delta i,j,t} = \sum_1^i Q_{inicial i,j,t} * TASA DELTA_{i,j,t}$$

Las cantidades totales prospectivas (*QTP*) por grupo relevante de cada EPS o EOC para la vigencia del periodo *t* se determina multiplicando las cantidades del *Q inicial* por el ajustador de cantidades del *QIBNR* y el ajustador de las cantidades del *Qdelta*. Para calcular la **cantidad total prospectiva por grupo relevante de cada EPS o EOC** para la vigencia del **periodo *t+1***, se toman la cantidad total prospectiva por grupo relevante de cada EPS o EOC para la vigencia del periodo *t* y se multiplican por el ajustador de las cantidades del delta calculado.

$$\sum_1^i QTP_{i,n,j,t+1} = \sum_1^i Q_{inicial i,n,j,t} * (1 + FIBNR_{i,n,t}) * (1 + TASA DELTA_{i,j,t}) * (1 + TASA DELTA_{i,j,t})$$

El **presupuesto máximo por EPS o EOC para la vigencia *t+1*** resulta de la sumatoria de cada una de las multiplicaciones de la cantidad total prospectiva por grupo relevante de cada EPS o EOC del periodo *t+1* por el valor máximo ($P^*_{i,n,(t+1)}$) del grupo relevante de cada EPS o EOC en el periodo *t+1* según lo establecido en el literal a) de la presente metodología.

En los casos que las cantidades totales de UMC de cada grupo relevante reportadas por la EPS o EOC sea superior a la establecida en el techo del literal a) se procederá a ajustar el valor máximo ($P^*_{i,n,(t+1)}$) por grupo relevante de cada EPS o EOC según lo establecido en el literal b) de la presente metodología. Es decir, el valor máximo corresponderá al ($P^*_{i,n,(t+1)}$) de cada EPC o EOC según el grupo relevante.

2.3. Análisis de cantidades ajustadas en el cálculo del presupuesto máximo.

Las cantidades ajustadas hacen referencia al concepto de IBNR (*Incurring But Not Reported* – incurridos, pero no reportados) o recobro tardío, consiste en un recobro ya ocurrido, pero aún no avisado. La metodología de Chain Ladder estima la reserva por este concepto.

La metodología mencionada establece una distribución bidimensional de la información histórica de recobros. Normalmente, las dos dimensiones son el mes de ocurrencia (eje vertical) y el mes de pago (eje horizontal). A medida que los recobros son más recientes se reduce la información, y de ahí que la matriz resultante tenga forma triangular o de escalera. Mediante los triángulos de la información se analiza el desarrollo de los recobros a lo largo del tiempo, sirviendo de base para determinados métodos de cálculo de la provisión técnica de prestaciones.

A continuación, se presenta el triángulo de reservas para el cálculo del delta ajustado.

Periodo de radicación							
	1	2	...	n-i+1	...	n-1	n
1	$R_{1,1}$	$R_{1,2}$	...	$R_{1,n-i+1}$	...	$R_{1,n-1}$	$R_{1,n}$
2	$R_{2,1}$	$R_{2,2}$	...	$R_{2,n-i+1}$	...	$R_{2,n-1}$	
Periodo de ocurrencia (prestación)	...	...	...	...	...
i	$R_{i,1}$	$R_{i,2}$	...	$R_{i,n-i+1}$			
...				
n-1	$R_{n-1,1}$	$R_{n-1,2}$					
n	$R_{n,1}$						

Donde $R_{i,j}$ es igual al monto total de los recobros/cobros que se habían desarrollado al final del periodo *j* y ocurrido en el periodo *i*.

Dada la disponibilidad de información mensual de la base de recobros/cobros, se procede a calcular el triángulo de las reservas mediante la técnica mencionada para estimar el valor del delta ajustado.

El valor hallado se distribuye de acuerdo a la participación de cada grupo relevante de cada EPS o EOC en el total de los recobros/cobros del periodo *t*, y se divide por el valor promedio de recobro/cobro en UMC de cada EPS o EOC,

obteniendo las cantidades ajustadas por EPS o EOC por grupo relevante.

2.4. Ajuste al presupuesto máximo de servicios complementarios.

Para los servicios complementarios se realiza un ajuste adicional al presupuesto máximo calculado basado en fallos judiciales reportadas en la base de datos de MIPRES.

De la base de datos de recobros/cobros se tienen en cuenta únicamente aquellas EPS que tuvieron reporte de órdenes judiciales para el año 2018 cuando cumpla que sea mayor el número de órdenes judiciales que el número reportado en la base de datos recobros/ cobros de manera consolidada por EPS y código MIPRES para servicio complementario, cuando sea objeto de ajuste se realiza sobre las cantidades así:

$$Dif_Q = dif(max(Q_{BDR-C}; Q_{Tutelas}); Q_{BDR-C}) > 0$$

Donde Q_{BDR-C} corresponde a las cantidades de la base de datos de recobros/cobros para el año 2018 y $Q_{Tutelas}$ corresponde al reporte de cantidades de órdenes judiciales para el año 2018 según MIPRES.

Para realizar la liquidación se obtiene el promedio ponderado de cada valor de referencia para cada grupo relevante de servicios complementarios, usando la siguiente fórmula:

$$VR_{ponderado} = \frac{\sum_i VR_i * Q_i}{\sum_i Q_i}$$

Donde i corresponde al conglomerado del grupo de servicios, VR corresponde al valor de referencia del conglomerado del grupo de servicios y Q corresponde a las cantidades del conglomerado del grupo de servicios respectivamente.

El ajuste de los valores reconocidos adicional por concepto de órdenes judiciales es:

$$Ajuste_{PresupuestoMáximo} = Dif_Q * VR_{ponderado}$$

2.5. Estado de los afiliados y su reconocimiento en el presupuesto máximo de las EPS o EOC.

A continuación, se relacionan los estados y con cargo a qué techo se deben realizar los pagos, liquidaciones y reconocimiento de techos por traslados de afiliados entre las EPS o EOC con recobros/cobros de la presente resolución:

a) Estado afiliado recobrante: Es el afiliado a una EPS o EOC y que recobra/cobra en esa EPS o EOC. Se encuentra en el componente del Q inicial:

$$Q_{inicial_{i,n,t}} * P_{i,n,t}^*$$

b) Estado afiliado incidente: Es el afiliado a una EPS o EOC y recobra/cobra por primera vez en esa EPS o EOC, durante esa vigencia. Se encuentra en el componente del delta estimado:

$$TASA \widehat{DELTA}_{i,n,t} * P_{i,n,t}^*$$

c) Estado afiliado movilidad entre regímenes: Es el afiliado que se traslada del régimen subsidiado al contributivo. Se encuentra en el componente del delta estimado:

$$TASA \widehat{DELTA}_{i,n,t} * P_{i,n,t}^*$$

d) Estado afiliado recobrante con traslado: Es el afiliado que recobra/cobra y se traslada de EPS o EOC. Se encuentra en el componente del Q inicial de la EPS o EOC de origen:

$$Q_{inicial_{i,n,t}} * P_{i,n,t}^* \text{ de la EPS o EOC origen del traslado}$$

Se identifica este valor, se le descuenta a la EPS o EOC de origen y se le reconocerá a la EPS o EOC a partir de la

fecha que lo recibe. En síntesis, se le descuenta al presupuesto máximo de la EPS o EOC origen y se le traslada al presupuesto máximo de la EPS o EOC que lo recibe.

3. Metodología para la determinación del valor de referencia para los grupos relevantes de medicamentos y alimentos para propósito médico especial (APME).

Fuente de información. Se tomará la información reportada por la ADRES y las EPS, según corresponda. Para la vigencia de 2020 se tomarán los recobros/cobros que correspondan al periodo de referencia con el último corte de información disponible de la base SII_MYT.

La fecha que le corresponde a cada registro de la base es la de la respectiva fecha de prestación de servicio que se encuentre dentro del periodo de referencia. Se debe excluir de la fuente información los medicamentos que se encuentren en el listado de cobertura del plan de beneficios en salud de acuerdo con la Resolución 5857 de 2018 o aquella que la modifique o sustituya.

Para la conformación de los grupos relevantes se deberá tener en cuenta el listado de registros sanitarios de medicamentos y de alimentos para propósitos médicos especiales - APME del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

3.1. Cálculo del valor de referencia (VR).

Respecto del VR, se entiende que debe ser único para todos los medicamentos o productos de soporte nutricional del mismo grupo relevante según corresponda, de medicamentos o de alimentos para propósitos médicos especiales (APME), por lo cual se calculará un único valor por unidad mínima de concentración (UMC) de modo que el VR no se establecerá por los diferentes nombres o presentaciones comerciales, o concentraciones.

Para efectos del cálculo del VR se debe tomar el valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no cubiertos en el plan de beneficios en salud presentados ante la ADRES, sin considerar el valor de la cuota moderadora o copago conforme lo determina la normatividad vigente, tampoco el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este ministerio, ni el valor calculado para las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas, aspecto que los agentes de la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta.

Para la definición del VR en UMC para cada grupo relevante se emplearán medidas estadísticas simples de tendencia central o de posición de la distribución de los valores observados. El cálculo de VR dependerá del número de oferentes que haya en cada grupo relevante, así:

Grupos relevantes donde hay un solo oferente

Grupos relevantes donde hay dos o más oferentes

En este caso el oferente corresponde al titular del registro sanitario que comercializa directa o indirectamente el medicamento.

En los casos en que la CNPMDM, fije precios para alguno de los medicamentos de los grupos relevantes, así como un valor en unidad mínima de concentración y presentaciones no reguladas de mercados relevantes, se tomará como VR el precio establecido por la comisión.

Una vez seleccionada la base SII_MYT sobre la cual se realizarán los cálculos para definir el VR, los siguientes son los pasos a seguir para obtener el VR por UMC de cada grupo relevante:

Paso 1. Estandarización: El proceso de estandarización se refiere a la revisión y ajuste de las variables que se requieren para el cálculo en cada registro de la base seleccionada.

Para los medicamentos la estandarización también incluirá la base de registros sanitarios de Invima y las variables que se requieran para la aplicación de la metodología, dentro de las cuales se encuentran: ATC, CUM, nombre de principio activo, forma farmacéutica, cantidad de principio activo en unidad mínima de concentración y unidades en la presentación comercial.

Para los APME se deberá tener en cuenta el listado de registros sanitarios de alimentos para propósitos médicos especiales, de la cual se seleccionarán las variables necesarias realizando las normalizaciones a que haya lugar, dentro de las cuales se encuentran: el nombre del producto, la presentación comercial, la unidad de medida, la forma de

presentación y la categoría, conforme a las características de los nutrientes, composición y uso específico del producto de soporte nutricional.

Paso 2. Identificación de las UMC de cada grupo relevante: Una vez realizado el paso 1, para cada registro de la base SII_MYT seleccionada y estandarizada, se identificará la cantidad de UMC:

Cantidad de UMC = Cantidad suministrada * UMC

Cantidad suministrada: Corresponde al campo “Cansuministro” y comprende las unidades dispensadas al paciente.

Para los grupos relevantes de medicamentos la UMC corresponden a la cantidad de principio activo del medicamento, que puede ser expresada en gramo (g), miligramo (mg), microgramo (mcg), unidad internacional (ui), o aquella que corresponda.

Para el caso de los grupos relevantes de APME la UMC corresponde a la unidad de presentación de cada producto para soporte nutricional según su disponibilidad para suministro por sonda o vía oral, esta será expresada en gramos (gr) o mililitros (ml).

En esta estimación las unidades reportadas en cantidad de suministro corresponden a unidades mínimas de dispensación.

Paso 3. Cálculo del valor de recobro en UMC: Una vez establecida la cantidad de UMC, se realizará el cálculo del valor por UMC, así:

Para cada registro de la base seleccionada calcular:

$$\text{Valor por UMC: } \frac{\text{Valor recobrado/cobrado}}{\text{Cantidad de UMC}}$$

Para los grupos relevantes conformados por medicamentos cuyas presentaciones contengan combinaciones de principios activos y su forma farmacéutica sea “tableta o cápsula” o “tableta o cápsula de liberación modificada” y demás grupos relevantes que contengan principios activos en combinación donde no exista información de la cantidad de contenido de la presentación, se establecerá para el grupo relevante la concentración a tener en cuenta para el cálculo en UMC y para establecer la cantidad total de UMC, considerando todas las presentaciones que existen para el grupo relevante, según los siguientes criterios:

3.1. Si entre las presentaciones que existen en el grupo relevante se identifica que las concentraciones de los principios activos que componen la combinación no son idénticas:

3.1.1. Se tomará la presentación con mayor frecuencia, entendida como el número de veces que fue recobrada/cobrada en el último año de la vigencia.

3.1.2. Una vez identificada la presentación, se tomará como referencia el principio activo que tenga la mayor concentración entre los que componen el medicamento.

3.2. Si entre las presentaciones que existen en el grupo relevante, todas presentan la misma concentración para por lo menos un principio activo de los que compongan la combinación:

3.2.1. Se tomará la presentación con mayor frecuencia, entendida como el número de veces que fue recobrada/cobrada en el último año de la vigencia.

3.2.2. Una vez identificada la presentación, se tomará la mayor concentración de la presentación entre los principios activos que componen la combinación, sin tener en cuenta la concentración del principio activo que no presenta diferencias entre las demás presentaciones.

3.3. Si el grupo relevante solo tiene una presentación, se tomará la mayor concentración de la presentación entre los principios activos que componen la combinación.

Estas serán las concentraciones a tener en cuenta para el cálculo del valor en UMC para el grupo relevante compuesto por uno o más principios activos en forma farmacéutica “tableta o cápsula” o “tableta o cápsula de liberación

modificada” y demás grupos relevantes que contengan principios activos en combinación donde no exista información de la cantidad de contenido de la presentación.

Paso 4. Detección de valores atípicos: Los datos atípicos son valores de la variable que se ubican en los extremos y afectan la estimación de los estadísticos y caracterización de la variable, debido a esto, su detección es importante para obtener estimaciones más precisas.

Para la detección de estos valores extremos se estiman 2 rangos: uno para detección de datos atípicos moderados y otro para datos atípicos extremos.

La eliminación de valores atípicos se realiza sobre el valor por UMC (paso 3) para cada grupo relevante. Para la detección de datos atípicos moderados se estima un rango, como sigue:

$$LI = Q1 - 1.5 (Q3 - Q1)$$

$$LS = Q3 + 1.5 (Q3 - Q1)$$

Donde,

LI = Límite inferior.

LS = Límite superior.

Q1: cuartil 1 (percentil 25). Q3: cuartil 3 (percentil 75)

Las observaciones de la variable que se ubiquen fuera de estos límites se consideran valores atípicos moderados, por lo tanto, serán excluidos para el cálculo del VR en UMC para cada grupo relevante.

Al considerar que en algunos casos el valor del límite inferior puede arrojar un valor menor a 0, es necesario acotar este límite, quiere decir que la definición del LI será:

$$\text{Si } LI > 0 = LI$$

$$LI < 0 = 0$$

Paso 5. Cálculo del VR en UMC: La definición del valor de referencia dependerá del número de oferentes que hay en el grupo relevante, así:

Si en el grupo relevante hay un solo oferente, el VR para este grupo será el percentil diez (10) del valor en UMC.

Si en el grupo relevante hay dos o más oferentes, el VR para este grupo será el percentil veinticinco (25) del valor en UMC.

4. Metodología para la determinación del valor de referencia para los grupos relevantes de procedimientos y servicios complementarios.

Fuente de información. Se tomará la información reportada por la ADRES y las EPS, según corresponda. Para la vigencia de 2020 se tomarán los recobros/cobros que correspondan al periodo de referencia con el último corte de información disponible de la base SII_MYT.

La fecha que le corresponde a cada registro de la base es la de la respectiva fecha de prestación de servicio que se encuentre dentro del periodo de referencia. Se debe excluir de la fuente información los procedimientos o servicios complementarios que se encuentren en el listado de cobertura del plan de beneficios en salud de acuerdo con la Resolución 5857 de 2018 o aquella que la modifique o sustituya.

4.1. Cálculo del valor de referencia (VR) de procedimientos a nivel de subcategoría CUPS.

Para efectos del cálculo del VR se debe tomar el valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no cubiertos en el plan de beneficios en salud presentados ante la ADRES.

Para la definición del VR para cada procedimiento se emplearán medidas estadísticas no paramétricas de tendencia central de la distribución de los valores observados; se entiende que el VR debe ser único para cada procedimiento

según corresponda.

Una vez seleccionada la base de datos sobre la cual se realizarán los cálculos, los siguientes son los pasos a seguir para obtener el VR por procedimiento:

Paso 1. Se distribuye proporcionalmente el valor de los anestésicos no financiados por la unidad de pago por capitación entre los procedimientos quirúrgicos presentes en la base de recobros/cobros y el valor de los radiofármacos no financiados por la unidad de pago por capitación entre las gammagrafías presentes en la base de recobros/cobros. El valor total ajustado es igual al valor total para las demás prestaciones.

$$VTa_{Pc_i} = VT_{Pc_i} * \left(1 + \frac{\sum_k VT_{An_k}}{\sum_k VT_{Pc_k}} \right)$$

$$VTa_{G_i} = VT_{G_i} * \left(1 + \frac{\sum_k VT_{R_k}}{\sum_k VT_{G_k}} \right)$$

Donde,

VTa_{Pc_i} Es el valor total ajustado para la prestación i de procedimientos quirúrgicos en la base de datos de cobros/recobros.

VT_{Pc_i} Es el valor total de la prestación i de procedimientos quirúrgicos en la base de datos de cobros/recobros.

VT_{An_k} Es el valor total de la prestación k de los anestésicos no cubiertos por la unidad de pago por capitación.

VTa_{G_i} Es el valor total ajustado de la prestación i de gammagrafías en la base de datos de cobros/recobros.

VT_{G_i} Es el valor total de la prestación i de gammagrafías en la base de datos de cobros/recobros.

VT_{R_k} Es el valor total de la prestación k de los radiofármacos no cubiertos por la unidad de pago por capitación.

Paso 2. Se define la severidad como el valor total ajustado según el numeral anterior dividido entre la cantidad suministrada para cada uno de los códigos de procedimientos reportados en las bases de datos.

$$Severidad_i = \frac{VTa_i}{Q_i}$$

Donde,

VTa_i Es el valor total ajustado para la prestación i en la base de datos de cobros/ recobros.

Q_i Es la cantidad suministrada en la prestación i en la base de datos de cobros/ recobros.

Paso 3. El valor de referencia (VR) para los procedimientos se estima calculando el primer cuartil de la severidad.

Los códigos de procedimientos que no se reportaron a nivel de subcategoría CUPS se revisan uno a uno con la finalidad de imputarle un código donde esto sea posible. Cuando el procedimiento reportado no se pueda imputar, su información será tenida en cuenta en un grupo de "Otros procedimientos", cuyo valor de referencia será calculado de manera similar a la metodología utilizada en el cálculo de valores de referencia de servicios complementarios.

Los datos se actualizan a los valores del año que estará en vigencia el presupuesto máximo.

Para la vigencia de 2020 se toma como referencia la vigencia de 2018 y se actualizan los datos al año 2020. Se usa para la vigencia de 2020 IBM SPSS Modeler 18.2®.

Paso 4. Para el régimen subsidiado se utilizan los VR del régimen contributivo excepto cuando existan códigos de procedimiento que no tengan VR calculado en este régimen en cuyo caso se utilizan los VR derivados de la base de

datos del régimen subsidiado.

4.2. Cálculo del valor de referencia (VR) de servicios complementarios y el grupo de otros procedimientos.

Para efectos del cálculo del VR se debe tomar el valor recobrado/cobrado por los servicios complementarios no cubiertos en el plan de beneficios en salud presentados ante la ADRES.

Para la definición del VR para los servicios complementarios y el grupo de otros procedimientos, se emplean medidas estadísticas no paramétricas de tendencia central de la distribución de los valores observados; se entiende que el VR debe ser único para cada conglomerado de los servicios complementarios según corresponda.

Una vez seleccionada la base de datos sobre la cual se realizarán los cálculos, los siguientes son los pasos a seguir para obtener el VR por cada conglomerado de los servicios complementarios y el grupo de otros procedimientos:

Paso 1. Se calcula la severidad definida como el valor total cobrado/recobrado dividido entre la cantidad suministrada.

$$\text{Severidad}_i = \frac{VTa_i}{Q_i}$$

Donde,

VTa_i Es el valor total ajustado para la prestación en la base de datos de cobros/recobros.

Q_i Es la cantidad suministrada en la prestación en la base de datos de cobros/recobros.

Paso 2. Sobre la severidad se identifican los datos atípicos como sigue:

$$LI = Q1 - 1.5 (Q3 - Q1)$$

$$LS = Q3 + 1.5 (Q3 - Q1)$$

Donde,

LI = Límite inferior.

LS = Límite superior.

Q1: cuartil 1 (percentil 25). Q3: cuartil 3 (percentil 75)

Las observaciones de la variable que se ubiquen fuera de estos límites se consideran valores atípicos, dichos valores se sustituyen por el valor más cercano que no se considera extremo.

Paso 3. Se realiza un análisis de conglomerados de los principales servicios complementarios y del grupo de otros procedimientos por medio del módulo de clúster automático del programa IBM SPSS Modeler 18.2®. Los servicios complementarios no analizados en forma individual se agrupan en un conjunto para efectos del análisis respectivo. Se elige el método de clasificación con mayor coeficiente silueta (CS) definido como

$$CS = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N s(x)$$

Siendo N el número de conglomerados y donde $s(x)$ está definido como:

$$s(x) = \frac{b(x) - a(x)}{\text{Max}\{b(x), a(x)\}}$$

Donde $a(x)$ corresponde a la distancia promedio de x de todos los demás puntos en el mismo clúster y $b(x)$ corresponde a la distancia promedio de x de todos los demás puntos en el conglomerado más cercano.

Paso 4. Una vez elegido el método con mayor CS se selecciona el primer cuartil de cada conglomerado como valor de referencia (VR). Los datos se actualizan a los valores del año que estará en vigencia el presupuesto máximo.

Para la vigencia de 2020 se toma como referencia la vigencia de 2018 y se actualizan los datos al año 2020. Se usa para la vigencia de 2020 IBM SPSS Modeler 18.2®.

Paso 5. Para el régimen subsidiado se utilizan los VR del régimen contributivo.

5. Metodología para la conformación de los grupos relevantes de alimentos para propósito médico especial (APME).

Fuente de información. Se tomará la información reportada por la ADRES y las EPS o EOC, que corresponde a los recobros/cobros del periodo de referencia con el último corte de información disponible de la base SII_MYT.

La fecha que le corresponde a cada registro de la base es la de la respectiva fecha de prestación de servicio que se encuentre dentro del periodo de referencia.

Para la conformación de los grupos relevantes se tiene en cuenta el listado de registros sanitarios de alimentos para propósito médico especial.

5.1. Priorización y ordenamiento de los grupos relevantes en los alimentos para propósito médico especial (APME).

Para proceder a la priorización y ordenamiento de los grupos relevantes se debe estandarizar la fuente de información, con las siguientes variables: nombre del producto, unidad de medida, unidad mínima de concentración, forma de presentación y categoría; posteriormente, se definen los grupos relevantes y se asigna el número de titulares por grupo, con la información de los registros sanitarios expedidos por el Invima.

Adicionalmente se creó una base de datos paralela con los APME que con corte a 31 de diciembre de 2018, se encontraron codificados en las tablas de referencia MIPRES soportados con sus respectivos registros sanitarios, de esta manera se estandarizaron las variables anteriormente mencionadas para cada uno de los productos, y poder normalizar la base de datos de recobros así:

Columna A: Nombre de producto ajustado

Columna B: Posibilidades de nombres en la base de datos

Columna C: Unidad de medida

Columna D: Unidad mínima de concentración (UMC)

Columna E: Presentación

Columna F: Categoría

Columna G: Grupo relevante

Una vez seleccionada la base de datos sobre la cual se realizarán los cálculos para definir el valor de referencia, los siguientes son los pasos a seguir para definir los grupos relevantes:

Paso 1. Nombre del producto: El nombre del producto se encuentra en las bases de datos en la variable “nombre_medicamento”, sin embargo, al analizar la información se evidencia que un mismo producto puede tener hasta 56 denominaciones diferentes, por lo que es necesario para el ejercicio estandarizar el nombre del producto nutricional, con los siguientes criterios:

Regla 1

SI en “nombre_medicamento” aparece un conjunto de palabras que contenga B, en columna de estandarización a

denominarse “nombre_producto_ajustado” debe ponerse como nombre el definido en la columna A.

Regla 2

SI en “nombre_medicamento” aparece un conjunto de palabras que contenga B, y en “Codigo_Tipo_Presentacion_Medicamento” aparece C, en columna de estandarización a denominarse “nombre_producto_ajustado” debe ponerse como nombre A.

Paso 2. Unidad de medida: Los productos para soporte nutricional, denominados alimentos para propósito médico especial vienen principalmente en tres (3) presentaciones que permiten definir la unidad de medida, polvo (gramos), líquido (mililitros) y semisólido (gramos).

En tal sentido, una vez estandarizado el nombre del producto, de acuerdo a lo definido en el numeral 1° de este documento, deberá de acuerdo a su presentación diligenciarse la unidad de medida.

Regla

SI en “nombre_producto_ajustado” aparece A, en columna de estandarización a denominarse “unidad_de_medida” debe ponerse lo descrito en la columna C.

Paso 3. Unidad mínima de concentración (UMC): En los productos para soporte nutricional, denominados alimentos para propósito médico especial, la unidad mínima de concentración (UMC) corresponde a la presentación comercial de cada producto, en tal sentido para llevar a cabo la estandarización de esta variable, debe tenerse en cuenta la siguiente regla.

Regla

SI en “nombre_producto_ajustado” aparece A, en columna de estandarización a denominarse “UMC” debe ponerse lo descrito en la columna D.

Paso 4. Forma de presentación: En los productos para soporte nutricional, denominados alimentos para propósito médico especial, la forma de presentación puede ser polvo, líquido o semisólido, en tal sentido para llevar a cabo la estandarización de esta variable, debe tenerse en cuenta la siguiente regla.

Regla

SÍ en “nombre_producto_ajustado” aparece A, en columna de estandarización a denominarse “Presentación” debe ponerse lo descrito en la columna E.

Paso 5. Categoría: Los alimentos para propósitos médicos especiales (APME), que hoy son financiados con recursos públicos de la salud, de acuerdo a las características de los nutrientes, composición y uso específico, se sugieren clasificar en las siguientes categorías:

Categorías

N°	Nombre de la categoría	Definición/criterios para agrupación
1	Fórmula polimérica normocalórica	Aporte calórico entre 0.8 a 1.49 Kcal/ml Proteína entera o aislada de origen animal y/o vegetal. Puede ser adicionada con aminoácidos específicos en forma L, como Taurina, L-carnitina, L-Glutamina, L-Arginina, entre otros. Carbohidratos de forma completa o hidrolizada en forma de oligosacáridos, maltodextrinas y almidones. Puede adicionarse fibra dietaria soluble o insoluble. Lípidos en forma de triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM), cumpliendo con el aporte de ácidos grasos esenciales. Vitaminas y minerales.
		Aporte calórico mayor o igual a 1.5 Kcal/ml Proteína entera o aislada de origen animal y/o vegetal. Puede ser adicionada con aminoácidos específicos en forma L, como

2	Fórmula polimérica hipercalórica	<p>Taurina, L-carnitina, L-Glutamina, L-Arginina, entre otros.</p> <p>Carbohidratos de forma completa o hidrolizada en forma de oligosacáridos, maltodextrinas y almidones. Puede adicionarse fibra dietaria soluble o insoluble.</p> <p>Lípidos en forma de triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM), cumpliendo con el aporte de ácidos grasos esenciales.</p> <p>Vitaminas y minerales.</p>
3	Fórmula oligomérica normocalórica	<p>Aporte calórico entre 0.8 a 1.49 Kcal/ml</p> <p>Proteína de origen animal y/o vegetal completamente y/o parcialmente hidrolizada y/o aminoácidos libres en forma L, como Taurina, L-carnitina, L-glutamina y L-arginina, entre otros.</p> <p>Carbohidratos en forma de polímeros de glucosa, disacáridos y monosacáridos. Pueden contener o no fibra.</p> <p>Triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM) de origen vegetal, así como ácidos grasos esenciales Omega 3 (ù3) y Omega (ù6).</p> <p>Vitaminas y minerales.</p>
4	Fórmula oligomérica hipercalórica	<p>Aporte calórico mayor o igual a 1.5 Kcal/ml</p> <p>Proteína de origen animal y/o vegetal completamente y/o parcialmente hidrolizada y/o aminoácidos libres en forma L, como Taurina, L-carnitina, L-glutamina y L-arginina, entre otros.</p> <p>Carbohidratos en forma de polímeros de glucosa, disacáridos y monosacáridos. Pueden contener o no fibra.</p> <p>Triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM) de origen vegetal, así como ácidos grasos esenciales Omega 3 (ù3) y Omega (ù6).</p> <p>Vitaminas y minerales.</p>
5	Fórmula monomérica	<p>En forma de aminoácidos libres (en forma L) de origen animal y/o vegetal. Pueden se adicionados de aminoácidos específicos en forma L, como Taurina, L-carnitina, L-glutamina o L-arginina, entre otros.</p> <p>Deben utilizarse glucosa u oligosacáridos.</p> <p>Deben utilizarse triglicéridos de origen vegetal de cadena larga como fuente de ácidos grasos esenciales Omega 3 (ù3) y Omega (ù6) y/o triglicéridos de cadena media (TCM) como fuente energética.</p>
6	Fórmula modular	<p>Constituidas básicamente por uno de los siguientes grupos de nutrientes:</p> <p>Proteínas, lípidos o hidratos de carbono.</p> <p>En el caso de estar constituido por proteínas puede estar compuesto por las proteínas enteras, proteínas hidrolizadas o aminoácidos, solos o en combinación.</p> <p>En algunos casos puede contener adición de micronutrientes.</p>
7	Fórmula especial para enfermedades huérfanas	<p>Se trata de fórmulas especialmente diseñadas para pacientes pediátricos con errores innatos del metabolismo, por ejemplo: aciduria glutárica tipo 1, hipermetioninemia u homocistinuria, entre otros.</p>
8	Fórmula para tratamiento de la desnutrición aguda infantil	<p>Aporte calórico 5.4 Kcal/gr</p> <p>Energía entre 520-550 kcal/100 g</p> <p>Alimento terapéutico listo para el consumo, rico en nutrientes y basado en lípidos.</p> <p>Proteínas del 10-12% de la energía total.</p> <p>Lípidos del 45-60% de la energía total.</p>

Teniendo en cuenta las categorías descritas, para proceder a la estandarización de la base de datos se debe considerar la siguiente regla:

Regla

= SI en “nombre_producto_ajustado” aparece A, en columna de estandarización a denominarse “Categoría” debe ponerse lo descrito en la columna F.

Paso 6. Grupo relevante: La definición del grupo relevante en los productos para soporte nutricional, se realiza teniendo en cuenta tres (3) de las variables estandarizadas en la base de datos, así:

Categoría + unidad_de_medida + presentación

Ejemplo: Fórmula polimérica normocalórica + gr + polvo

Nº	Nombre del grupo relevante
1	Fórmula polimérica normocalórica | gr | polvo
2	Fórmula polimérica normocalórica | ml | líquido
3	Fórmula polimérica hipercalórica | gr | polvo
4	Fórmula polimérica hipercalórica | ml | líquido
5	Fórmula oligomérica normocalórica | gr | polvo
6	Fórmula oligomérica normocalórica | ml | líquido
7	Fórmula oligomérica hipercalórica | gr | polvo
8	Fórmula oligomérica hipercalórica | ml | líquido
9	Fórmula monomérica | gr | polvo
10	Fórmula monomérica | ml | líquido
11	Fórmula modular | gr | polvo
12	Fórmula modular | ml | líquido
13	Fórmula especial para enfermedades huérfanas | gr | polvo
14	Fórmula especial para enfermedades huérfanas | ml | líquido
15	Fórmula para tratamiento de la desnutrición aguda infantil | gr | semisólido

Paso 7. Número de titulares por grupo relevante: El número de titulares por grupo relevante se determina con base en la información disponible en las bases de datos de alimentos para propósito médico especial, actualizados de manera periódica por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).



