

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1	1	20/12/2019	201942302064312	Ingrid Marcela Reyes Rey Directora Ejecutiva	ANDI – Cámara de Gases Industriales y Medicinales	CONSIDERANDO – Observaciones generales al mecanismo de VMR  Propuesta: Que si bien los gases medicinales son considerados medicamentos, sus procesos de fabricación son totalmente diferentes a los utilizados en la producción de medicamentos.  Que la fabricación de gases medicinales, es un proceso industrial especializado que requiere un diseño	Si bien los gases medicinales son considerados medicamentos, su producción, envase, transporte, comercialización y dispensación final en los pacientes comporta varias particularidades que los hacen diferentes a los medicamentos tradicionales (Res.4410 de 2009). Por tanto, sería lo más adecuado que estas variables estuvieran comprendidas en la metodología, garantizando su justa y equitativa aplicación.	La fabricación de los gases medicinales proviene de un proceso industrial especializado, altamente dependiente de las condiciones locales: calidad y precio de la energía, ubicación geográfica de la planta de producción e infraestructura logística de transporte. El envase es retornable, lo cual implica inversión adicional en una gestión post-consumo permanente, y se realiza en cilindros o tanques de alta presión. La forma de suministrar el gas medicinal no se reduce a la mera entrega del producto al paciente/IPS. Debido a sus características la dispensación debe ser asistida por personal capacitado, utilizando dispositivos y equipos para el transvase a la IPS/suministro del medicamento al paciente, y en los casos de terapias o tratamientos, el monitoreo y servicio de la empresa productora del gas es integral.  Finalmente, algunos gases como el helio, son importados, lo que determina también el precio. Todo lo anterior impacta los precios de los gases, que, aun así, siguen siendo de los más competitivos de la región.	Respuesta 1:  Se precisa que para el cálculo de Presupuesto Máximo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. De otra parte, los valores de referencia no constituyen per se una regulación de precios por cuanto para efectos del cálculo respectivo, dichos valores tienen en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene hasta el suministro y dispensación de la respectiva tecnología, y a su vez, reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.  Teniendo en cuenta esto, los valores reportados a la ADRES en el periodo de estudio contemplan todas las variables mencionadas por ustedes para los gases como producción, envase, transporte, comercialización y dispensación final por tanto estas variables ya se encuentran consideradas dentro del valor del cálculo.  Cabe señalar que el valor por UMC que se publica es el valor de referencia, para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo.  Vale la pena mencionar que el Presupuesto Máximo no se establece por tecnología, por el contrario, es para el conjunto de tecnologías en salud y será la EPS quien defina en conjunto con los prestadores, las mejores opciones terapéuticas.
2	2	20/12/2019	201942302064312	Ingrid Marcela Reyes Rey Directora Ejecutiva	ANDI – Cámara de Gases Industriales y Medicinales	Valor de referencia. Artículo 3. Numeral 21.	Con el objetivo de corregir las dispersiones encontradas en la base de datos disponible, proponemos la consideración de las siguientes alternativas metodológicas: 1) Excluir los datos que tengan un valor inferior al promedio del precio de venta del proveedor reportado en SISMED, 2) Analizar el pareto de las entidades y los recobros presentados, para identificar los precios promedio del mercado 3) Definir un período histórico para revisión del reporte en SISMED.	Para lograr precisión en los cálculos de los Valores de Referencia es importante que el Ministerio cuente con información precisa y suficiente. Especialmente en lo relacionado con precios de referencia en los años que servirán de base para el cálculo, donde aquellos extremos que reflejen valores atípicos respecto de los precios de venta reportados en SISMED, sean considerados como tales, a fin de que no alteren el porcentaje a calcular.  Fuentes de información, tales como ADRES, que han servido al Ministerio para efectuar sus cálculos, deberían estar abiertas para consulta por parte de los interesados, teniendo así la oportunidad de realizar las revisiones respectivas. Lo anterior contribuiría a transparentar la metodología, y por tanto a darle legitimidad	Respuesta 2:  Sobre las observaciones planteadas, inicialmente debe señalarse que las bases de datos utilizadas para la definición del presupuesto máximo contienen los valores de recobro/cobro con la información precisa y suficiente reportada a La ADRES, son datos administrativos. Así mismo, debe precisarse que esta información reportada a La ADRES corresponde a los valores facturados por las IPS y proveedores de servicios de salud a las EPS y EOC, y que de manera alguna corresponden a precios, como ya se mencionó.  En cuanto a la utilización de la información reportada a través de SISMED, vale mencionar que la misma no es suficiente y necesariamente precisa para realizar el cálculo de presupuesto máximo. De otra parte, se presenta una contradicción entre lo sugerido en los numerales 1) “Excluir los datos que tengan un valor inferior al promedio del precio de venta del proveedor reportado en SISMED”, y 2) “Analizar el pareto de las entidades y los recobros presentados, para identificar los precios promedio del mercado de su propuesta”, por cuanto en ambas alternativas se afectarían los escenarios de cálculo del presupuesto máximo. Ahora bien, vale señalar que en cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución. Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes. Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes. Sobre su observación final relacionada con la publicación de las fuentes de información (ADRES), el Ministerio de Salud publicó desde el 24 de diciembre de 2019 en aras de la transparencia y legitimidad, y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en la página web del ministerio en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> , subtitlo Otros Estudios.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
3	3	20/12/2019	201942302064312	Ingrid Marcela Reyes Rey Directora Ejecutiva	ANDI – Cámara de Gases Industriales y Medicinales	ADICIONALES - Precios inferiores al precio de venta SISMED.	<p>Realizar la conciliación con SISMED y asegurar que los Valores de Referencia no resultan en una medida patrimonialmente lesiva para las compañías que participan en el mercado.</p> <p>Para mitigar las desviaciones de los Valores de Referencia frente a SISMED, y en aras de la actualización periódica de la metodología, se propone la construcción de una ficha técnica, con la participación de los actores del sistema impactados por su implementación, que amplíe los criterios técnicos de determinación de los Valores de Referencia.</p>	<p>Partiendo de lo expuesto en los comentarios generales de esta comunicación, es inquietante encontrar Valores de Referencia por debajo del precio de venta SISMED, lo cual es lesivo para la operación de los productores/comercializadores de los gases.</p> <p>Por dicha razón, la conciliación con la base de datos de SISMED es necesaria, y debe ser la base para determinar la dinámica de mercado, según el reporte histórico.</p>	<p>La base de datos utilizada es la de recobros/cobros a La ADRES que corresponde a los valores reconocidos por el Sistema para el fin propuesto y por ende no se utiliza el sistema de información de precios como SISMED, cabe precisar que la fuente señalada toma como referencia el valor total de la factura, es decir, el valor recobrado/cobrado que contiene los valores de la entrega al paciente; por consiguiente la conciliación con la base de datos de SISMED no es necesaria.</p> <p>Dado lo anterior se precisa que la fuente contiene la información disponible de la base SII_MYT, que corresponde a los reportes realizados por las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y las demás entidades recobrantes por la prestación de tecnologías no financiadas con UPC. Los valores reportados en la base de datos SII_MYT corresponden al valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES.</p> <p>Se reitera que para el cálculo de Presupuesto Máximo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto dichos valores al ser de recobro/cobro al Sistema, se infiere, que llevan implícito la totalidad de los costos de producción, envase, transporte, comercialización, dispensación final e importación, entre otros. A futuro será MIPRES la fuente de información que contiene la cantidad y el valor.</p> <p>Finalmente, es importante mencionar que la metodología de presupuestos máximos se publicó en su conjunto (proyecto de resolución y anexos metodológicos), y sus detalles han sido conocidos ampliamente por los diferentes actores del sistema.</p>
4	4	20/12/2019	201942302064312	Ingrid Marcela Reyes Rey Directora Ejecutiva	ANDI – Cámara de Gases Industriales y Medicinales	ADICIONALES –aplicación del correcto Valor de Referencia a los gases medicinales.	<p>Se reitera al Ministerio la importancia de que las particularidades de los gases sean tenidas en cuenta en la metodología de Valores de Referencia que se establezca, y que las fuentes de información sean lo más precisas posible, para así alcanzar una regulación justa en aras del interés general del país, donde prevalezca el paciente, pero también se considere a las compañías de gases, que por tantos años han venido aportando y siendo solidarias con el sistema.</p>	<p>Sumado a la cartera en salud que, como acreedores, tienen a sus espaldas los productores/comercializadores de gases medicinales, los valores de referencia definidos para el dióxido de carbono, y el helio más oxígeno, los deja en una situación aún más compleja, ya que ni siquiera permite recuperar los gastos básicos en que incurrn las compañías en su importación/fabricación y entrega a los pacientes. Esta situación, al ser presentada ante las gerencias generales y casas matrices, sumada a la deuda en salud que se ha convertido en de tan difícil cobro, generará preocupaciones que, eventualmente, puedan verse traducidas de manera negativa en las estrategias de inversión en la región, crecimiento, y por tanto en la competitividad del sector.</p> <p>Los gases medicinales es una industria que ha confiado y ha sido solidaria con el sistema de salud colombiano y sus pacientes, facilitando las estancias en casa, y contribuyendo a la descongestión hospitalaria, lo que se traduce en ahorros para el sistema. Es por eso que mantenemos la esperanza en que, con base en la aplicación de una metodología fundada en datos precisos, y acorde con las particularidades de los gases ya expuestas, no se resulte en el establecimiento de valores de referencia que no se compadezcan con el servicio prestado.</p>	<p>Respuesta 4:</p> <p>En atención a su comentario, se reitera lo mencionado anteriormente, donde se aclara que para el cálculo de Presupuesto Máximo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. De otra parte, los valores de referencia no constituyen per se una regulación de precios por cuanto para efectos del cálculo respectivo, dichos valores tienen en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene hasta el suministro y dispensación de la respectiva tecnología, y a su vez, reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Teniendo en cuenta esto, los valores reportados a la ADRES en el periodo de estudio contemplan todas las variables mencionadas por ustedes para los gases como producción, envase, transporte, comercialización y dispensación final por tanto estas variables ya se encuentran consideradas dentro del valor del cálculo.</p> <p>Cabe señalar que el valor por UMC que se publica es el valor de referencia, para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo.</p> <p>Vale la pena mencionar que el Presupuesto Máximo no es por tecnología, por el contrario, es para el conjunto de tecnologías en salud y será la EPS quien defina en conjunto con los prestadores, las mejores opciones terapéuticas.</p>
5	1	19/12/2019	201942302056242	Nancy Parada Díaz Lider Analítica	GESTARSALUD	Anexo 6	<p>Se registra el Presupuesto para Régimen Contributivo, la pregunta es para régimen subsidiado que valor se establece? Si es con las referencias que están dentro de los anexos de medicamentos, nutricionales, procedimientos y complementarios?</p>	<p>Se registra el Presupuesto para Régimen Subsidiado, existe el proyecto normativo "Por la cual se establece el valor a trasferir a las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que operan el Régimen Subsidiado, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), Procedimientos y Servicios Complementarios, y se dictan otras disposiciones", publicado el 28 de diciembre de 2019 hasta el 23 de Enero de 2020.</p> <p>Los valores de referencia se encuentran relacionados dentro de la metodología para los dos regimenes sin embargo se tiene previsto la unificación en un mismo acto administrativo para mayor claridad.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
6	2	19/12/2019	201942302056242	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	GESTARSAL UD	Anexo 6		Y en la columna de Régimen que significa V	En la resolución "Por la cual se establece el valor a transferir a las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que operan el Régimen Subsidiado, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Complementarios, y se dictan otras disposiciones", publicado el 28 de diciembre de 2019 y disponible en el link: <a href="https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Proyecto%20de%20Resoluci%C3%B3n%20donde%20se%20establece%20el%20valor%20a%20transferir%20a%20las%20EPS%20y%20Entidades%20Obligadas%20a%20Compensar%20que%20operan%20el%20R%C3%A9gimen%20Subsidiado">https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Proyecto%20de%20Resoluci%C3%B3n%20donde%20se%20establece%20el%20valor%20a%20transferir%20a%20las%20EPS%20y%20Entidades%20Obligadas%20a%20Compensar%20que%20operan%20el%20R%C3%A9gimen%20Subsidiado</a> .pdf, tal proyecto normativo cuenta con un único anexo que define el presupuesto máximo para financiar Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios por EPS de la vigencia 2020 para el Régimen Subsidiado. En el anexo la letra V corresponde a la movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo.	
7	3	19/12/2019	201942302056242	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	GESTARSAL UD	Anexo 5		Frente a los servicios sociales complementarios se registra una columna de conglomerado a que se hace referencia? Y el tipo de servicio se registra otros que se registra con un valor a que se refiere?	Los conglomerados son una metodología estadística producto de la heterogeneidad de las prestaciones, que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.  Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.  Por otro lado, en cuanto a su solicitud de describir a que hace referencia el concepto de "OTROS", debe mencionarse que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios. complementarios de la tabla de referencia MIPRES, se categorizaron como "OTROS".	
8	4	19/12/2019	201942302056242	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	GESTARSAL UD	Anexo 5		En el caso de procedimientos el valor que se registra solo es de acuerdo al CUPS sin tener en cuenta estancia, laboratorios, mctos ?	El valor que se toma es el valor de Referencia (VR) del procedimiento, contiene todos los registros que se hallan vinculados a dicha categoría según las fuentes de información registradas ante La ADRES. Se precisa que en estos valores corresponden al primer cuartil del valor por unidad del grupo relevante. A continuación, se detalla la metodología utilizada, que producto de la observaciones y comentarios de los actores, fue ajustada en lo relacionado al cálculo de la vigencia 2020	
9	1	23/12/2019	201942302074402	Andrés Mauricio Cogollo C. MSc Jefe de Acceso a Mercado	Corpaul	Anexo 3	"LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO * el cual también define los VMR para los grupos relevantes allí descritos en cuanto a que es confuso la existencia de 2 grupos relevantes practicamente identicos, a saber:  - El grupo relevante 111 correspondiente a : AGUA ESTÉRIL/ MAGNESIO CLORURO/ POTASIO CLORURO/ SODIO ACETATO/ SODIO CLORURO /SODIO GLUCONATO - Solución o suspensión inyectable, con un VMR de \$7,970 / mL y  - El grupo relevante 461 correspondiente a: CLORURO DE SODIO/ ACETATO DE SODIO/ GLUCONATO DE SODIO/ CLORURO DE POTASIO/ CLORURO DE MAGNESIO - Solución o suspensión inyectable con un VMR de \$ 3.246,957 / mL.  Si hacemos una comparación observamos que la única diferencia entre ambos es la presencia de Agua Estéril, sin ser este componente un principio activo, y convirtiendo es grup relevante 111 en el grupo relevante 461, lo cual genera confusión toda vez que cualquier producto con estos principios activos podría ser clasificado en cualquiera de ellos y además porque los VMR de cada uno distan significativamente el uno del otro"	Por lo anterior agradecemos se nos aclare: 1º) Si está factible duplicación de grupos relevantes obedece a un error del despacho o en su defecto corresponde a grupos relevantes totalmente diferentes ? 2º) En caso de serlo, qué medicamentos de referencia fueron empleados para la inclusión y cálculo del VMR del grupo relevante 461, ya que este no aparecía en la resolución 3078, recientemente aprobada? 3º) El producto Multielectrolitos Tipo I - Solución Inyectable x 500 mL (Código CUM 19933210-01) cuyos principios activos son: CLORURO DE SODIO/ ACETATO DE SODIO/ GLUCONATO DE SODIO/ CLORURO DE POTASIO/ CLORURO DE MAGNESIO, a cuál grupo relevante pertenece?	Antes de dar una respuesta más detallada a cada pregunta, es preciso mencionar que, con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  Ahora bien, con relación a sus interrogantes es necesario señalar:  1º) Con relación a la descripción del Grupo Relevante ID 461 CLORURO DE SODIO/ ACETATO DE SODIO/ GLUCONATO DE SODIO/ CLORURO DE POTASIO/ CLORURO DE MAGNESIO - Solución o suspensión inyectable, se advierte que una vez revisada la información se encontró que, para efectos del presente proyecto de resolución, ésta corresponde a la misma descripción del Grupo Relevante ID 111 AGUA ESTÉRIL/ MAGNESIO CLORURO/ POTASIO CLORURO/ SODIO ACETATO/ SODIO CLORURO /SODIO GLUCONATO - Solución o suspensión inyectable; razón por la cual será ajustada conforme a su observación.  Al respecto se debe aclarar que la modificación previamente mencionada únicamente impacta la descripción del principio activo, y no el Valor Máximo de Recobro (VMR) calculado para dicho grupo relevante.  2º) Al unificarse la descripción del principio activo, para el cálculo del Valor Máximo de Recobro (VMR) aplican todos los medicamentos que cumplen con la misma descripción en cuanto se refiere a principio activo y forma farmacéutica.  3º) El medicamento objeto de su consulta CUM 19933210-01 se encuentra incluido dentro del Grupo Relevante ID 111 MAGNESIO CLORURO/ POTASIO CLORURO/ SODIO ACETATO/ SODIO CLORURO /SODIO GLUCONATO - Solución o suspensión inyectable.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
10	1	23/12/2019	201942302076622	Agustin Lopez Gomez Health Economist Analyst / Reimbursement Andean Region	Medtronic Colombia S.A	Anexo 6		1. ¿Cuáles fueron las bases de donde se extrajo la información para realizar el cálculo en procedimientos (ADRES)?, de ser así las variaciones que genera la dinámica de mercado (negociaciones diferentes para el mismo procedimiento dependiendo de las necesidades individuales del paciente y el prestador aun dentro de un mismo pagador, como se reflejaron frente a los insumos del procedimiento. ¿Cuál sería el cuartil sobre el cual se plantea la tarifa que refleja estadísticamente estas variaciones ya que no aparece en la resolución? (Art 3 numeral 21-22) o será el primer cuartil (Art .6B V) que dice: 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 la base de recobros/Cobros?	Las fuentes de información para el cálculo de los Presupuesto Máximos fueron, en el Régimen Contributivo, la base de datos de recobros/cobros de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por La ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. En cuanto al Régimen Subsidiado, el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS por 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 regimen subsidiado que hace la ADRES a este Ministerio  Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019.  Respecto al interrogante del cuartil sobre la "tarifa", sea lo primero precisar que el valor de referencia no es una tarifa, corresponde al percentil 25 de la distribución de los valores recobrados por las tecnologías utilizadas en el histórico de 2015 a 2018 y se toma en cuenta para el cálculo del presupuesto máximo. El precio final hace parte del acuerdo de voluntades entre EPS y proveedores. El valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda
11	2	23/12/2019	201942302076622	Agustin Lopez Gomez Health Economist Analyst / Reimbursement Andean Region	Medtronic Colombia S.A			2. Como se va a surtir el proceso de socialización de la metodología para los techos en procedimientos, así como se hizo en medicamentos a fin de garantizar el debido derecho a la transparencia.	El proceso de socialización se surte con la publicación de este proyecto de resolución, la recepción de las observaciones y comentarios de la ciudadanía y grupos de interés, junto con las respuestas que sobre el particular se otorguen. Además, una vez se determine el texto definitivo del acto administrativo será publicado en el diario oficial para que sea de público conocimiento de la ciudadanía, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 1437 de 2011. Las bases de datos están disponibles en la página del ministerio en el siguiente link: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>
12	3	23/12/2019	201942302076622	Agustin Lopez Gomez Health Economist Analyst / Reimbursement Andean Region	Medtronic Colombia S.A			7. Por último, agradeceríamos un espacio para poder sentarnos con ustedes y revisar estos puntos expresados	Respecto de los códigos CUPS 209604, 395101 y 893911, el valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales. Finalmente se reitera que el cálculo del valor de referencia, no pretende establecer un precio en el mercado su uso es exclusivamente para el cálculo de presupuestos máximos.
13	4	23/12/2019	201942302076622	Agustin Lopez Gomez Health Economist Analyst / Reimbursement Andean Region	Medtronic Colombia S.A			3-4-5 y 6. Cuál será la metodología para llevar a cabo revisiones de procedimientos puntuales que hemos detectado, ya que algunos de ellos tienen tarifas por debajo del costo del dispositivo (los cuales por principio de integralidad hace parte del costo del procedimiento). Como ejemplos puntuales podemos citar algunos como: -. CUPS 209604 - IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA donde el valor que conocemos esta más de un 200% por encima del anotado para el procedimiento. -. CUPS 395101 DENERVACION DE ARTERIAS RENALES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) nuevamente aquí revisamos los valores reportados para negociación que son más del 200 % sobre los valores en la resolución. -. CUPS 893911MONITORIZACION CONTINUA DE GLUCOSA en este código existen dos modalidades una profesional que implica 10 días de monitoreo y otra personal que sería por 30 días lo cual a su vez genera otra dispersión y frente al segundo procedimiento encontramos que ahí habría una tarifa que sería al menos un 150% superior al valor de recobro máximo.	Se programó y realizó la reunión el día 27 de diciembre de 2019, donde el Ministerio aclaró las observaciones manifestadas especialmente y con detalle las referidas a los valores de referencia de los CUPS específicos. Se dejó en claro que los valores de referencia tienen como uso exclusivo el cálculo de los presupuestos máximos y no pretenden ser un precio o una tarifa. Adicionalmente se precisó que si consideran la necesidad de ajustar o desagregar códigos CUPS deben utilizar los escenarios normativos planteados en la Resolución 3804 de 2016.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
14	1	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. Para que no se presente la superación del Presupuesto Máximo las EPS deben gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos, además	Consideramos que no debe abrirse la opción para estar revisando techos con base en las tutelas, adicionalmente debe aclarar a que solicitud se refiere porque si son exclusiones de las que trata el artículo 15 de la Ley Estatutaria, no están financiadas con techos, pero todo lo demás se supone que es lo que hace parte de la presente resolución.	La revisión cada cuanto se va hacer? Se debe establecer una ruta clara sobre este procedimiento.	Como lo señala el articulado del proyecto de resolución, efectivamente en caso que la EPS solicite la revisión o el ajuste del Presupuesto Máximo, este será realizado cuando del monitoreo realizado por la ADRES, se determine que el presupuesto máximo se superará y el procedimiento para esta revisión será definido por la ADRES.  En el mismo sentido, se pretende incentivar a las EPS a una mejora en la prestación de los servicios de salud, solución de los problemas en salud antes de llegar a los estrados judiciales y en caso de que lleguen lograr defensas más sólidas logrando llegar a segundas instancias, aspectos estos que aún son débiles. Todo lo anterior con base en la evidencia científica existente.
15	2	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	PARAGRAFO 1 DEL ARTICULO 16 Artículo 16. Acceso. Parágrafo 1: Las EPS como responsables de la gestión realizarán seguimiento, monitoreo y auditoria según lo estimen conveniente y de conformidad con los mecanismos de contratación y acuerdo de voluntades.	Es necesario definir claramente en los diferentes convenios, el proceso de auditoria y monitoreo para evitar el reproceso de objeciones y glosas, por interpretaciones particulares de la norma.	Se sugiere incluir, el deber de incorporar en los diferentes convenios, lo concerniente al proceso de auditoria y monitoreo.	En atención a la sugerencia de incluir el deber de incorporar en los diferentes convenios, lo concerniente al proceso de auditoria y monitoreo, este Ministerio comunica que realizará el ajuste en el sentido de que en la gestión del as EPS y EOC para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, las estas entidades deban, realizar el seguimiento, monitoreo y auditoria, 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 hayan concertado.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
16	3	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	NUMERAL III) DEL ARTICULO 19. Articulo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios. A continuación, se relacionan los medicamentos y APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo: iii) Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine	No se entiende a qué medicamentos se refiere este numeral.	Es necesario dar claridad de que medicamentos hace referencia el numeral.	Al respecto, se da claridad en el sentido que el proceso de compras centralizadas es dinámico, razón por la cual no es posible difundir los listados de medicamentos, APME, procedimientos o servicios complementarios a adquirir. Sin embargo, este Ministerio una vez culminados estos procesos, realizará la respectiva publicación en su página web.  Se precisa que por efecto de estos procesos de compra, se efectuará el ajuste de los presupuestos máximos según corresponda.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
17	4	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	PARAGRAFO DEL ARTICULO 19.	Esto plantea la posibilidad de recobrar ante la ADRES las exclusiones del "Presupuesto Máximo", por ejemplo: medicamentos sin indicación INVIMA?.	Se sugiere aclarar si existe o no la posibilidad de recobrar ante la ADRES las exclusiones del "Presupuesto Máximo".	<p>Al respecto se informa que la propuesta será aclarada en el sentido de señalar que los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con los recursos diferentes a la UPC y a los de 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.</p> <p>No obstante lo anterior, los servicios y tecnologías que sean fallados por tutela u orden judicial, serán financiados dentro de los presupuestos máximos considerando que su probabilidad de ocurrencia fue tenida en cuenta en los cálculos de la metodología que define el proyecto de acto normativo en cuestión.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
18	5	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	ARTICULO 20. Artículo 20. Garantía de los demás Servicios y Tecnologías en salud. Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC, diferentes a los que son objeto de la presente resolución y a los excluidos explícitamente de financiación con recursos públicos asignados a la salud, continuarán siendo garantizados a los afiliados al bajo el principio de integralidad	No es claro a qué servicios y tecnologías hace referencia	Consideramos necesario aclarar a que servicios y tecnologías hace referencia este artículo.	<p>De conformidad a su solicitud de aclarar a que servicios y tecnologías hace referencia el artículo 20 del presente proyecto normativo, nos permitimos informarle que el propósito de lo aquí establecido es que los servicios y tecnologías en salud susceptibles de ser financiados con recursos diferentes a los de la UPC y a los de presupuesto máximo, continúen 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 efectúe conforme al proceso de verificación y control que adopte la ADRES. Estos servicios y tecnologías, corresponden a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia.</li><li>- Medicamentos que contengan el principio activo Nusinersen.</li><li>- 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.</li><li>- 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.</li><li>- 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.</li></ul>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
19	6	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	ARTICULO 21. Artículo 21. Prescripción. La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que cumplan las condiciones	El presente artículo reitera la exclusión de las prescripciones de medicamentos sin indicación invima, que las I.P.S deben tener presente para evitar o minimizar el riesgo de pérdidas económicas por glosas.		<p>Al respecto, este ministerio se permite resaltar que la normatividad vigente (Decreto 677 de 1995 y Decreto 780 de 2016) señala que lo que se encuentra autorizado en el país garantiza la seguridad del paciente, así como las disposiciones de la Ley 23 de 1981 en materia de ética médica.</p> <p>Es así como en el proyecto de acto administrativo se procederá a precisar lo relacionado con las indicaciones autorizadas en el sentido de establecer que la financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA.</p> <p>También se señalará que 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. Al igual que cuando un medicamento financiado con cargo al Presupuesto Máximo tenga autorizado un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso de igual forma se considera financiado con cargo al Presupuesto Máximo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
20	7	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	PARRAFO 2 DEL ARTICULO 21. Parágrafo 2. 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 (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; y en especial los informes de formulación, uso y	Este parágrafo plantearía la posibilidad del uso de medicamentos sin indicación INVIMA, pertinentes y con toda la evidencia técnico científica?; aunque no está claramente definido y se puede prestar a interpretaciones particulares.	Se debe dar precisión respecto a la posibilidad del uso de medicamentos sin indicación INVIMA, pertinentes y con toda la evidencia técnico científica.	<p>Sobre el particular es necesario hacer una lectura de manera integral del presente proyecto normativo, como se mencionó en la respuesta anterior, en el articulado se precisa que la financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA.</p> <p>Ahora bien, este Ministerio en relación con los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, establecerá que hasta tanto 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, así como el procedimiento a seguir para efectos de determinar el valor máximo de recobro. Lo anterior, será de aplicación igualmente para los procedimientos en salud nuevos en el país, cuyo valor máximo de recobro será propuesto en la evaluación de tecnologías de salud respectiva.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
21	8	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	ARTICULO 22.  Artículo 22. Indicaciones autorizadas . La financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo excepciones descritas en este acto administrativo que incluyan su financiación con cargo al Presupuesto Máximo.	Se había definido que si el procedimiento era PBS incluía la anestesia y acá lo mencionado puede generar diferencias en ese concepto, se debería dejar que incluye la anestesia en los procedimientos no incluidos en el PBS	Se debería dejar que incluye la anestesia en los procedimientos no incluidos en el PBS	En este sentido, el artículo 32 del proyecto de resolución precisa: "La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversiones de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC; cuando se requieran para la realización o utilización de los servicios y tecnologías en salud contenidos en el presente acto administrativo. Estos servicios y tecnologías en salud se tendrán en cuenta en el cálculo que se establezca para procedimientos en salud del Presupuesto Máximo". En tanto lo anterior, se encuentra incluido el comentario.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
22	9	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	PARAGRAFO DEL ARTICULO 32. Artículo 32. Analgesia, anestesia y sedación Parágrafo. Si dentro de la combinación de Tecnología en Salud y Servicios se requieren Tecnología en Salud o Servicios que se encuentran financiados con recursos de la UPC y servicios y tecnologías en salud con cargo al Presupuesto Máximo, se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo.	Es importante que se defina cuál debe ser el procedimiento para dividir la facturación entre lo financiado con UPC y la financiación con techos.	Se sugiere incluir el procedimiento para dividir la facturación entre lo financiado con UPC y la financiación con techos.	En atención a su comentario, es importante considerar que tal situación es de competencia de la EPS y por lo tanto se contempla en el acuerdo de voluntades; en tanto lo anterior la sugerencia de inclusión de un procedimiento para dividir la facturación entre lo financiado con UPC y la financiación con presupuestos máximos, no se incluirá.
23	10	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	PARAGRAFO 1 DEL ARTICULO 32. Parágrafo 1. Con cargo al presupuesto máximo también se financian los estudios realizados a donantes no efectivos de aquellos trasplantes financiados con recursos de la UPC.	Cómo se realizaría la prescripción de estos estudios en la plataforma MIPRES si: 1. Esta no permite prescribir servicios incluidos en el PBS. 2. Aplicaría el principio de integralidad y no necesitaría prescripción? Las prescripciones sería extemporáneas dado que la efectividad como donante depende de los resultados de los estudios.		Efectivamente, la herramienta MIPRES continúa operando con las directrices normativas vigentes y no tiene cambios, pues efectivamente, tal aplicativo no se usa para los servicios y tecnologías de salud financiados con la UPC, como es el caso de los donantes efectivos, ahora bien para los donantes no efectivos la prescripción estará a cargo del rol recobrante que la EPS designe, en consecuencia estos servicios harán parte de los presupuestos máximos.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
24	11	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	ARTICULO 39. Artículo 39. Dispositivos médicos. En desarrollo del principio de integralidad establecido de que trata el artículo 8, concordado con lo establecido en el primer inciso del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis,	No se evidencian las excepciones mencionadas.		Se tiene en cuenta la observación procediendo a eliminar el texto "salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo".

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
25	12	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	ARTÍCULO 40. Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos. 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	Según este artículo será la ADRES, la responsable de desarrollar y publicar el proceso de auditoría para EPS e IPS?. El proceso debe publicarse de manera simultánea con la expedición de la Resolución, y no un mes después?.		Tal como lo señala el artículo objeto del comentario, es correcta su apreciación, La ADRES es la entidad encargada de desarrollar e implementar los procesos de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Ahora bien, respecto de los tiempos es preciso señalar que el proceso de auditoría a cargo de La ADRES es selectivo, es decir, conforme se identifique que alguna EPS está en riesgo de superar el presupuesto máximo se aplicará la auditoría, por esta razón el plazo es acorde.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
26	13	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	PARAGRAFO DEL ARTICULO 41. Artículo 41. Deber de Información. Será responsabilidad de la EPS suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación 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. Parágrafo: El	Consideramos que esta definición debe incluir la participación de las I.P.S, quienes finalmente son las generadoras de la información en MIPRES.		De acuerdo con su solicitud este Ministerio incorporará a las IPS como generadoras y responsables de información. Sin embargo, es importante señalar que en el segundo inciso del artículo en mención, se vinculan a las IPS, cuando se señala que las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud deberán generar y suministrar los RIPS correspondientes a las facturas de las prestaciones respectivas, según corresponda.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
27	14	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	9080 DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS. 9064 DETERMINACION DE ANTICUERPOS ESPECIFICOS. 9083 PRUEBAS PARA ERRORES METABOLICOS. 9084 PRUEBAS PARA GENETICA. 2422 OTRAS REPARACIONES O PLASTIAS PERIODONTALES . 3013 RESECCION DE ARITENOIDES [ARITENOIDECTOMIA]. 3728 MAPEO ELECTRICQ.Y	Los procedimientos relacionados, se encuentran en el Plan de Beneficios y los están incluyendo en el proyecto, por lo tanto se debe preguntar, por qué se están enlistando con cargo a techos si ya se están financiando con cargo a la UPC?.	Se deben excluir del presente proyecto, ya que se encuentran en el Plan de Beneficios; o de lo contrario se estaría pagando dos veces por lo mismo de diferentes fuentes.	Respecto a su comentario, este Ministerio se permite aclarar que la inclusión de las anteriores categorías de los códigos CUPS en la metodología de presupuestos máximos, obedece a que cada categoría listada puede contener una o más subcategorías y éstas a su vez pueden estar financiadas con cargo a la UPC o a presupuestos máximos. Por ello hacen parte del cálculo de la metodología establecida en el presente proyecto de resolución. A continuación se precisa la conformación de cada categoría en cuanto a las cantidades de subcategorías que las conforman y su respectiva vía de financiación: 9060 DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS Esta categoría incluye 49 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 28 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 9064 DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS Esta categoría incluye 91 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 57 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 9083 PRUEBAS PARA ERRORES METABOLICOS Esta categoría incluye 56 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 25 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 9084 PRUEBAS PARA GENETICA Esta categoría incluye 40 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 27 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 2422 OTRAS REPARACIONES O PLASTIAS PERIODONTALES Esta categoría incluye 4 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 1 subcategoría se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 3013 RESECCION DE ARITENOIDES [ARITENOIDECTOMIA] Esta categoría incluye 4 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 2 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 3728 MAPEO ELECTRICO Y ANATOMICO DEL CORAZON Y ESTRUCTURAS VASCULARES Esta categoría incluye 2 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 1 subcategoría se financian con la UPC, la restante subcategoría hace parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 3786 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) Esta categoría incluye 7 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 5 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 5893 IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PARA CONTINENCIA URINARIA Esta categoría incluye 4 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 3 subcategorías se financian con la UPC, la restante subcategoría hace parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 9431 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Esta categoría tiene establecida cobertura con UPC condicionada a un tope de psicoterapias ambulatorias. 9441 PSICOTERAPIA FAMILIAR Esta categoría tiene establecida cobertura con UPC condicionada a un tope de psicoterapias ambulatorias. S12720 INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA Categoría que establece estancia con cobertura condicionada con cargo a la UPC. S12710 INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA Categoría que establece estancia con cobertura condicionada con cargo a la UPC.
28	15	23/12/2019	201942302076632	Fabiola Alba Muñoz Jefe Jurídica	Asociación Colombina de Hospitales y Clínicas - ACHC	SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS  25 Otros 1 \$ 2.188 26 Otros 2 \$ 25.390 27 Otros 3 \$ 58.406 28 Otros 4 \$ 81.325 29 Otros 5 \$ 130.289	No deben dejarse tantas opciones de "otros" en categorías, ya que ya se han definido los precios para algunos de estos.		Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta. En este sentido la variable severidad incorpora todos los factores que inciden en cada unidad objeto de agrupamiento, esto para efectos del cálculo. Por lo cual no se constituye bajo ningún punto de vista en precios.  En cuanto a su comentario para no manejar tantas opciones bajo el concepto de "OTROS", debe mencionarse que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, al tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios complementarios de la tabla de referencia MIPRES, se categorizaron como "OTROS".



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
29	1	24/12/2019	201942302078742 201942302071922	María Teresa Arenas M Gerente general	BARIATRIC AND NUTRITIONAL	TITULO 1 SERVICIOS Y TECNOLOGIAS EN SALUD FINANCIADOS CON CARGO AL PRESUPUESTO MAXIMO CAPITULO I MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS PARA PROPOSITO MEDICO ESPECIAL - APME ANEXO 2 METODOLOGIA PARA LA DETERMINACION DEL VALOR DE REFERENCIA PARA LOS GRUPOS RELEVANTES DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPOSITO	EL ITEM ID 3 REFERENTE A FORMULA MODULAR. SE GENERE UNA SUBCLASIFICACION TENIENDO EN CUENTA LA FUENTE Y EL VALOR DE PRODUCCION DE LA PROTEINA ORIGEN VEGETAL - ORIGEN ANIMAL	PARA ESTE FIN SE ADJUNTA DOCUMENTO CON JUSTIFICACION TECNICA Y DE COSTOS DE PROTEINAS DE AISLADO DE SOYA Y LACTOSUERO.	<p>Antes de dar una respuesta más detallada a su pregunta, es preciso mencionar que, con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, respecto a sus observaciones es necesario señalar que en la actualidad tenemos 152 Alimentos con Propósito Médico Especial (APME) parametrizados para su prescripción a través de MIPRES; es cierto que cada uno de estos son productos sumamente especializados y de gran importancia para la terapia nutricional, que además brindan alternativas completas a los grupos de soporte nutricional en el ámbito clínico; siendo estos equipos de expertos profesionales quienes al final del día definen cual será el producto y/o terapia nutricional que responde a las necesidades específicas de cada paciente.</p> <p>En este sentido es importante mencionar que para el proceso que actualmente adelanta este Ministerio, relacionado con la definición del Presupuesto Máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los Alimentos con Propósito Médico Especial (APME) partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017; en estado aprobado, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.</p> <p>Es así, que este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como son los Alimentos con Propósitos Médicos Especiales (APME).</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los Alimentos con Propósitos Médicos Especiales (APME) en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional; claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, el origen de la proteína puede ser diferente, así como los procesos tecnológicos utilizados para su fabricación. Es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.</p> <p>Finalmente, con la precisión dada respecto al ejercicio que adelanta este Ministerio, es indispensable advertir que los módulos de proteínas especializadas para las condiciones de salud específicas que usted ha mencionado en su solicitud, hacen parte de la definición del grupo relevante relacionado con fórmulas modulares; razón por la cual no es viable crear una subcategoría, pues éste no es el objeto del proceso que actualmente se adelanta con el proyecto de resolución.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
30	1	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 3 Punto 1	<p>1. El PRI ya tiene su propia definición en las circulares emitidas por la Comisión de Regulación de Precios de Medicamentos. Que una misma definición tenga diferentes significados, es permitir situaciones de inseguridad jurídica y permitir que los diferentes actores puedan incurrir en diferentes errores interpretativos: No conviene tener una definición de PRI para efectos de reglamentación de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y otra para Techos.</p> <p>En realidad no debe hablarse de PRI en esta resolución, lo correcto es hablar de "precio de control directo" que es aquel que definió la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos con base en el PRI.</p> <p>2. Debe precisarse el concepto de Alimentos para propósitos médicos especiales, pues es muy amplia y no permite realizar una clasificación de las categorías establecidas en el anexo 4 (listado de los valores de referencia de alimentos con propósito medico especial- APME)</p> <p>3. Pese a que en el texto se menciona que los alimentos para propósitos médicos especiales se encuentran denominados de esta manera en su registro, efectuadas las respectivas consultas se evidencia que varios alimentos que se encuentran actualmente en el Mipres, no se encuentran denominados como alimentos con propósito médico especial en el INVIMA. Ejemplo Enterex Powder</p>		<p>Con respecto a la definición de PRI, se acogió su sugerencia y se hace referencia en el acto administrativo a los grupos relevantes de medicamentos con precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos -CNPMDM, de conformidad con la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional.</p> <p>Para la clasificación de los APME, inicialmente se creó una base de datos paralela con los APME con corte a 31 de diciembre de 2018 de los codificados en las tablas de referencia MIPRES con sus respectivos registros sanitarios, estandarizando las siguientes variables para la presentación de los valores de referencia: nombre del producto, posibles nombres, unidad de medida, UMC, presentación, categoría y grupo relevante. La UMC corresponde en este caso a la presentación comercial del producto y la categoría se realiza de acuerdo con las características de los nutrientes, composición y uso específico; en total se conformaron ocho categorías que podrán consultarse en el acto administrativo. Por su parte, el grupo relevante se determina atendiendo a la Categoría + unidad_de_medida + presentación. También se considera el número de titulares por grupo relevante, autorizados por INVIMA.</p> <p>En relación con los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME, se aclara que los criterios para el otorgamiento de registros sanitarios, como alimentos para propósito médico especial fueron definidos en el año 2016 conjuntamente con el Invima, de manera que hoy en día los productos que cumplen con los criterios de la definición cuentan con su respectivo registro sanitario como APME; algunos muy pocos que se encuentran en MIPRES, que aunque cumplen con los criterios de APME, no tienen tal descripción en el registro sanitario y se encuentran en proceso de actualización del mismo ante la entidad competente que es el Invima.</p>
31	2	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 3 Punto 11	<p>Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME corresponde al conjunto de alimentos para propósito medico 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.</p> <p>Estas categorías para estos grupos relevantes son muy amplias ya que no cuentan con información de composición que permita la clasificación de los productos y se ignora cual es la que esta utilizando el Minsalud.</p> <p>1. También se refiere un listado de alimentos para propósitos médicos especiales, pero no se realiza la cita del documento y tampoco se encuentra publicado en el INVIMA.</p>		<p>En cuanto su afirmación que "(...) estos grupos relevantes son muy amplias ya que no cuentan con información de composición que permita la clasificación de los productos y se ignora cual es la que está utilizando el Minsalud.", se reitera que la metodología para la conformación de los grupos relevantes siguió la metodología anteriormente enunciada.</p> <p>Inicialmente, se creó una base de datos paralela con los APME con corte a 31 de diciembre de 2018 de los codificados en las tablas de referencia MIPRES con sus respectivos registros sanitarios, para así estandarizar las variables que se presentarán en el anexo de la metodología. Nombre del producto, posibles nombres, unidad de medida, UMC, presentación, categoría y grupo relevante. La UMC corresponde en este caso a la presentación comercial del producto y la categoría se realiza de acuerdo con las características de los nutrientes, composición y uso específico; en total se conformaron ocho categorías que podrán consultarse en el acto administrativo. Por su parte, el grupo relevante se determina atendiendo a la Categoría + unidad_de_medida + presentación. También se considera el número de titulares por grupo relevante, autorizados por INVIMA.</p> <p>Finalmente, el listado de APMES se encuentra en el INVIMA y puede ser accedido a través de su página web, la cual permite las consultas de registros sanitarios, así mismo revisar los productos de interés de cualquier ciudadano.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
32	3	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 7	1. Debe incorporarse el ajuste P*Q donde P considere IPC salud y Q contemple el comportamiento país con ajuste por carga de enfermedad y selección adversa.		<p>Los valores de referencia no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es para efectos de cálculo de presupuesto máximo de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno.</p> <p>El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas. El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitiría el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta.</p> <p>Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p>
33	4	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 6	<p>1. En la metodología para realizar el cálculo de las cantidades del delta no se realiza la estimación sobre las cantidades ajustadas las cuales son servicios ya prestados que afectan la proyección, de esta manera no se estaría aplicando para la tasa de crecimiento los datos ajustados.</p> <p>2. En el tipo de servicios OTROS: ¿qué tecnologías se están incluyendo y con que criterios? Deben incluirse unidades de medida claras dependiendo del tipo de servicio. Una resolución restrictiva no puede dejar tan amplio un concepto como "Otros"</p> <p>3. En el tipo de servicio CUIDADOR el valor de referencia ¿es por hora? ¿Día? ¿Cual es la unidad de tiempo? En el tipo de servicio transporte y alojamiento ¿el valor es por día? ¿trayecto? ¿Kilómetro?</p> <p>4. No hay claridad sobre el concepto "Conglomerados" ni los criterios con los que se agruparon para asignar el Valor de Recobro, así como tampoco las unidades con que se mide y asigna ese valor ( tiempo, medida, cantidad...) El Minsalud debe aclarar porque no puede sencillamente decir que se trata de un "Clúster" sin definir cuales son los criterios tomados para construir ese cluster o conglomerado</p>		<p>1. El factor de las cantidades del delta, calculado para el periodo t, da cuenta del comportamiento histórico de lo recobrado, 33.713.766 registros administrativos en medicamentos y APME, que en el estado normal de las cosas, no puede tener grandes variaciones a razón de: i) Los cambios en el comportamiento en el uso de servicios atribuibles a condiciones de salud o enfermedad que enfrenta la población asegurada, solo se reflejaría en situaciones extraordinarias, como epidemias o pandemias, que llevarían a cambios súbitos en los indicadores epidemiológicos de salud que deban ser considerados en forma específica; ii) Ley de grandes números: la frecuencia relativa de los diferentes resultados de un experimento aleatorio, tiende a estabilizarse en un solo número, el cual justamente determina la probabilidad. Si un estimador es consistente, se vuelve más confiable al tener tamaños de muestras grandes; iii) Teorema del límite central: La variable aleatoria Y~ tiene distribución normal asintótica con media <math>\mu</math> y varianza <math>s^2/n</math>, en la medida en que el tamaño de muestra aumente.</p> <p>Se considera que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados.</p> <p>2. En cuanto a su solicitud de describir a que hace referencia el concepto de "OTROS", debe mencionarse que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios. Esto se aclarará en la nota técnica.</p> <p>3. La diferencia entre los conglomerados de cuidado se explica con la respuesta del punto siguiente.</p> <p>4. Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2.</p>
34	5	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 10	<p>1. Debe establecerse mecanismos de vigilancia estrecha al flujo de recursos por parte de la EPS a los prestadores y ante el incumplimiento, de alguna EPS.</p> <p>2. En EPS bajo medida de vigilancia especial debe enviarse los recursos por giro directo al prestador con la oportunidad definida para el giro de presupuesto máximo, para asegurar que los recursos en el SGSSS lleguen a la red prestadora de servicios de salud.</p>		<p>La ADRES realizará seguimiento, control y monitoreo de los recursos, mientras que la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de inspección, vigilancia y control. En tanto se cuente con los anteriores no se requerirá una institucionalidad adicional.</p> <p>De una parte, el presupuesto máximo no modifica las reglas de flujo de recursos, giro directo o de vigilancia y control.</p>
35	6	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 12 – Parágrafo.	El 5% es suficiente? El Ministerio debe explicar de donde salió el porcentaje, pues debe estar soportado en un cálculo técnico económico		Acerca de la transferencia de recursos para el presupuesto máximo se ha determinado que, la ADRES definirá e implementará el proceso de transferencia del total del presupuesto máximo a cada EPS durante la vigencia fiscal distribuido en los primeros diez días del mes, así mismo determinará las condiciones de ajuste del presupuesto.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
36	7	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 13	<p>1. El pago al prestador se debe asegurar dada la responsabilidad de aseguramiento de la EPS y en la medida que la superación de techos no debe comprometer la prestación de servicios. Continuidad de atención</p> <p>2. Frente al No. 1. Tal como está redactado constituye un "precio" regulado y debe someterse a abogacía de a competencia de la SIC, o cambiar la redacción.</p> <p>3. Frente No. 2,¿Que es defensa judicial "adecuada" a los intereses del SGSSS? Como se mide? Quien es la entidad con competencia legal para establecer o medir la adecuada defensa del SGSSS? Como se mide la adecuada defensa?</p> <p>4. ¿Como se interpreta que las facturas necesiten ajuste? O revisión o ajuste de presupuesto?</p> <p>5. Frente No. 4. ¿Con base en qué criterios deben priorizar las EPS? ¿En el precio? En el estado de salud?</p> <p>6. En relación con el Parágrafo 5. Eliminar "sin importar su superioridad".</p>		<p>1. Este proyecto no modifica las reglas para el flujo de recursos, giro directo, IVC, entre otras; pretende fijar el presupuesto máximo precisamente para garantizar de mejor forma la continuidad de la atención y tratar de mitigarla. Por tanto, el presupuesto máximo no afectará la prestación de los servicios, por cuanto el artículo 240 de la Ley 1955 a la letra dice: "En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio", aspecto que recoge este acto administrativo en los considerandos y en lo referente al deber que las aseguradoras tienen de garantizar el acceso a las tecnologías y servicios en salud que requiere el paciente, toda vez que implemente acciones para prevenir la superación del presupuesto máximo.</p> <p>2. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>3. Indistintamente del resultado que se arroje en cada uno de los procesos judiciales, se espera que la EPS respectiva efectivamente haya acudido a todas las etapas en ejercicio del debido proceso. La ADRES determinará los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo, así como los elementos para la defensa judicial requeridos.</p> <p>Se realizó la revisión de la redacción del numeral 3 del artículo 13, incorporando los elementos fundamentales para la defensa..</p> <p>4. La pregunta no es clara en el artículo 13, ya que no se refiere la facturación.</p> <p>5. La EPS deben priorizar por las primeras lineas de tratamiento y evidencia científica, más no por el valor, enfatizando en la necesidad clínica del paciente.</p> <p>6. De acuerdo a los comentarios, se ajusta el paragrafo 5 del articulo 18.</p>
37	8	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 13	<p>1. Parágrafo 1: Tal como está redactado constituye no un techo sino una regulación de precios, por lo que deberá ser sometido a abogacía de la competencia en SIC o cambiase su redacción</p> <p>2. Parágrafo 2 Las EPS deberán gestionar la eficiencia de los valores máximos de las Tecnologías a través de mecanismos de contratación diferentes a evento con la cadena de formación de valor.</p> <p>Tal como está redactado, con el verbo "deberán", se está proscribiendo la contratación por evento, que seguirá siendo válida en el mundo de los medicamentos porque no todos los medicamentos se podrán ingresar a cápsula,y la mayoría de contratos de Riesgo compartido son justamente por evento con incentivos. El "deberá" debe eliminarse.</p> <p>Por demás, una resolución, como la de techos, no puede prohibir lo que los mismos decretos de reglamentación de contratos entre los actores del sistema de salud (Dec 4747/07 y DUR) no prohíben (contratación por evento).</p> <p>3. Parágrafo 3. Los actores que intermedien en la cadena de formación de valor no debe comprometer la gestión del valor máximo de las tecnologías de la presente resolución.</p> <p>La redacción de este parágrafo es ambigua y no se entiende qué significa</p>		<p>En general se ajustó la redacción de las medidas para evitar la superación del presupuesto máximo.</p> <p>1. El presupuesto máximo no se constituye por se en una regulación de precios por cuanto para efectos del cálculo respectivo, los valores tuvieron en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades reobrantas a La ADRES por el suministro de la tecnología en salud al paciente,por tanto, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>2. Se ajustó la redacción dejando explicita la posibilidad de gestión de la aseguradora por medio de modelos de gestión y forma de contratación soportadas en las notas técnicas, por ende se puede contratar por evento.</p> <p>3. Se ajustó la redacción,dejando explicito que los actores del sistema coadyuvan en la no superación del presupuesto del presupuesto máximo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
38	9	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 18	<p>1. ¿Cuál sería el plazo para el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud IETS? Consideramos debe contemplarse, so pena de que, si en 3 meses no da respuesta, se entiendo que no está ncorporado en Presupuesto Máximo.</p> <p>2. Cuando el medicamento es sin alternativa terapéutica, ¿va a recobro?</p> <p>3. En la incorporación por parte de la industria de medicamentos combinados, el precio del mismo no debe superar el valor de la suma de las dos moléculas.</p> <p>4. Sustentada la superioridad terapéutica por parte de la EPS mediante el establecimiento de un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, deberá ser considerado, para el análisis de techos (o presupuesto Máximo) de la vigencia siguiente de lo contrario de estaría violando el mandato de la corte en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías y la autonomía profesional.</p> <p>5. A la fecha las tecnologías sujetas a evaluación por Junta de profesionales, no les aplica este requerimiento cuando media un fallo de tutela que ordena la prestación de dicha tecnología, sin embargo, en este parágrafo se hace la anotación de "En todo caso, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta medica". El hecho de que lo ordenado por fallo</p>		<p>1. El tiempo será de tres meses; si no se logra, la tecnología será financiada por la EPS y no vía recobro, está a riesgo de la EPS.</p> <p>2. El proyecto de resolución indica que los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, no serán financiados con presupuesto máximo, hasta tanto se defina su financiación con base en los resultados de la evaluación que realice el IETS para estos efectos.</p> <p>3. Se reitera que el proyecto de resolución no es una regulación de precios, se ajustará la redacción aclarando que son los principios activos autorizados en el país y que se encuentren incluidos en el proyecto normativo.</p> <p>4. Identificada la superioridad terapéutica por parte de la EPS u otro actor del sistema será el Ministerio de Salud y Protección social quien determine la fuente de financiación en la siguiente vigencia. Entre tanto se surte la verificación de la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo.</p> <p>5. Es importante resaltar que las órdenes judiciales son de obligatorio cumplimiento por lo que este acto administrativo no puede ignorar estas decisiones. La realización de junta de profesionales se definirá en la herramienta MIPRES para los servicios complementarios. En el caso de ser contrario el concepto de la junta a lo fallado por el juez, esto complementará los argumentos de la defensa judicial, lo que deberá primar es el bien del paciente en cuanto a resultados en salud.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
39	10	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 21	<p>2. Si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo, será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo, por lo cual no será objeto de recobro/cobro. La superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. En todo caso, entre tanto se surte la verificación de la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo. Si el medicamento es inferior terapéuticamente se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS.</p> <p>Comentario: Artículo 7 Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.</p> <p>Consideramos que, tal como está redactado el artículo puede constituir una violación al libre mercado, y continuará afectando la estructura de costos y negativo</p>		<p>No es una violación al libre mercado ya que el presupuesto máximo no es regulación de precios y será del alcance del concepto del IETS la definición de superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica. El Ministerio de Salud no afecta la entrada de nuevas tecnologías al país. De igual forma, no afecta la estructura de costos de las EPS, quienes deberán gestionar el valor de referencia de las tecnologías en salud, en favor del paciente.</p>
40	11	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 19	<p>1. Sustentada la superioridad terapéutica por parte de la EPS mediante el establecimiento de un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, deberá ser considerado, para el análisis de techos de la vigencia siguiente de lo contrario de estaría violando el mandato de la corte en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías y la autonomía profesional.</p> <p>2. No existe parágrafo 3 en el artículo 22 del acto administrativo</p>		<p>La superioridad terapéutica se definirá con el estudio de evidencia científica en una evaluación de tecnología desarrollada por el agente interesado, la cual será sometida a verificación por parte del IETS y a la valoración de tratamiento. Con los resultados de la evaluación el Ministerio decide la fuente de financiación de la tecnología (UPC, presupuesto máximo, salud pública, compra centralizada o acuerdos de riesgo compartido), lo cual no tiene relación con la violación al mandato de la Corte Constitucional acerca de la autonomía profesional.</p> <p>Dados los comentarios recibidos, se corrigió lo relativo a indicaciones autorizadas.</p>
41	12	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 22	<p>Artículo 22. Indicaciones autorizadas. La financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo excepciones descritas en este acto administrativo que incluyan su financiación con cargo al Presupuesto Máximo.</p> <p>Se pregunta si, con excepción de indicaciones en listado UNIRS, si el medicamento fue prescrito para indicaciones no autorizadas por INVIMA o UNIRS; estos medicamentos siguen yendo a recobro?</p>		<p>En respuesta a su consulta, se confirma que no se pueden prescribir medicamentos con indicaciones no aprobadas por el INVIMA ni aprobadas dentro del listado UNIRS para ser recobradas o pagadas por el sistema de salud, como tampoco prescritos en la práctica privada sin la autorización dentro del marco de una investigación autorizada por INVIMA, corresponden a una exclusión del sistema de salud.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que según lo estipulado en la Resolución 1885 de 2018 en el artículo 10 sobre los criterios para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, que a la letra dice:</p> <p>"(...) 3. En caso de que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a un medicamento este deberá cumplir cualquiera de las siguientes condiciones.</p> <p>i) Estar registrado con sus respectivas indicaciones ante INVIMA,</p> <p>ii) Hacer parte del listado temporal de usos no incluidos en el registro sanitario de que trata los artículos 95 y 96 de la presente resolución,</p> <p>iii) Corresponder a medicamentos sin registro sanitario que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los artículos 2.5.3 10.15 y 2.5 3.10.16 del Decreto Único 780 de 2016 o la norma que los modifique. adicione o sustituya (...)"</p> <p>Por lo ya expuesto no se acoge su solicitud.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
42	13	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 23	<p>Artículo 23. Combinaciones de dosis fijas (CDF). Los medicamentos en Combinaciones de Dosis Fijas (CDF) se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.</p> <p>Aclarar si un CDF que tiene u principio activo contemplado en el PBS y otro que no lo está, ¿quien y como lo financia?</p>		<p>Según lo establecido en el artículo 41 de la Resolución 3512 de 2019 acerca de Combinaciones de dosis fijas (CDF), que a la letra dice: "Artículo 41. Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los medicamentos en combinaciones de dosis fijas de la siguiente forma: 1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF se encuentren contenidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica y, 2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igual o menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos, si se utiliza como monofármaco por separado.</p> <p>El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la CDF financiada con recursos de la UPC."</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con su consulta, queda claro que es necesario que para el caso de las CDFse describan de manera explícita los principios activos que la componen y si la indicación varía con respecto a los monofármacos se tendría como un medicamento que requiere de una evaluación específica para considerar su valor terapéutico y fuente de financiación.</p> <p>Las CDF se entenderán financiadas con presupuesto máximo o con recursos de UPC en correspondencia con los requisitos de financiación de uno u otro mecanismo.</p>
43	14	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 25	<p>Prestación Integral en Salud. 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:</p> <p>2. Cualquier forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante.</p> <p>En muchos casos, las IPS cobran por aparte la aplicación controlada en IPS del medicamento, lo cual no está incluido en el precio y no ha podido ser tenido en cuenta en los cálculos de Minsalud. Si ello no se incluyó en muchos casos, ¿porqué razón se pretende cargar al Presupuesto Máximo?</p> <p>4. 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.</p> <p>Los cobros de las adecuaciones y ajustes se hacen por aparte y por costo unitario, muy pocas veces están incluidos en el costo del medicamento y al no estar incluido en el precio y no ha podido ser tenido en cuenta en los cálculos de Minsalud. Si ello no se incluyó en muchos casos, ¿porqué razón se pretende cargar al Presupuesto Máximo?</p>		<p>En respuesta al primer numeral de su nota, se indica que: La administración del medicamento se encuentra cubierta con cargo a la UPC, independientemente de que la fuente de financiación del medicamento sea UPC o presupuesto máximo.</p> <p>Con respecto a la segunda nota del comentario, se tiene que, según lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 10 de la resolución 1885 de 2018 que reza: "Artículo 10 Criterios para la prescripción. El profesional de la salud que prescribe tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios, deberá tener en cuenta los siguientes criterios: [...] En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción sepa-rada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por este Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.", no es viable cobrar/recobrar la aplicación de medicamento por separado, sino que 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.</p> <p>El cálculo del presupuesto máximo tiene en cuenta el valor de la factura en la que se entienden ya incluidas las adecuaciones y ajustes que usted menciona. El texto del proyecto de acto administrativo indica que se "incluye todo lo necesario e insustituible para garantizar la correcta y oportuna administración".</p>
44	15	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 27	<p>Se debe cambiar la redacción porque ciertamente no son las EPS las que definen la financiación de fórmulas magistrales, esto debe ser definido por el Gobierno en la resolución: Si el principio activo es PBS, lo cubre UPC y si alguno de los principios no es PBS debe ser no PBS. Y debe indicarse qué hacer cuando una fórmula magistral tiene un principio PBS y otro o PBS.... ¿Quien financia esto y cómo?</p>		<p>Por un lado, la normatividad vigente que establece lo financiado con UPC, Resolución 3512 de 2019, indica que: "Artículo 46. Fórmulas magistrales. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC se consideran igualmente financiadas con recursos de la UPC y deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces". Por otro lado, presupuesto máximo indica en el caso de las Fórmulas magistrales, que las EPS definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman. En todo caso deberán ser garantizadas por las aseguradoras.</p> <p>De lo anterior se colige que el Ministerio de Salud ya estableció que la EPS es quien define la fuente de financiación que utilizará para asumir la elaboración de fórmulas magistrales, de conformidad con los principios activos que la conforman.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
45	16	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 31	<p>Artículo 31. Concordancia entre la prescripción y la dispensación. En cumplimiento a lo descrito en el artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del dispensador del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Número 780 de 2016, el dispensador no podrá entregar cantidades diferentes (ni mayores ni menores) a las requeridas para cumplir lo ordenado en la prescripción médica, amparándose en la presentación comercial de los medicamentos.</p> <p>Comentario. Es imposible que, a nivel ambulatorio siempre exista coincidencia en lo prescrito y lo dispensado, pues muchas de las tecnologías en salud (medicamentos, insumos, etc) vienen en presentaciones establecidas por el fabricante que no pueden ser fraccionadas pues pueden sufrir contaminación o indebida manipulación. Esto no atiende a la realidad de la dispensación y si puede crear una barrera de acceso enorme.</p>	<p>Se solicita o la eliminación del artículo o su acotamiento a dispensación intahospitalaria en IPS de 2 y 3r nivel, tal como está definido en el DUR, como veremos a continuación:</p> <p>En la reunión de techos del 18 de diciembre, se nos dijo que el artículo no era nuevo y que era una mera transcripción del artículo 2.5.3.10.3 del Decreto 780 de 2016 (DUR), y al 2.5.3.10.19 lo cual no es exacto. Revisando el tema, ni en la definición de Dispensación, ni en la de establecimiento farmacéutico, ni en la de Dosis Unitaria trae esta exigencia, ni la de Prohibiciones tampoco.</p> <p>El Ministerio cita el artículo 2.5.3.10.19 del DUR y seguramente la prohibición que mencionan es la siguiente: Prohibiciones del dispensador. El dispensador no podrá: 1. Adulterar o modificar en cualquier forma la prescripción. 2. Cambiar el principio activo, concentración, forma farmacéutica, vía de administración, frecuencia, cantidad y la dosis prescrita (...).</p> <p>Pero es que suministrar el medicamento en su presentación comercial cuando esta no puede ser dividida o fraccionada sino en centrales de reempaque/reenvase o mezclas y cuando el sistema de dosis unitaria es solo obligatorio para IPS de 2 y 3r nivel y no para droguerías que dispensan ambulatoriamente, no es modificar la prescripción, ni la dosis prescrita, y menos aún es contraviene la realidad técnica de la dispensación de medicamentos.</p>	<p>La concordancia entre las cantidades prescritas y las dispensadas se encuentran fundamentadas en lo que ordena el Decreto Único Reglamentario del sector Salud. El ajuste, adecuación de dosis y fraccionamiento mediante reempaque de ser necesario es un proceso que el ente competente para tal fin (INVIMA) certifica, por lo cual es obligación de las EPS que en sus procesos contractuales se incluya el cumplimiento de estos estándares obligatorios de ley.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que el Decreto 780 de 2016 se encuentra en firme, la cantidad de medicamento dispensado deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito,</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
46	17	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 40	<p>Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos. 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 hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.</p> <p>1. Comentario: Debe incluirse obligatoriamente a las IPS. Adicionalmente, debe incluirse un artículo de auditoría incluyendo a los importadores y demás actores que intervienen y juegan un papel importante. La exclusión de las IPS no pasaría el test básico de igualdad de la Corte Constitucional o el del Consejo de Estado pues al cumplir la importante función de dispensación intrahospitalaria de medicamentos, no pueden estar excluidas de la auditoría.</p>		<p>1. Está en cabeza de las EPS la gestión de los recursos que le son transferidos desde el Estado. Corresponde a La ADRES dentro del proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo incluye a las EPS, IPS, profesionales de la salud, gestores farmacéuticos y operadores logísticos, además del Ministerio y la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud quienes recibirán los informes que elabore la ADRES.</p> <p>2. En efecto sin que dicha situación quede explícitamente contenida en esto al acto administrativo las Entidad Públicas están obligadas, a sujetarse a lo dispuesto en las normas de protección de datos, así como lo establece el Decreto 1424 de 2019 en su Artículo 2.1.11.13. Tratamiento de la información y reserva en el manejo de los datos.</p> <p>3. Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes 1581 de 2012 y 1712 de 2014, y demás normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, especialmente, se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso.</p>
47	18	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 41	<p>Todo cambio en la estructura del sistema de información debe brindar el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distintos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores, por lo que debe haber una transición.</p>		<p>La información se tomará en lo sucesivo de los módulos de MIPRES de suministros y facturación, o según lo solicite y determine este Ministerio.</p>
48	19	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 21	<p>Debe realizarse revisión del siguiente mercado relevante ya que con el valor establecido en el borrador el vial tendría un valor de \$3.619 tendiendo un costo actual de \$4.147.500.</p> <p>Se solicita revisar los siguientes mercados relevantes ya que se trata del mismo principio activo en formas farmacéuticas que pueden ser homologables y la diferencia de precio entre una y otra es de \$10.200 el mg.</p>		<p>Teniendo en cuenta su solicitud para el ID 626 FACTOR VON WILLEBRAND Polvo para reconstituir a solución o suspensión inyectable, y para ID 411CITARABINA, se informa que los valores de referencia han sido y ajustados.</p>
49	20	26/12/2019	201942302079462	Claudia Sterling Posada Vicepresidente Legal y de Asuntos Corporativos	Cruz Verde	Artículo 6		<p>Se solicita al Minsalud ampliar información sobre los conglomerados asignados a los servicios sociales complementarios, ¿cuales son los criterios de agrupación?</p>	<p>El criterio de selección de los elementos en cada conglomerado corresponde al mejor estadístico de silueta para los principales servicios complementarios, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
50	1	26/12/2019	201942302079482	ELIZABETH GOMEZ REPRESENTANTE LEGAL	MEDIHUMAN A COLOMBIA SA	Anexo 5 VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, Página 105, Item ID 205 CUPS 209604 DESCRIPCIÓN: IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE CONDUCCIÓN OSEA. VALOR DE REFERENCIA	El valor de referencia no corresponde al valor de precio de mercado	<p>1. Es posible que se tomara como base información dispersa no estadísticamente significativa ya que la Base de Recobros de ADRES involucra procedimientos completos y parciales de forma simultánea (Implantación de sistema completo, Cambio de procesador, u otros factores.)</p> <p>2. Se podría incurrir en una barrera de acceso para los pacientes que lo requieren ya que es imposible para los proveedores y las IPS cubrir con este valor un mínimo del valor del dispositivo.</p> <p>3. El Ministerio de Salud en notas aclaratorias a la prescripción de ADRES, sugiere que las actualizaciones de procesadores se prescriban con el mismo código CUPS de el procedimiento inicial (Ver anexo)</p> <p>4. Se recomienda consultar compradores inteligentes del mercado tales como las EPS principales quienes adquieren los dispositivos para procedimientos iniciales y su mantenimiento o actualización posterior.</p>	<p>Con relación a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>En razón a lo anterior, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.</p> <p>Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes, y por tanto, no es procedente afirmar que para el cálculo de los Presupuestos Máximos se tomó información dispersa.</p> <p>Por otra parte, es preciso indicar que este acto administrativo en ningún caso se constituye en una barrera de acceso; al contrario, crea las condiciones para que efectivamente los pacientes puedan tener disponibilidad sin dilaciones (giro ex ante, facilita la programación, entre otras).</p> <p>Así las cosas, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud; quien entre otras cosas debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Adicionalmente, es evidente que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) ostentan hoy la función de la gestión integral de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la Unidad de Pago por Captación (UPC), y de los recursos que hoy la ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.</p> <p>Para finalizar, se debe aclarar que el Presupuesto Máximo se define por cada Empresa Promotora de Salud (EPS) por todos los servicios y tecnologías en salud que haya prestado; por lo tanto, la gestión del recurso será competencia de la misma.</p>	
51	2	26/12/2019	201942302079482	ELIZABETH GOMEZ REPRESENTANTE LEGAL	MEDIHUMAN A COLOMBIA SA	Anexo 5 VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, Página 105, Item ID 205 CUPS 209604 DESCRIPCIÓN: IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE CONDUCCIÓN OSEA. VALOR DE REFERENCIA \$ 12.360.401,32.	<p>Con preocupación se observa que el precio establecido como valor máximo de recobro para los dispositivos de conducción ósea se observa anormalmente bajo frente a precios de mercado nacional e internacional. Si bien está previsto que El Estado y 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, a su vez se deben garantizar el ACCESO a los pacientes y la disponibilidad de los Dispositivos mediante un reconocimiento del valor real de los dispositivos incluyendo los aspectos involucrados en la cadena de suministro.</p>	<p>Solicitamos comedidamente revisar y evaluar la información base para establecer el precio definido en el proyecto de resolución con base en las siguientes consideraciones:</p> <p>1. El Ministerio de Salud, definió el Código CUPS: 20.9.6.04. IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE CONDUCCIÓN OSEA</p> <p>2. Los dispositivos de Conducción ósea hacen parte de dispositivos médicos que, requieren por su naturaleza y variedad, un análisis cuidadoso para la reglamentación y estandarización. Según el Documento de la OMS: "DISPOSITIVOS MÉDICOS: LA GESTIÓN DE LA DISCORDANCIA. Un resultado del Proyecto sobre Dispositivos Médicos Prioritarios, 2012. Documento "Marketing: Medical Devices vs. Pharma" plantea consideraciones tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "La diversidad de dispositivos médicos genera pluralidad en cuanto a su tamaño, tecnología, presentación y uso.</li><li>• Los dispositivos médicos, por sí solos, no logran el efecto principal perseguido en o sobre el organismo humano</li><li>• El funcionamiento de un dispositivo no sólo depende del propio dispositivo, sino también de cómo se utilice. Los dispositivos médicos pueden precisar reparación o mantenimiento técnico y consultas médicas periódicas para garantizar la eficacia y buen uso del dispositivo.</li><li>• Llegado el momento de diseñar una política de precios es relevante dar especial consideración a la "cobertura"</li></ul>	<p>Respecto a su observación es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>En razón a lo anterior, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.</p> <p>Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>En este sentido, el no incluir todos los servicios efectivamente recobrados/cobrados únicamente ocasionaría la disminución del valor calculado de los Presupuestos Máximos, afectando así los recursos disponibles a transferir a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para la atención integral de los pacientes.</p> <p>Para finalizar, es preciso indicar que este acto administrativo en ningún caso se constituye en una barrera de acceso; al contrario, crea las condiciones para que efectivamente los pacientes puedan tener disponibilidad sin dilaciones (giro ex ante, facilita la programación, entre otras).</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
52	1	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Comentario general	<p>1. Ausencia de indicadores de calidad.</p> <p>El proyecto de resolución tiene por objeto definir la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado y establecer el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).</p> <p>Estando claro que el propósito de la resolución es impedir la fragmentación de la atención en salud y simplificar la complejidad operativa que le es inherente al sistema que opera para la financiación de las tecnologías y servicios en salud a través del sistema de recobro, es nuestro deber como médicos resaltar que la evaluación de la administración y gestión de los recursos transferidos las EPS por concepto de valores máximos no contempla en ninguna forma en la resolución, que dicha gestión esté supeditada al planteamiento y demostración de indicadores de calidad de atención en salud.</p>	<p>La Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO) considera que con el propósito de crear incentivos que promuevan el acceso a una atención de calidad, dentro de la resolución, además de fijarse unos valores máximos para la atención de los servicios y tecnologías que no se encuentran cubiertas dentro del plan de beneficios, deben señalarse unos indicadores de calidad a los que se encuentre condicionada la evaluación de la costoefectividad asociada a la administración de estos recursos.</p> <p>En efecto debe tenerse en cuenta que la resolución 256 de 2016 definió los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, muchos de los cuales ostentan pertinencia para analizar la correcta gestión de los recursos, no sólo desde el punto de vista financiero, sino del impacto que ello pueda tener en el acceso a una atención de calidad.</p> <p>Así mismo, se sugiere que la resolución, tal y como lo dispone el artículo 7 de la ley 1751 de 2015, contenga indicadores de goce efectivo con el propósito de garantizar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, y calidad de la atención. Resulta indispensable que, según las particularidades de los servicios y tecnologías que se encuentran por fuera del plan de beneficios, se definan indicadores de calidad especialmente orientados a garantizar una atención oportuna y de calidad para los pacientes, pues es claro que uno de los mayores problemas del sistema no es sólo garantizar la financiación de estas tecnologías sino</p>	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social acoge la solicitud buscando establecer que los Presupuestos Máximos se puedan ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, diseñando mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Además, es importante mencionar que el propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>La iniciativa de presupuestos máximo es parte de una estrategia integral que busca en su conjunto profundizar el ejercicio del derecho a la salud y a contribuir al acceso a las tecnologías y servicios de salud. Dicha iniciativa en lo fundamental desarrolla de forma objetiva la ley Estatutaria.</p> <p>Está estrategia cambia la forma como se gestionaban un conjunto de servicios y tecnologías en salud, las que hoy se prescriben por la herramienta MIPRES. Se avanza de un mecanismo individual que en la operación causaba problemas en el flujo de recursos, en la financiación de parte de los actores, interpretación del derecho, ambiguo en las responsabilidades y gestión fraccionada a uno integral, con un flujo de recursos expedito, evitando ambigüedades en la garantía del derecho. Se avanza de un mecanismo individual a uno colectivo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
53	2	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Comentario general	<p>2. Potenciales incentivos para la restricción de la autonomía médica. Desde la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología, como agremiación, se han detectado restricciones, e injerencias indebidas a la autonomía médica, derivadas principalmente de la necesidad de ajustar el gasto en lo relacionado con la prescripción de medicamentos de alto costo. Una resolución orientada únicamente a restringir el gasto, sin tener en cuenta cuales son los resultados en salud después de la administración de los recursos, podría agravar aún más esta situación.</p>	<p>Por lo anterior, y de acuerdo con lo manifestado en el punto anterior, la Asociación solicita que los indicadores de manejo del presupuesto máximo sean establecidos, sin que por ningún motivo se cercene o limite la autonomía de los profesionales de la salud.</p> <p>En el mismo sentido se destaca que en el artículo 22 se concibe una potencial restricción a la autonomía médica al señalar que la financiación con cargo al presupuesto máximo aplica siempre que la prescripción de medicamentos sea realizada en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, pasando por alto que los profesionales únicamente están sujetos a los esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica, lo cual avala la prescripción de medicamentos en usos no autorizados o segundos usos.</p> <p>Por lo anterior se sugiere al ministerio considerar la posibilidad de definir un catalogo de principios sobre los cuales debe interpretarse la resolución, incluyendo dentro de ellos, y en consonancia con lo previsto en el artículo 17 de la ley 1751, la autonomía médica, ajustada a los propósitos del proyecto de resolución bajo examen.</p> <p>Así las cosas, el Consejo de Estado mediante sentencia decidió que un medicamento sin registro Invima puede ser suministrado a un paciente que lo necesite, siempre y cuando tenga orden médica. el medicamento sin Invima sólo se puede negar si se demuestra que existe otra alternativa médica o si la medicina prescrita no ofrece seguridad ni es eficiente. Así mismo, resalta el documento, no se</p>	<p>El propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>Por tanto, no es posible predicar que el presupuesto máximo o prospectivo atente contra la progresividad, el acceso de los pacientes a las tecnologías, y la autonomía médica o que se esté fijando un tope a la cobertura. Lo anterior no se predica del derecho vía UPC, no puede entonces predicarse de la presente iniciativa; pues se están equiparando el estado de las cosas a las condiciones de la UPC. Así, la gestión de las EPS se verá fortalecida y en dicho sentido el paciente tendrá disponibilidad y accesibilidad a las tecnologías que requiera según su necesidad para la atención integral, siendo con ello profundizada la progresividad en el derecho.</p> <p>En este sentido de forma específica el presente proyecto normativo instruye respecto de la financiación de prescripciones en función de las indicaciones autorizadas. No restringe la prescripción del médico tratante. El presente proyecto normativo no hace ninguna modificación a la normatividad vigente para medicamentos vitales no disponibles, especialmente al Decreto 481 de 2004. Prevé el proyecto normativo que se financiarán con presupuestos máximos los medicamentos vitales no disponibles que tengan definido valor de referencia. Los restantes serán financiados según corresponda, es decir, por UPC si hacen parte de tal financiación, no financiado con recursos de salud por estar explícitamente excluido, o por recobro/cobro cuando se trate de los contemplados en el numeral 1 del artículo 19 del presente proyecto normativo.</p> <p>Las anteriores precisiones para definir fuentes de financiación que en ningún momento son una limitación a la autonomía de los profesionales de la salud.</p> <p>Se debe resaltar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un presupuesto máximo. Los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de las facturas presentadas por las entidades cobrantes a la ADRES, y en ningún caso se constituye en una barrera de acceso. Al contrario crea las condiciones para que efectivamente los pacientes puedan tener disponibilidad sin dilaciones (giro ex ante, facilita la programación entre otras.)</p>
54	3	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Artículo 13	<p>3. Hay una fijación de precios en la resolución</p> <p>En el parágrafo 1 del artículo 13 se establece que "los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta el valor de referencia o el valor máximo de recobro de la presente resolución; adicionalmente, las EPS deberán considerar ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el Presupuesto Máximo no se supere."</p>	<p>Esta disposición constituye una fijación de precios que afecta el libre mercado, lo cual cuestiona su validez dentro del ordenamiento jurídico colombiano. De igual modo, ha indicado la Superintendencia de Industria y Comercio que la fijación de precios limita la posibilidad de los oferentes de publicar libremente sus productos. Se considera que el Estado debería garantizar unas pautas mínimas que permitan el desarrollo de la libre competencia en el sector farmacéutico y a su vez, ofrezca a los consumidores la posibilidad de acceder al producto y/o servicio que deseen y necesitan; en este sentido, la competencia es considerada como "la situación en la que dos o más empresarios ofrecen bienes y servicios similares en el mercado intentando atraerse a los consumidores".</p>	<p>En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la Ley 1966 de 2019.</p> <p>Ahora, lo expuesto en el artículo 13 del presente proyecto normativo respecto de la no superación del presupuesto máximo, describe diferentes estrategias que deben ser gestionadas por la EPS para tal fin, como son gestionar modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios o el establecimiento de guías y protocolos en conjunto con la red prestadora.</p> <p>Atendiendo diferentes observaciones se considera suprimir el texto del numeral 2.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
55	4	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Artículo 13	4. No se encuentra definido un mecanismo de ajuste En los numerales 1 y 3 del artículo 13 se contempla la posibilidad de que se deba ajustar el Presupuesto Máximo, sin embargo, la resolución no contempla un procedimiento reglado que defina el proceso de ajuste ni la metodología que se va a utilizar para alcanzar el ajuste cuando se requiera. Adicionalmente la resolución no contempla qué sucede con los servicios y tecnologías que no son financiados con cargo a la UPC cuando se alcance el presupuesto máximo por parte de la EPS.	Por lo anterior se sugiere incluir un procedimiento claro y expedito para realizar los ajustes al presupuesto máximo de forma que se garantice la continuidad de la atención.	Sea lo primero mencionar que esta iniciativa exige mecanismos de seguimiento, control y monitoreo de los recursos de presupuestos máximos asignados, en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad"; especialmente en el artículo 240 sobre Eficiencia del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC.  En ese sentido el presente proyecto normativo dispone que el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control de los recursos será presentado por ADRES dentro del mes siguiente a la expedición del acto administrativo, proceso, que se aclarará, va a aplicar como mínimo a EPS, operadores logísticos, gestores farmacéuticos e IPS. En el artículo 40 del presente proyecto normativo se menciona que la ADRES realizará procesos de auditoría y tendrá en cuenta la base de prescripción y suministros de MIPRES, entre otros. Los resultados se publicarán por EPS y región.  Tal proceso será definido por ADRES, por lo que no se describe en el presente proyecto normativo.  Finalmente, el presente proyecto normativo desarrolla en el artículo 13 varias opciones, todas encaminadas a no superar el presupuesto máximo, sin perjuicio de la garantía de una atención integral para los pacientes según lo requieran. Entonces se plantea que las EPS deben hacer gestión respecto de modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, entre otros; como también monitoreo y seguimiento del gasto por este concepto, para identificar el riesgo y anticiparse realizando los ajustes necesarios
56	5	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Artículo 13	5. En el numeral 2 del artículo 13 se indica que "El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la posible utilización de los recursos para otros usos cuando se determine una acumulación excesiva de los mismos."	Se recomienda definir qué es una acumulación excesiva o cuando menos definir los criterios que permitan definir que se considera una acumulación excesiva.	En atención a los comentarios y discusiones adelantadas con los diferentes actores se considera eliminar el contenido del numeral 2 del artículo 13 del presente proyecto normativo
57	6	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Artículo 13	En el numeral 3 del artículo 13 se indica que "En caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud."	¿Qué pasa si la EPS no demuestra que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o se considera que la misma no fue adecuada? ¿Qué se considera una defensa adecuada?	Toda vez que el cálculo de los valores de referencia consideraron la información de la base de recobros/cobros de ADRES incluida la información del gasto generado por tutelas, el valor a transferir a cada EPS por presupuesto máximo exige a las EPS una clara actividad de defensa judicial y que haya acudido a todas las etapas en ejercicio del debido proceso, en caso contrario queda a riesgo de la EPS.  Advierte el presente proyecto normativo que si hay riesgo de superación de presupuestos máximos, el análisis que requiere tal situación por cada EPS obliga a evaluar su gestión integral incluida la de defensa de fallos judiciales. Dispone el proyecto de acto normativo que la adecuada defensa judicial es uno de los elementos a considerar dentro del análisis de riesgo de superación de presupuestos máximos, que se realice.
58	7	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Artículo 13	En el numeral 4 del artículo 13 se indica que la EPS debe "Priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud a financiar con recursos de la UPC".	Incluir "siempre y cuando, estos sean los que hayan demostrado la mejor efectividad y eficacia, determinada por estar incluida en guías nacionales e internacionales de tratamiento, y no se vulnere la autonomía médica".  Es bien conocido que el avance de la medicina, específicamente en las áreas de Hematología y Oncología, pero en general en todas, permite a los pacientes a tener acceso a tratamientos cada vez más efectivos. La actualización de los listados de medicamentos financiados por la UPC tiene un proceso que lento y dispendioso, que lo deja desactualizado. Al estimular la resolución la priorización de la utilización de servicios y tecnologías incluidos en el PBS, se pone en riesgo la salud de los colombianos, al limitar su acceso a los mejores tratamientos disponibles en el país; además de limitar de nuevo la autonomía médica.	El numeral 4 del artículo 13 hace parte de una serie de disposiciones en procura de que no se superen los presupuestos máximos. Es importante resaltar que la iniciativa del proyecto normativo no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias planteadas en el artículo 13 ni a las que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) la profundización de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la Ley 1955 de 2019).  Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del techo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.  Priorizar la prestación de servicios de salud con recursos de la UPC no es una estrategia que restrinja la autonomía médica para disponer el tratamiento integral que un paciente requiera; es un llamado a la utilización de recursos de manera armonizada, en procura de la eficiencia de los recursos sin perjuicio de la atención que un paciente requiera. Participar de la sostenibilidad financiera del Sistema es una responsabilidad que tenemos todos los actores.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
59	8	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	En el artículo 15 se indica que "Para mitigar el riesgo asociado a la gestión del Presupuesto Máximo, las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros.	Se sugiere cambiar el verbo por deberán, en atención a que tomar acciones de mitigación del riesgo deben considerarse un deber y no una facultad.	Se debe garantizar la calidad en la atención mediante la mitigación del riesgo.	No se acoge la solicitud ya que el texto del párrafo del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, hace la descripción de la misma manera: Ley 1955 de 2019, artículo 240 PARÁGRAFO. "Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC"
60	9	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Artículo 16	En el artículo 16 se indica que "Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de atención, gestión, concertar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes. En todo caso las EPS podrán contratar en forma integral el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y financiados con cargo al Presupuesto Máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación.	En el mismo sentido del numeral anterior se sugiere cambiar por "deberán" dado que definir los modelos de atención y la contratación integral deberían ser un deber y no una facultad.	Se acoge la observación y se incluye, en el texto del artículo 16 sobre Acceso, el cambio de la palabra podrán por deberán.
61	10	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Artículo 17	En el artículo 17 se indica que "Las EPS podrán conformar las redes de prestación de servicios para la gestión integral de la atención de los pacientes."	En el mismo sentido del numeral anterior se sugiere cambiar por "deberán" dado que la conformación de la red de prestación de servicios debería ser un deber y no una facultad. Es bien sabido que la conformación de redes de prestación se alinea con la prestación de una atención integral, que ha demostrado mejorar los resultados en salud al evitar la fragmentación de la atención. Demostrar la conformación de redes de prestación debe ser parte de los indicadores de calidad que se le exija a las EPS.	Primero, se acoge la observación y se modifica el texto del artículo.  Segundo, respecto de la conformación de redes integrales de prestadores de servicios de salud por parte de las EPS, este es un requisito de habilitación de capacidad científica que se exige en los términos del Decreto 682 de 2018 "Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud"; razón por la cual no puede ser parte de los indicadores de calidad.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
62	11	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Artículo 20	En el artículo 20 se señala que "Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC, diferentes a los que son objeto de la presente resolución y a los excluidos explícitamente de financiación con recursos públicos asignados a la salud, continuarán siendo garantizados a los afiliados al bajo el principio de integralidad, y su reconocimiento y pago se efectuará en los términos de la Resolución 1885 de este Ministerio o la norma que la modifique o sustituya, hasta tanto se concluya con los análisis para la definición de su presupuesto máximo.	Se sugiere especificar la fecha de la resolución que se cita. ¿Qué pasa cuando se concluya con el análisis para la definición del presupuesto máximo, con los servicios y tecnologías no financiados con la UPC ni en el presupuesto máximo?	1. Se realizará el ajuste del texto así "... Resolución 1885 de 2018".  El presente proyecto normativo hace una descripción detallada tanto de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de presupuestos maximos como los que no. Tal descripción detallada se amplía en función de varias observaciones presentadas por los actores. Servicios y tecnologías en salud que no se financian ni con recursos de UPC ni con recursos de presupuestos máximos serán garantizados a los pacientes bajo el principio de integralidad y su liquidación, reconocimiento y pago, cuando proceda, se efectuará bajo los lineamientos que adopte ADRES.
63	12	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Artículo 32	En el artículo 32 se señala que "La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversiones de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC; así no se encuentren explícitamente descritos en el anexo 3, cuando se requieran para la realización o utilización de los servicios y tecnologías en salud contenidos en el presente acto administrativo. Estos servicios y tecnologías en salud se tendrán en cuenta en el cálculo que se establezca para procedimientos en salud del Presupuesto Máximo.	¿A qué finalidad se refiere? Se sugiere adoptar la redacción prevista en el numeral 3.1 de la circular 016 de 2018, obviamente adaptado a que se trata de presupuesto máximo "Se cubren con cargo a la UPC todos los medicamentos para la analgesia, anestesia, sedación y aquellos empleados como coadyuvantes para lograr y/o revertir la anestesia y sedación (entre los que se encuentran: Propofol , Sugammadex, Rocuronio, Sevoflurano, Dexmedetomidina, Flumazenil, entre otros), así no estén explícitamente descritos en el Anexo No. 1 de la Resolución 5269 de 2017, siempre y cuando se consideren necesarios e insustituibles para la realización de las tecnologías en salud (que pueden ser procedimientos quirúrgicos, actividades o servicios como la atención con internación), descritos como cubiertos con cargo a la UPC en los Anexos Nos. 2 y 3 de la precitada resolución.	El artículo 32 del presente proyecto normativo hace claridad respecto de que se encuentran financiados con presupuesto máximo los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversiones de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para la realización de una tecnología en salud que esté relacionada en el presente proyecto administrativo.  Lo anterior se explica en el entendido de que los valores de referencia se calcularon teniendo en cuenta los valores de recobro/cobro reportados por las EPS a la ADRES los que tuvieron origen en una prescripción de MIPRES, que según se indica el artículo 10, numeral 11 de la Resolución 1885 de 2018, los medicamentos con fines de analgesia, anestesia y sedación, incluyendo los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversiones de anestesia que se consideren necesarios e insustituibles para la realización del procedimiento, se entienden incluidos en dicha atención por lo que no es necesario prescribirlos en la herramienta de forma adicional a la del procedimiento.  Lo anterior para precisar que no se acoge la redacción prevista en el numeral 3,1 de la Circular 016 de 2018, que tiene un alcance diferente al del presente proyecto de resolución.
64	13	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Artículo 38	En el artículo 38 se indica que "La financiación con cargo al presupuesto máximo incluye la realización de una segunda intervención que esté relacionada con la primera, conforme con la prescripción del profesional tratante, sin trámites adicionales, con los procedimientos contenidos en el presente acto administrativo."	¿Qué pasa si un paciente requiere de más de dos intervenciones? Deben incluirse todas las intervenciones que sean necesarias para alcanzar el objetivo médico propuesto.	El artículo 38 del presente acto administrativo precisa que se financia con presupuestos máximos toda segunda intervención relacionada con la primera, en la medida en que el paciente la requiera y el médico tratante la prescriba, sin trámites adicionales (subrayado nuestro). No hay lugar a interpretar que el presupuesto máximo solo financia hasta dos intervenciones, lo que se pretende es que la segunda sea garantizada sin trámite alguno ante la EPS. El presupuesto máximo financiará la totalidad de intervenciones que le sean indicadas al paciente por el médico tratante siempre y cuando estén financiadas por presupuestos máximos
65	14	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Comentario general	El proceso de consulta previsto en la ley 1751 no se cumplió, el tiempo es insuficiente.		Se cumplió con lo dispuesto en el numeral 8º del artículo 8º del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y el artículo 2.1.2.1.23 del Decreto 1081 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República".  El presente proyecto de resolución se publicó el día 16 de diciembre de 2019 al 2 de enero de 2020. Para garantizar una mayor participación de la ciudadanía en la expedición del acto administrativo en cuestión el Ministerio nuevamente decidió publicarlo desde el 9 de enero del 2020 hasta el 23 de enero de 2020
66	15	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Comentarios de Forma	COMENTARIOS DE FORMA 1. La numeración del artículo 7 está repetida.		Se hacen los ajustes a la numeración de los artículos.
67	16	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Comentarios de Forma	2. El artículo 12 señala "La transferencia se realizará dentro de los 10 días primeros días del mes según corresponda." Hay que cambiar la redacción.		Se revisará la redacción del artículo realizando los ajustes necesarios para su mejor comprensión y entendimiento.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
68	17	26/12/2019 30/12/2019	201942302082012 201942302089102	Virginia Abello Polo Representante Legal	Asociación Colombiana de Hematología y Oncología-ACHO	Comentarios de Forma	3. En el artículo 40 se indica "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 hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses." Hay que cambiar la redacción		Se revisará la redacción del artículo realizando los ajustes necesarios para su mejor comprensión y entendimiento.
69	1	26/12/2019	201942302082052 202042300013782	Luz Amanda Caicedo Administradora	Asociación Colombiana de Otolología y Neurología ACON	PAG 105: ID 205 209604 IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA \$ 12.360.401,32	Es importante separar el concepto o el CUPS 209604, ya que se estan involucrando bajo este Cups la formulación de 3 tecnologías diferentes como son: Las Ayudas Auditivas Convencionales de Transmisión Osea (954801) , los Dispositivos de Conducción Osea Activos y No Activos, Transcutaneos y Percutaneos y la actualización del procesador de los Implantes de Conducción Osea.  1.La propuesta de precio que se coloca al codigo Cups 209604 no corresponde a la realidad mundial de precios para este tipo de dispositivos. 2. Es importante identificar que los Audifonos de Conducción Osea Convencionales como Diademas, Sistemas Cross entre otros deben ser formulados bajo el Código 954801 y estan cubiertos por el Plan de Beneficios. 3.Se sugiere hacer una investigación profunda y solicitar la información verídica y real a las Empresas Prestadoras de Servicios que son las que tienen la información desagregada y el valor de las diferentes tecnologías. 4. La Presidencia de ACON asume que el valor establecido por ustedes corresponde a las tecnologías de Diademas y de Sistemas tipo Cross. 5. Por el último se debe aclarar que los Sistemas de Conducción Osea Convencionales como Diademas o Sistemas Cross no corrllevan la necesidad de ningún procedimiento quirúrgico. Por el contrario los dispositivos de conducción osea, Activos y No Activos, Transcutaneos y Percutaneos si requieren de un procedimiento quirurgico bajo anestesia general. 6. Me permito recomendar que el codigo 209604 sea exclusivo para dispositivos de Transmisión Osea, Activos y no Activos, Transcutaneos y Percutaneos y que las Ayudas de Conducción Osea tipo Diademas y Sistemas Cross se incluyan en el Cups	1.La propuesta de precio que se coloca al codigo Cups 209604 no corresponde a la realidad mundial de precios para este tipo de dispositivos. 2. Es importante identificar que los Audifonos de Conducción Osea Convencionales como Diademas, Sistemas Cross entre otros deben ser formulados bajo el Código 954801 y estan cubiertos por el Plan de Beneficios. 3.Se sugiere hacer una investigación profunda y solicitar la información verídica y real a las Empresas Prestadoras de Servicios que son las que tienen la información desagregada y el valor de las diferentes tecnologías. 4. La Presidencia de ACON asume que el valor establecido por ustedes corresponde a las tecnologías de Diademas y de Sistemas tipo Cross. 5. Por el último se debe aclarar que los Sistemas de Conducción Osea Convencionales como Diademas o Sistemas Cross no corrllevan la necesidad de ningún procedimiento quirúrgico. Por el contrario los dispositivos de conducción osea, Activos y No Activos, Transcutaneos y Percutaneos si requieren de un procedimiento quirurgico bajo anestesia general. 6. Me permito recomendar que el codigo 209604 sea exclusivo para dispositivos de Transmisión Osea, Activos y no Activos, Transcutaneos y Percutaneos y que las Ayudas de Conducción Osea tipo Diademas y Sistemas Cross se incluyan en el Cups	Ante sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  En razón a lo anterior, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  Al respecto, se debe mencionar que la información es precisa, válida y suficiente para efectos de la aplicación de la metodología propuesta en el proyecto de resolución, en razón a que las bases de datos muestran que al sexto mes de prestación del servicio se recobra (radica) cerca del 97% del valor respectivo; en otras palabras, los cálculos no arrojan un valor que difiera de la realidad.  Por otra parte, es preciso indicar que este acto administrativo en ningún caso se constituye en una barrera de acceso; al contrario, crea las condiciones para que efectivamente los pacientes puedan tener disponibilidad sin dilaciones (giro ex ante, facilita la programación, entre otras).  Así las cosas, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud; quien entre otras cosas debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Adicionalmente, es evidente que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) ostentan hoy la función de la gestión integral de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y de los recursos que hoy la ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.  Para finalizar, con relación a las observaciones efectuadas con referencia a los CUPS, es de aclarar que las mismas se encuentran reglamentadas en la Resolución 3804 de 2016, y por tanto, no son del alcance del presente proyecto de resolución. Para su conocimiento y gestión a continuación se relaciona el enlace para realizar posibles nominaciones: <a href="https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/procesos/frmHomeProcesoNominacionCups.aspx?cod=6&amp;v=7&amp;r=1">https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/procesos/frmHomeProcesoNominacionCups.aspx?cod=6&amp;v=7&amp;r=1</a>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
70	1	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir la metodología del Presupuesto Máximo de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).	<p>Entendiendo los retos que para aseguradores y prestadores generaría tener diferentes modelos para la contratación de los procedimientos sabiendo que los procedimientos pueden tener inmersas prestaciones PBS, se propone que los procedimientos sean incluidos en el PBS, entendiendo que corresponden a menos del 10% del No PBS conforme con la información suministrada por el Ministerio de Salud en diversas ocasiones; y con esto se evitan inconvenientes en la implementación de los procesos.</p> <p>Adicionalmente se insiste en la necesidad de establecer esta metodología como un proceso transicional mientras se realiza la actualización integral del PBS, conforme con lo estipulado en la Ley Estatutaria.</p>	<p>Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir la metodología del Presupuesto Máximo de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).</p> <p>Parágrafo: La presente resolución corresponderá a un mecanismo transicional hasta lograr la actualización integral del plan de beneficios, no pudiendo ser superior a 2 años.</p>	<p>Respuesta 1:</p> <p>En principio es importante mencionar que sin la propuesta de presupuestos máximos, el Sistema de Salud garantiza el derecho fundamental a la salud, de conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria de salud) a través de la prestación de tecnologías en salud o servicios complementarios estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, así como el acceso a las prestaciones de salud, a través principalmente de tres mecanismos de protección: i) mecanismo de protección colectiva que mancomuna riesgos individuales, a través del aseguramiento social. Los beneficios que contiene este mecanismo se establecen con base en un análisis a priori de las necesidades de la población, ii) mecanismo de protección individual mediante el cual se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago tanto de tecnologías en salud no garantizadas mediante el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) como de servicios complementarios debidamente autorizados y iii) mecanismo de exclusiones mediante el cual se excluyen algunos servicios y tecnologías de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.</p> <p>El mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) cubre las prestaciones de salud que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) y se encuentran descritas en el texto de la Resolución 3512 de 2019 y sus anexos: 1 "Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC", 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" y 3 "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" los cuales hacen parte integral del mismo acto administrativo.</p> <p>El mecanismo de protección individual comprende el conjunto de tecnologías en salud que no se encuentran descritas en el mecanismo de protección colectiva, y que están autorizadas en el país por autoridad competente (INVIMA, Resoluciones de Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de habilitación entre otras) y servicios complementarios debidamente autorizados. Este mecanismo financia dichas prestaciones a través de las entidades territoriales para los afiliados al régimen subsidiado y a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).</p> <p>Por otra parte, el mecanismo de exclusiones establecido como protección del derecho fundamental a la salud mediante el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 comprende el conjunto de tecnologías que se excluyen de la financiación con recursos públicos asignados a la salud y que se encuentran descritas en la Resolución 5267 de 2017.</p> <p>Ahora bien, con la propuesta de Presupuestos Máximos el mecanismo individual migra al mecanismo colectivo en virtud que se calcula ex ante, es predecible y los recursos fluyen de diferente forma y se deja la gestión en las EPS.</p> <p>Conforme lo anterior, la propuesta avanza a que las tecnologías en salud sean gestionadas de forma integral y en la práctica se incentiva a los agentes a cambiar la forma de contratar, gestionar y garantizar el derecho se profundiza. Por tanto, se considera que su propuesta es superada por lo planteado en el mecanismo de presupuestos máximos del proyecto de resolución, y da espacio a evaluar lo que suceda en el futuro y se constituye la anualidad en una transitoriedad.</p> <p>Finalmente, es importante resaltar que la iniciativa contenida en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema. Es así como este Ministerio reitera lo manifestado en varias ocasiones, en cuanto a que se avanza de manera gradual en la profundización del derecho a la salud a través del citado conjunto de estrategias de las cuales hace parte los Presupuestos Máximos, y en señal de ello no todo debe estar a cargo de determinado mecanismo, así, el diseño de éstos se hace conforme a la evolución y transición requerida para lograr la integralidad de la atención en salud de los usuarios.</p>
71	2	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 3	¿Cuál es la forma de definir los grupos relevantes en procedimientos (Agrupadores del CUPS, CIE 9)?	Aclarar la metodología de definición y cálculo. La metodología está clara para farmacéutica, pero no para procedimientos. La metodología no fue discutida.	<p>Respuesta 2:</p> <p>En atención a su inquietud sobre la forma de definir los grupos relevantes en procedimientos, el proyecto de resolución (artículo 3) establece:</p> <p>"11. Grupo Relevante: hace referencia al agrupamiento tanto de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME, como de Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios cuyas definiciones corresponden a: (...) Grupo relevante Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios para efectos del cálculo de presupuestos máximos se agrupan las tecnologías y servicios, según su característica, que fueron recobrados ante La ADRES, así como los ordenados por fallo de tutela.". Por un error tipográfico se mencionan los servicios complementarios con el término "sociales", el cual no corresponde y será ajustado.</p> <p>De otra parte, la "Metodología para establecer el Presupuesto Máximo por EPS de Servicios Sociales Complementarios para los Regímenes Contributivo y Subsidiado" por usted solicitada, que se encontraba descrita en el artículo 6 "Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado" literal b: "Procedimientos y Servicios Complementarios" del proyecto de resolución, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Finalmente, manifiesta en sus observaciones que "(...) La metodología no fue discutida.", valiendo advertir por parte del Ministerio, que precisamente en la presente publicación se está discutiendo el tema, en cumplimiento del Numeral 8, Artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</p>
72	3	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art. 3, Numeral 21.	Definición Valor de Referencia (VR): ¿Cuál es el percentil?		<p>Respuesta 3:</p> <p>Al artículo 3, numeral 21. Valor de Referencia (VR), se aclarará que el Valor de Referencia (VR) para el caso de procedimientos y servicios complementarios corresponde al primer cuartil del valor por unidad del grupo relevante o del conglomerado en cada grupo relevante.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
73	4	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art. 3, Numeral 22.	No se conoce el cálculo del valor de referencia teniendo en cuenta que el valor de la factura es distinto.		<p>Respuesta 4:</p> <p>Se precisa que para el cálculo de Presupuesto Máximo para Procedimientos se tomó la base de datos de recobros/cobros de la vigencia 2018, con corte a junio de 2019 remitida por La ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Como ya se mencionó en la respuesta 2, la "Metodología para establecer el Presupuesto Máximo por EPS de Servicios Sociales Complementarios para los Regímenes Contributivo y Subsidiado", se reitera que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. Por un error tipográfico se mencionan los servicios complementarios con el término "sociales", el cual no corresponde y será ajustado.</p> <p>En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>De otra parte, para el cálculo del Valor de Referencia (VR), se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a La ADRES por el suministro de la tecnología en salud al paciente, y se estima el primer cuartil por cada grupo relevante.</p> <p>Es importante señalar que este Ministerio desde el 24 de diciembre de 2019 publicó la base de datos y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en la página web del ministerio en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> subsitio Otros Estudios</p>
74	5	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado. La Metodología para calcular los Presupuestos Máximos de cada EPS se determina de la siguiente manera: (...) B. Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios. i) Se toman las cantidades iniciales de cada Grupo Relevante Procedimientos y...	<p>Se enuncia que la metodología será Chain-Ladder para el cálculo de las cantidades ajustadas, pero no se explica cómo será la implementación de esa metodología.</p> <p>Se enuncia que se llevarán técnicas econométricas de panel pero no se identifica cuales serán (qué tipo de panel con qué efecto variable)</p> <p>Para el cálculo de Valor de Referencia de los procedimientos se estimó el primer cuartil (percentil 25) y no se tuvo en cuenta los demás cuartiles de la muestra, como si se tuvo en la metodología de Valor de Referencia (VR) en servicios sociales complementarios.</p>	<p>No se entiende como el mecanismo indica en su art. 5 que se recoge para el pago la información de los años 2015 a 2019; sin embargo, en esta metodología descrita en el art. 6 se hace referencia a la información reportada hasta el año 2018. Esta situación podría estar generando una desfinanciación en el cálculo de la metodología teniendo en cuenta que para el 2019 el gobierno asignó recursos por 4,1 billones de pesos que no serían considerados para el cálculo conforme a la metodología definida.</p>	<p>Respuesta 5:</p> <p>En cuanto a su inquietud referente a la implementación de la metodología Chain-Ladder, debe precisarse que la metodología es clara en mencionar que para el cálculo de las cantidades ajustadas se utilizaron los años 2015 a 2018 con corte 30 de junio de 2019. Esta metodología es de amplio reconocimiento y su forma de aplicación puede ser consultada en diferentes fuentes a través de internet (si se desea), no obstante, en proyecto de resolución se describe cómo se utiliza y cómo se aplica, lo cual se ve expresado en el presupuesto máximo.</p> <p>Respecto de la posible generación de una desfinanciación del Presupuesto Máximo, dado que en 2019 el Gobierno asignó \$4.1 billones, se debe aclarar que el total del presupuesto pagado incluye la vigencia corriente y las vigencias anteriores. Además, no es factible realizar la comparación planteada pues el Estado venía pagando valores ineficientes y dispersos, aspecto que a todas luces es insostenible, por ello se propone el valor máximo, aspecto que sin duda alguna muestra que no se va a mantener el estado actual de dicha ineficiencia.</p> <p>De otro lado, esta propuesta de presupuesto máximo, parte de las cantidades suministradas en la vigencia de 2018, aspecto que muestra que el efecto de los VMR es importante para lograr las eficiencias respectivas.</p> <p>Referente a su inquietud acerca de "técnicas econométricas de panel pero no se identifica cuales serán (qué tipo de panel con qué efecto variable)", para el cálculo de las cantidades delta de recobros/cobros por grupos relevantes, se utiliza la técnica econométrica de panel de datos con la información disponible de recobros/cobros de los años 2015 a 2018. Se identifica un modelo de datos panel con efectos fijos que permitió el cálculo del respectivo crecimiento delta se procede a estimar mediante técnicas econométricas las cantidades del delta para cada grupo relevante.</p> <p>Ahora bien, respecto al cálculo de los Valores de Referencia (VR) en Procedimientos y Servicios Complementarios, no es verdad que se usen cuartiles distintos para dicho cálculo, toda vez que se utilizó el primer cuartil en ambos casos, en lo cual se tuvo como insumo la información de los reportes antes mencionados. Es de aclarar sobre los "servicios sociales complementarios", que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p> <p>Sobre su inquietud relacionada con el cálculo del Valor de Referencia (VR), se aclara que en ningún caso la metodología de cálculo de valores de referencia contempla la selección de una muestra de datos. La información tomada para el cálculo de valor de referencia corresponde a los reportes realizados (base SIU_MYT) por las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y las demás entidades recobrantes por la prestación de tecnologías no incluidas en el PBSUPC.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
75	6	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 7	<p>Se mencionan medicamentos y APME, pero no se aclara si la metodología va a aplicar para procedimientos.</p> <p>El presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes debería considerar procedimientos.</p>	<p>En caso tal de que no se cuente con datos no solo se debe tener en cuenta para el ajuste el rango de meta para la inflación establecida, sino también factores asociados a la tasa de cambio y factores epidemiológicos.</p> <p>El presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes debería considerar procedimientos.</p>	<p>Respuesta 6:</p> <p>Sobre su comentario al artículo 7. Del presupuesto máximo para vigencias siguientes, efectivamente por error tipográfico no se incluyeron los procedimientos; dado lo anterior, se procederá a realizar el ajuste respectivo.</p> <p>Ahora bien, referente a su observación "(...) En caso tal de que no se cuente con datos no solo se debe tener en cuenta para el ajuste el rango de meta para la inflación establecida, sino también factores asociados a la tasa de cambio y factores epidemiológicos (...)", se aclara que en el evento que no se disponga de información del suministro y valores de los servicios y tecnologías en salud objeto del presente acto administrativo y para cada Grupo Relevante el Ministerio de Salud y Protección Social calculará el Presupuesto Máximo con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Adicionalmente, La ADRES para financiar posibles contingencias y desviaciones futuras descontará un 2.5% del valor del Presupuesto Máximo de la EPS que no envíe la información respectiva. La ADRES informará a este Ministerio el Presupuesto Máximo Final por cada EPS.</p> <p>Debe tenerse en cuenta, que los Valores de Referencia (VR) no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es exclusivo para efectos del cálculo de Presupuestos Máximos de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno.</p> <p>El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas.</p> <p>El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitiría el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta.</p> <p>Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>Sobre contemplar dentro de la metodología de Presupuestos Máximos los factores epidemiológicos, se aclara que las cantidades suministradas y reportadas al Ministerio por La ADRES como fuente de información base del cálculo, son reflejo de lo que requirieron los pacientes dada una enfermedad determinada, en tanto lo anterior, a partir de este concepto por EPS, se refleja la condición del país e incluye por supuesto la naturaleza del perfil epidemiológico.</p>
76	7	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 11.	<p>Se enuncia que se llevarán técnicas econométricas de panel pero no se identifica cuales serán (qué tipo de panel con qué efecto variable)</p>	<p>Este artículo dispone como beneficiarios de las cuentas maestras los prestadores, proveedores y las EPS, es necesario aclarar cuando y bajo que condiciones los prestadores y proveedores serían los beneficiarios de las cuentas maestras siguiendo el mecanismo de giro directo que existía bajo la figura del recobro.</p>	<p>Acerca de su observación del Artículo 11. Beneficiarios cuentas maestras del Presupuesto Máximo, se informa que se determinó eliminar este artículo del proyecto de resolución.</p> <p>Sobre su inquietud relacionada con las técnicas econométricas de panel, reiteramos lo señalado en la respuesta 5 en cuanto a que para el cálculo de las cantidades delta de recobros/cobros por grupos relevantes, se utilizó la técnica econométrica de panel de datos con la información disponible de recobros/cobros de los años 2015 a 2018. Se identifica un modelo de datos panel con efectos fijos que permitió el cálculo del respectivo crecimiento delta se procede a estimar mediante técnicas econométricas las cantidades del delta para cada grupo relevante. El detalle de la metodología y su uso se especifica en el Anexo 1 del proyecto de resolución, denominado "Análisis de Cantidades ajustadas en el cálculo de los Presupuestos Máximos."</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
77	8	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 12. Transferencia del Presupuesto Máximo. La ADRES deberá transferir a las cuentas maestras que para tal fin hayan constituido las EPS, de forma mensual, el 100% de los recursos definidos en el anexo 6 de la presente resolución. La transferencia se realizará dentro de los 10 días primeros días del mes según corresponda. La primera transferencia del primer mes después de la aprobación de la presente resolución podrá realizarse en el mes subsiguiente. En todo caso en la transferencia mensual respectiva la ADRES tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS.		Artículo 12. Transferencia del Presupuesto Máximo. La ADRES deberá transferir a las cuentas maestras que para tal fin hayan constituido las EPS, de forma mensual, el 100% de los recursos definidos en el anexo 6 de la presente resolución. La transferencia se realizará dentro de los 10 días primeros días del mes según corresponda. La primera transferencia del primer mes después de la aprobación de la presente resolución podrá realizarse en el mes subsiguiente. En todo caso en la transferencia mensual respectiva la ADRES tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS.  Parágrafo: A partir del segundo año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS. El 95% restante deberá ser invertido en la atención en salud de la población afiliada, debiendo para el primer año invertir para este propósito el 100% de los recursos.	Respuesta 8:  Sobre su propuesta de adicionar el párrafo del Artículo 12. Transferencia del Presupuesto Máximo, la misma no es procedente por cuanto el proyecto de resolución en el citado párrafo ya plantea claramente la disposición de recursos del Presupuesto Máximo, en cuanto a destinarlos a la cobertura de tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).  De manera complementaria, ha de tenerse en cuenta que el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación de tecnologías en salud no cubiertas por el PBS-UPC, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.  En cuanto a la disposición de los recursos del Presupuesto Máximo, es importante recalcar el objeto del proyecto de resolución, señalado en el "Artículo 1. Objeto. La presente resolución define la metodología del Presupuesto Máximo de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y fija el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de ambos regímenes, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), Procedimientos y Servicios Complementarios."  Adicionalmente, en el artículo 3 del proyecto de resolución, Definiciones, establece en el numeral 17., sobre la disposición de recursos: "Presupuesto Máximo: valor o Presupuesto Máximo Anual o Proporcional Anual que la ADRES transfiere a las EPS para que éstas 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 con propósito médico especial, procedimientos y servicios sociales complementarios.". Por un error tipográfico se mencionan los servicios complementarios con el término "sociales", el cual no corresponde y será ajustado.
78	9	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo	En caso tal de que se supere el Presupuesto Máximo, se debe tener una metodología clara de incremento para cumplir las necesidades del PBS.  ¿Qué sucedería en caso tal de que las EPS no anuncien el ahorro generado? ¿Si la EPS no reporta el ahorro generado, el giro quedaría bloqueado? ¿Qué sucede si el giro queda bloqueado?	Este artículo dispone un único incentivo financiero dejando de lado los temas principales en el marco de la triple meta principal pilar del Ministerio. La gestión en salud de la población, el efectivo acceso, lo resultados clínicos y la satisfacción del usuario (paciente) es fundamental a ser incluida entre los indicadores a medir por parte de las EPS y que no se incentive de manera exclusiva la contención en el gasto, los ahorros y las eficiencias financieras. (ver propuesta de artículo nuevo)	Respuesta 9:  Respecto a su primera observación sobre una eventual superación del Presupuesto Máximo, debe señalarse que el artículo 13 del proyecto de resolución contempla las diferentes medidas contingentes que deben surtir en situaciones donde se detecte este riesgo.  Así mismo, como parte de las disposiciones para la No superación del Presupuesto Máximo, debe considerarse que el proyecto de resolución agrega diversas medidas con el mismo propósito, tales como el comportamiento de las cantidades estableciéndoles punto de partida, variaciones entre periodos observados (Delta), así como estimaciones de prestaciones no conocidas (IBNR) y la responsabilidad de gestión del Presupuesto Máximo por parte de las EPS. En el mismo sentido, el proyecto de resolución tiene previsto en un artículo específico sobre las medidas de seguimiento, control y monitoreo de los recursos, a ser desarrollado por La ADRES.  Respecto a su segunda observación acerca del Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar el tema del ahorro de este artículo del proyecto de resolución.  Sobre su observación final al proyecto de resolución en cuanto a que en la misma se dispone "un único incentivo financiero dejando de lado los temas principales en el marco de la triple meta", debe advertirse que el Ministerio a través de la estrategia de Presupuestos Máximos no deja este aspecto de lado, toda vez que su enfoque es precisamente lograr la integralidad en la atención, sostenibilidad y equidad, haciéndolo parte de esta manera del conjunto de estrategias definidas en la Ley 1955 de 2019 (PND).

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
79	10	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art. 13. Numeral 3.  En caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuadas a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud.		Eliminar el numeral ya que podría dilatar el acceso a los usuarios por el tiempo de un proceso judicial.	Respuesta 10:  En cuanto a la propuesta de eliminar el Numeral 3 del Artículo 13., argumentando que se podría dilatar el acceso de los usuarios a las prestaciones en salud, la misma no procede, toda vez que la atención integral en salud, inclusive en los casos donde medie mandato judicial, corresponde a procesos que se surten de manera previa a la solicitud de revisión o ajuste del Presupuesto Máximo presentada por parte de la EPS, para la cual deberá demostrar haber adelantado la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del sistema.  Es así que, el Ministerio aclarará en el proyecto de resolución las actividades que deben surtir en dichas actuaciones judiciales, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, la 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.  Así mismo, se espera que en ejercicio de estas actuaciones la EPS o EOC realice 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 de Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de sistema de salud, entre otras.
80	11	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art. 13. Parágrafo 2. Las EPS deberán gestionar la eficiencia de los valores máximos de las Tecnologías a través de mecanismos de contratación diferentes a evento con la cadena de formación de valor	Complementar artículo.	Complementando este artículo, sugerimos que cuando se demuestra valor, se genere un mecanismo de incentivo o una prima por resultados.	Respuesta 11: Este Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución, que el presupuesto máximo pueda ajustarse en razón al cumplimiento de indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post que para el efecto establezca el Ministerio, buscando incentivar el logro de resultados en salud.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
81	12	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art 13. Parágrafo 3. Los actores que intermedien en la cadena de formación de valor no debe comprometer la gestión del valor máximo de las tecnologías de la presente resolución	¿Cómo funcionará el giro directo? ¿el giro directo se mantendrá vigente?	<p>Eliminar el parágrafo ya que no genera incentivos para eficiencias y generación de valor en la prestación de servicios. Beneficia tecnologías costo neutras o costo ahorradoras, pero no costo efectivas.</p> <p>Incluir indicadores de calidad clínicos y resultados en salud por usuario para evitar procesos de selección adversa. Generar metodologías o indicadores con ajustes de riesgo que permitan que en caso tal de que se genere un excedente, se mantenga la EPS o de lo contrario se genere una prima extra como incentivo a la buena gestión del riesgo del modelo de atención.</p>	<p>Respuesta 12: En cuanto a sus observaciones relacionadas con el giro directo de recursos de Presupuesto Máximo, se aclara que, este proyecto de acto administrativo no modifica las normas de giro directo, su alcance es definir el presupuesto máximo por EPS. En todo caso, se prevé establecer que el giro directo de recursos de Presupuestos Máximos aplique solo para el pago del valor del primer mes de tratamiento que requieran las personas que sean diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo; el valor del medicamento será recobrado por la EPS y asumido por la ADRES, quien realizará el giro directo a la IPS, previo registro del paciente en el SIVIGILA.</p> <p>Respecto a la propuesta de eliminar el parágrafo 3 del artículo 13, "Los actores que intermedien en la cadena de formación de valor no debe comprometer la gestión del valor máximo de las tecnologías de la presente resolución", el Ministerio, dentro de las medidas complementarias para la No superación del Presupuesto Máximo, tiene previsto ajustar su redacción enfatizando que las acciones que realicen las EPS en éste propósito, no pueden afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud que efectivamente requiera el paciente. En razón de lo cual, se deberá evaluar la efectividad de dichas tecnologías; así como la relación beneficio-riesgo y costo efectividad de las tecnologías. Este aspecto se encuentra contemplado en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, sin que se considere necesario ser reiterativo.</p> <p>Finalmente, en cuanto a su propuesta de incluir indicadores de gestión clínicos y resultados en salud por usuario, para evitar selección adversa, tal como se mencionó en la respuesta 11, inicialmente este Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, con el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.</p> <p>Adicionalmente, en el proyecto de resolución, es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>De otro lado, la gestión clínica aborda diferentes ámbitos como: la calidad, la seguridad del paciente, los procesos de cuidado individual, interrelación entre especialidades, y es propia, si se quiere, de cada individuo, abarca un espectro más amplio que la mera financiación de determinadas tecnologías en salud. Además, obedece a aspectos institucionales que la EPS puede desarrollar tales como: los modelos de atención, la práctica médica, y procesos administrativos como contratación de redes y auditorías, así como otros aspectos a considerar dentro de sus negociaciones, que redundan en la efectividad de los tratamientos. Con base en lo anterior, la gestión clínica supera el objeto de este proyecto de acto administrativo, siendo improcedente su propuesta.</p>
82	13	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo		<p>Se insiste la necesidad de excluir de esta norma los procedimientos en el entendido que se generan retos para los aseguradores y prestadores al tener diferentes modelos para la contratación de los procedimientos sabiendo que los procedimientos pueden tener inmersos prestaciones PBS, se propone que los procedimientos sean incluidos en el PBS, entendiendo que corresponden a menos del 10% del No PBS conforme con la información suministrada por el Ministerio de Salud en diversas ocasiones; y con esto se evitan inconvenientes en la implementación de los procesos.</p>	<p>Respuesta 13:</p> <p>Sobre su solicitud de excluir del Presupuesto Máximo los procedimientos en salud no financiados con cargo a la UPC, la misma no es procedente, en virtud de lo ya mencionado en la respuesta 1, y dado que se requiere avanzar en la profundización de la integralidad de la atención en salud.</p> <p>La propuesta de Presupuestos Máximos tiene como objeto avanzar en la integralidad de la atención a través de la modificación de la forma de transferir los recursos, en donde la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías en salud que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, las más costo efectivas y de mayor beneficio-riesgo, de forma tal, que se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, de forma integral con los recursos de UPC, sin perjuicio de la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
83	14	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios. A continuación, se relacionan los medicamentos y APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo: i) Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia. ii) Las tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC. iii) Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine este ministerio. iv) Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos. v) Las tecnologías expresamente excluidas a través de las resoluciones emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o aquellas que cumplan algún criterio establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015. vi) Los APME que no cumplan lo descrito en el párrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo. vii) Los Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios.	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios. A continuación, se relacionan los medicamentos y APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo: i) Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia. ii) Las tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC. iii) Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine este ministerio. iv) Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos. v) Las tecnologías expresamente excluidas a través de las resoluciones emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o aquellas que cumplan algún criterio establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015. vi) Los APME que no cumplan lo descrito en el párrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo. vii) Los Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios.	Este cambio en razón a que como se ha indicado se propone sean incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y hasta tanto eso suceda que siga el proceso de recobro con un plazo máximo para que se realice dicha inclusión.	Respuesta 14:  Respecto a su propuesta de incluir "(...) y dispositivos médicos." en el numeral vi. del mencionado artículo, no es procedente, toda vez que en la prestación de servicios de salud al interior del Sistema se debe tener en cuenta el principio de integralidad, dentro del cual todo aquello que es necesario e insustituible (dispositivos médicos) para la realización de un procedimiento, está incluido, siendo por demás ésta, la expresión de un plan implícito desde sus inicios, como ya se mencionó también en la respuesta anterior.  Sobre la observación planteada, es importante precisar que los procedimientos nuevos quedan excluidos del presupuesto máximo y la vía para que sean considerados al interior del Sistema corresponde a la establecida en la Resolución 3804 de 2016, "Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS".  En consonancia con lo anterior, este Ministerio tiene previsto incluir en el proyecto de resolución, Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Complementarios., un ajuste al numeral vi, en el que se señale que los servicios y tecnologías en salud nuevos en el país tendrán financiada la evaluación de tecnología en salud en su componente económico que realice el IETS con cargo a la ADRES.
84	15	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 20 y ANEXO 5	Para los CUPS que no están contemplados ni en PBS ni en esta resolución ¿Qué tratamiento se le dará? ¿Cuál será su mecanismo de reembolso? ¿Cuál será la periodicidad de actualización de la lista contemplada? ¿Bajo cuales criterios se actualizaría la lista? Si el reembolso se evalúa con un homologo, ¿cómo se evaluaría ese homologo? ¿cómo se define si es o no un homologo? ¿Quién define y con qué criterios se define un homologo?	Esta aclaración se realiza con el fin de tener claridad que si bien un producto nuevo si se encuentra en el plan universal, conforme a lo dispuesto en la ley estatutaria, tan solo que el pago lo realizará el ADRES conforme con lo dispuesto en el art. 20 del presente acto administrativo.	Respuesta 15:  Acerca de sus preguntas sobre el Artículo 20. Garantía de los demás Servicios y Tecnologías en salud, y el Anexo 5. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS del proyecto de resolución, vale precisar que en principio todos los CUPS hacen parte del Presupuesto Máximo tal como se expresa su definición contenida en el artículo 3., numeral 17 del proyecto normativo: "Presupuesto Máximo: valor o Presupuesto Máximo Anual o Proporcional Anual que la ADRES transfiere a las EPS para que éstas 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 con propósito médico especial, procedimientos y servicios sociales complementarios."  En desarrollo de lo antes señalado, el Artículo 18 del proyecto de resolución establece que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando en complementariedad, a los determinados en el Artículo 19., del proyecto de resolución sobre "Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios". Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.  En cuanto a su inquietud respecto a la actualización de la lista, en consideración a lo establecido en el Resolución 3495 de 2019, "Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS ", debe aclararse que en esta lista se describen los procedimientos en salud que se realizan en el país, siendo su uso obligatorio en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud, en todo el territorio nacional. Por lo tanto, la CUPS vigente corresponde a los procedimientos actualizados.  Tal como se mencionó en la respuesta 14, la vía para que los procedimientos nuevos y que no tengan homólogo o sustituto sean considerados al interior del Sistema corresponde a la establecida en la Resolución 3804 de 2016, que establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS.  Sobre su comentario relacionado con "(...) tener claridad que si bien un producto nuevo si se encuentra en el plan universal, conforme a lo dispuesto en la ley estatutaria, tan solo que el pago lo realizará el ADRES (...)", tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.  En cuanto a su observación al anexo 5, el detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
85	16	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 33. Combinaciones de tecnologías en salud. La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye las Tecnologías en Salud y los Servicios contenidos en el presente acto administrativo, cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas. Parágrafo. Si dentro de la combinación de Tecnologías en Salud y Servicios se requieren Tecnologías		Este artículo refleja la situación de la mayoría de casos en que un procedimiento recoge un servicio financiado con la UPC y otro que no lo esta, sin embargo, de la redacción no se deja claridad sobre lo que debería primar en materia de financiamiento de la prestación, por esta razón se insiste en la necesidad de incluir todos los procedimientos y dispositivos médicos bajo el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación.	Respuesta:  En lo atinente a su observación relacionada con el Artículo 33. Combinaciones de tecnologías en salud, Parágrafo, en cuanto a la falta de claridad en materia de financiamiento de la prestación incluida en el PBS o cubierta bajo el Presupuesto Máximo, la norma propuesta en el mencionado artículo define claramente que la combinación de Tecnologías en Salud y Servicios se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo. Estos requisitos de cobertura por uno u otro mecanismo están definidos en las normas que los regulan (Resolución 3512 de 2019 para el PBS, y el presente proyecto de resolución).  En cuanto a su propuesta de incluir al PBS las tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, excluyéndolos del proyecto de resolución de Presupuesto Máximo, la misma NO es procedente en razón a lo expuesto en las respuestas dadas a los Comentarios 1, 14 y 15.
86	17	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo nuevo	Artículo nuevo: Resultados en salud La presente resolución deberá incluir una revisión anual por parte del Ministerio de Salud o quien este designe sobre la gestión realizada por las EPS en materia de mejor sobrevida global y menor mortalidad prematura, conforme con los indicadores establecidos por la Cuenta de Alto Costo sobre las enfermedades priorizadas. Esta información deberá ser reportada al ADRES para que este genere un mecanismo de ajuste y distribución al presupuesto máximo por EPS reconociendo la mejor gestión en materia de indicadores en salud para la población afiliada.  Parágrafo: Este proceso enfocado en resultados de salud iniciará con las patologías de la Cuenta de Alto Costo sin perjuicio que a futuro se amplíe a las demás patologías objeto de gestión de riesgo en salud.	La metodología no prevé el seguimiento de resultados en salud y se limita solo a seguimiento financiero. Por esta razón, insistimos en la necesidad de crear los incentivos correctos para el uso eficiente de los recursos no PBS que serán entregados a los aseguradores, donde se premie la gestión clínica (pago por resultados) y la calidad.  Es necesario que esta metodología garantice que se está generando el mayor valor en salud por cada peso invertido, lo cual implica la medición de los resultados en salud Vs. el gasto.	Respuesta.  Sobre su propuesta de incluir un artículo nuevo referente a "Resultados en salud", el Ministerio de Salud y Protección Social tiene previsto incorporar al texto del proyecto de resolución un artículo que establezca que los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, diseñando mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta el uso eficiente de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
87	18	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo nuevo	Artículo nuevo: Mecanismo de ajuste y distribución al presupuesto máximo por EPS.	Se dispone la creación de un artículo que defina un proceso similar al proceso de compensación que realiza la Cuenta de Alto Costo ,como resultado del ajuste ex - post de la UPC basados en resultados clínicos. Este nuevo proceso podría estar en cabeza del ADRES que es el administrador de los recursos y el encargado de realizar los giros a las Cuentas Maestras.	Respuesta 18:  En cuanto a su propuesta de incluir un artículo nuevo sobre “Mecanismo de ajuste y distribución al presupuesto máximo por EPS.”, vale resaltar que fue el Ministerio de Salud y Protección Social quien diseño los mecanismos de ajuste ex post en atención a sus competencias, así mismo, tanto La ADRES como la Cuenta de Alto Costo (CAC) para estos efectos son ejecutores de la regulación del Ministerio. Se reitera lo señalado en la respuesta al comentario 17, en cuanto a que el Ministerio tiene previsto incorporar al texto del proyecto de resolución un artículo que establezca que los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, diseñando mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta el uso eficiente de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
88	19	26/12/2019	201942302082082	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo nuevo	Artículo nuevo final: Transición de la metodología. La metodología de Presupuesto Máximo Anual se propone como una metodología transicional mientras se logra la actualización integral del Plan de Beneficios en Salud, en un plazo máximo de 2 años, contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución.	Es necesario que de manera clara se precise que esta medida es un mecanismo transicional mientras se logra en un plazo máximo la actualización integral del PBS con cargo a la UPC y que a partir de ese momento se entenderá que esta metodología desaparece.	Respuesta 19:  La propuesta de Presupuestos Máximos es una estrategia que se diseña en el mecanismo de protección colectiva, y en virtud de ello y del conjunto de estrategias para lograr lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), no se requiere de un periodo de transición
89	1	26/12/2019	201942302082102	Bibiana Paola García Peña KAM de acceso	AstraZeneca Colombia	Artículo 5	Es importante que el proyecto de techos se inicie de manera adecuada impactando esta brecha de inequidad y se calculen dichos presupuestos sobre las frecuencias esperadas reales ya sea utilizando los históricos de la población contributiva como referente o haciendo las estimaciones teniendo en cuenta las condiciones epidemiológicas de acuerdo con prevalencias esperadas.	Solicitamos que nos aclaren por qué para el régimen subsidiado se tiene en cuenta únicamente el reporte de información de la plataforma PISIS y no se tiene en cuenta que para este régimen históricamente, por las condiciones de la no garantía de los pagos por parte de los entes territoriales, no se ha logrado garantizar el uso de tecnologías en salud no cubiertas por la UPC en términos calidad y oportunidad	Con respecto a su solicitud de realizar cálculos con “las frecuencias esperadas reales ya sea utilizando los históricos de la población contributiva como referente o haciendo las estimaciones teniendo en cuenta las condiciones epidemiológicas de acuerdo con prevalencias”, se le aclara que el propósito presupuesto máximo consiste en asignar unos recursos de carácter prospectivo a cargo de las EPS para que gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud, que hoy son observables y predecibles.  Es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017, 2018 y 2019), lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías, indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES o a los Entes Territoriales, así como variables que caracterizan intrínsecamente a la población junto con sus condiciones epidemiológicas.  Los Presupuestos Máximos Anuales desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establecen la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados, por consiguiente estas características dan respuesta así a las necesidades de los diferentes actores del SGSSS, como lo son los afiliados, las aseguradoras y el Estado.  En cuanto a su preocupación por los datos utilizados en Régimen Subsidiado, la información se requirió directamente a las Entidades territoriales y a las EPS, conformando una nueva base de datos con los servicios recobrados y el reporte de tutelas. No obstante, de llegar a existir variaciones significativas entre lo estimado y lo observado, el monitoreo, herramienta de gestión que propone este acto administrativo, ayudará a identificar las posibles desviaciones del presupuesto máximo en este régimen, garantizando la calidad y la oportunidad de la prestación de las tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.
90	2	26/12/2019	201942302082102	Bibiana Paola García Peña KAM de acceso	AstraZeneca Colombia	Artículo 11	Es importante hacer la aclaración de la continuidad o no del Giro directo para estas tecnologías, así como el proceso para garantizar el pago a las IPS y proveedores ya que no es claro en el Articulo 4 y solo se menciona que serían beneficiarios de las cuentas maestras.	Solicitamos se aclare si para las tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC objeto de esta resolución ya no se aplicaría el Giro directo.	Se aclara que, este proyecto de acto administrativo no modifica las normas de giro directo, su alcance es definir el presupuesto máximo por EPS, el cual es un flujo de recursos que mejorará la contratación integral.
91	3	26/12/2019	201942302082102	Bibiana Paola García Peña KAM de acceso	AstraZeneca Colombia	Artículo 13, numeral 4	Este numeral establece que las EPS deben priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud a financiar con recursos de la UPC pero por otro lado en el Artículo 21 parágrafo 2 establece : “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 (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos...”	Es de nuestro interés que el Ministerio aclare si para la elección de una terapia qué primara si la guía, el protocolo avalado o la priorización que haga la EPS de los medicamentos incluidos en la UPC. Lo anterior específicamente para los casos en los cuales por evidencia (Guías de práctica clínica) las tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC e incluidas en presupuestos máximos sean las primeras opciones de manejo .	El mecanismo de presupuesto máximo no vulnera la autonomía de la voluntad de los profesionales de la salud, ya que ellos podrán seguir prescribiendo de conformidad con lo que requiera el paciente, como lo hacen en la UPC, teniendo en cuenta las guías, protocolos, evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a todas las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, a través de diferentes mecanismos de protección del derecho a la salud (colectiva e individual), en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.
92	4	26/12/2019	201942302082102	Bibiana Paola García Peña KAM de acceso	AstraZeneca Colombia	Artículo 18	Es importante que en el Artículo 3 “definiciones” se incluya “norma farmacológica”.	No hay claridad sobre el concepto y se presta para múltiples interpretaciones por parte de los diferentes actores que intervienen en el proceso, así mismo consideramos que el proceso de implementación del artículo 72 debería ser aclarado y publicado previamente	Este proyecto de acto administrativo no modifica disposiciones dadas en otras normas, como es para norma farmacológica o lo relativo al mecanismo de puerta de entrada.  El concepto de norma farmacológica está presente en la Resolución 620 de 2002 de Invíma, el Decreto 677 de 2006 y la Resolución 3311 de 2018 de Ministerio de Salud, donde esta última presenta la definición así: “Norma farmacológica nacional: conjunto de condiciones y restricciones que establece y actualiza la comisión revisora del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), como requisito para considerar el uso terapéutico de un fármaco y de sus asociaciones permitidas en el país como seguro, eficaz y acorde con un balance riesgo/beneficio favorable en circunstancias de empleo racional.”Por lo anteriormente expuesto, no requiere ser incluido el concepto de norma farmacológica, este aplica para todos los actos administrativos que hagan referencia al tema y toman la comúnmente aceptada.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
93	5	26/12/2019	201942302082102	Bibiana Paola García Peña KAM de acceso	AstraZeneca Colombia	Artículo 20	"Garantía de los demás Servicios y Tecnologías en salud" Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC, diferentes a los que son objeto de la presente resolución y a los excluidos explícitamente de financiación con recursos públicos asignados a la salud, continuarán siendo garantizados a los afiliados bajo el principio de integralidad, y su reconocimiento y pago se efectuará en los términos de la Resolución 1885 de este Ministerio o la norma que la modifique o sustituya.."	Se solicita aclaración del proceso de recobro que aplica para ambos regímenes para las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC entendiendo que posterior a la publicación se han generado bastantes dudas al respecto desde los diferentes actores sobre todo en lo que concierne a régimen subsidiado	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.  Adicionalmente se ha publicado la Resolución 094 de 2020 en la cual se imparten lineamientos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados ambos regímenes por parte de la ADRES; resolución que podría ser modificada una vez entren a operar los presupuestos máximos.
94	6	26/12/2019	201942302082102	Bibiana Paola García Peña KAM de acceso	AstraZeneca Colombia	ANEXO 3	Solicitamos se revise el principio activo Budesonida (ID 284) en forma farmacéutica solución o suspensión para inhalación el cual quedo con un precio por mcg de \$1,196 lo que equivale a una reducción de -94% frente al precio de venta para el medicamento Pulmicort comercializado por AstraZeneca	Al revisar las bases de datos publicadas en Julio de 2019 como anexos del borrador de Resolución de VMR para el principio activo Budesonida y en revisión de las bases del INVIMA se encuentra que en mercado existen al menos tres concentraciones diferentes con la misma forma farmacéutica con registro vigente las cuales listamos a continuación:  • Timalar 50 mcg Suspensión para nebulizar o inhalación por 200 dosis • Budesynt 40 mg Suspensión para nebulizar o inhalación por 200 dosis • B-cort 50 mcg Suspensión para nebulizar o inhalación por 200 dosis • B-cort 200 Suspensión para nebulizar o inhalación por 120 dosis  Teniendo en cuenta que en la información publicada no hay registro del CUM, marca o descripción que permita la identificación del producto corrimos el siguiente ejercicio para Budesonida (Pulmicort 0,5mg por ml ampolla por 2 ml)  1. Se filtró en la base publicada la columna "cantidad principio activo" 2. Se filtraron los que tienen como dato 1000 mcg que corresponde a la concentración total del producto Pulmicort  3. Se dividió el valor total entre la cantidad recobrada obteniendo como resultado el siguiente promedio de valor unitario para cada vigencia.  Año Presupuesto de Valor unitario	Los valores de referencia no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. Los valores de referencia tienen como objeto ser utilizados para el cálculo del presupuesto máximo. Sin embargo, dada su solicitud se revisará el valor de referencia de la Budesonida y si hay lugar a ello se realizará el respectivo ajuste que verá reflejado en la nota técnica, documento en el cual el Ministerio ha determinado incluirlos valores de referencia para evitar generar confusión frente al articulado de la metodología.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
95	1	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 2. Campo de aplicación.	<p>El proyecto de resolución representa un acto contradictorio a algunos de los artículos de la ley estatutaria en salud. El objeto de la ley 1751 de 2015 menciona que "la ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección". Sin embargo, el proyecto de resolución no incluye ninguna metodología que contemple cuales serán los mecanismos de protección para que el afiliado pueda acceder a tecnologías de calidad y no solamente seleccionadas por ser las de menor precio.</p> <p>Además, el artículo 5 de la ley estatutaria en salud menciona en el literal J "Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio". □</p>	<p>Incluir dentro de la política farmacéutica metodologías que contemplen la calidad de las tecnologías No PBS para ser seleccionadas no solamente favorece el acceso de los afiliados, sino que también estimula en los diferentes actores del sistema de salud la búsqueda e implementación de sistemas de gestión clínica integral en pro de lograr mejores resultados en salud.</p> <p>La metodología utilizada para establecer los valores de referencia de cada grupo de tecnología no tiene en cuenta variables de calidad de las tecnologías en salud. Por este motivo el proyecto de resolución no evita las inequidades de acceso y no asegura la calidad de las tecnologías que ofrecerán las EPS, IPS y gestores farmacéuticos</p>	<p>En cuanto a su afirmación que este "proyecto de resolución no incluye ninguna metodología que contemple cuáles serán los mecanismos de protección para que el afiliado pueda acceder a tecnologías de calidad y no solamente seleccionadas por ser las de menor precio", se le aclara que, el Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1955 de 2019 en el artículo 241, plantea los incentivos a la calidad y los resultados en salud para los que se diseñará e implementará un mecanismo de pago por resultados en salud, con un sistema de información, seguimiento y monitoreo basado en indicadores trazadores, lo cual trasciende a todo el sistema de salud y las diferentes formas de financiación. Para efecto de lo dispuesto en este artículo, La ADRES, podrá girar los recursos que se determinen por este mecanismo a las IPS, en función de los resultados en salud que certifique la EPS.</p> <p>La mencionada iniciativa contenida en el Plan de Desarrollo, incluyendo el artículo 240, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) el afianzamiento de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la Ley 1955).</p> <p>El presupuesto máximo determina la financiación de tecnologías en salud teniendo en cuenta la calidad como primer parámetro de importancia, como lo expresa el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 al dar la obligación a las EPS de garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios. Sin embargo, y gracias a los comentarios recibidos por diversos actores del SGSSS, se incluirán texto en el sentido que los presupuestos máximos se puedan ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS y donde el ministerio pueda diseñar mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del SGSSS.</p> <p>Por último, a su solicitud de "dentro de la política farmacéutica metodologías que contemplen la calidad de las tecnologías No PBS (...)", se aclara que uno de los propósitos de la Política Farmacéutica radica en controlar la calidad de los productos que son comercializados en el país, lo cual es realizado por INVIMA, por lo que su solicitud trasciende el alcance los presupuestos máximos.</p>	
96	2	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 3. Definiciones	<p>En la definición de grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME menciona: "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" hace falta especificar cuáles características son las que se contemplan y cual es el motivo de selección de estas.</p>	<p>Se sugiere buscar una metodología en la que se contemplen características similares en composición, concentración y especificidad para macro y micronutrientes. La metodología solo contempla estado de hidrólisis de proteína y aporte de kilocalorías). Mas adelante se adjuntan comentarios en anexo 4.</p>	<p>Se precisa que en la nota técnica de presupuesto máximo se incluirá la definición de cada una de las categorías previstas en la metodología de definición de grupos relevantes, para una mejor comprensión de los criterios técnicos que se tuvieron en cuenta.</p> <p>Para la clasificación de los APME, inicialmente se creó una base de datos paralela con los APME con corte a 31 de diciembre de 2018 de los codificados en las tablas de referencia MIPRES con sus respectivos registros sanitarios, estandarizando las siguientes variables para la presentación de los valores de referencia: nombre del producto, posibles nombres, unidad de medida, UMC, presentación, categoría y grupo relevante. La UMC corresponde en este caso a la presentación comercial del producto y la categoría se realiza de acuerdo con las características de los nutrientes, composición y uso específico; en total se conformaron ocho categorías que podrán consultarse en el acto administrativo. Por su parte, el grupo relevante se determina atendiendo a la Categoría + unidad_de_medida + presentación. También se considera el número de titulares por grupo relevante, autorizados por INVIMA.</p> <p>En relación con los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME, se aclara que los criterios para el otorgamiento de registros sanitarios, como alimentos para propósito médico especial fueron definidos en el año 2016 conjuntamente con el Invima, de manera que hoy en día los productos que cumplen con los criterios de la definición cuentan con su respectivo registro sanitario como APME; algunos muy pocos que se encuentran en MIPRES, que aunque cumplen con los criterios de APME, no tienen tal descripción en el registro sanitario y se encuentran en proceso de actualización del mismo ante la entidad competente que es el Invima.</p> <p>Finalmente, el listado de APMES se encuentra en el INVIMA y puede ser accedido a través de su página web, la cual permite las consultas de registros sanitarios, así mismo revisar los productos de interés de cualquier ciudadano.</p>	
97	3	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo.	<p>Para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la Base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios sociales complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES.</p> <p>Es para resaltar, que en el año 2015 no se aplicaba la clasificación de APME para recobrar por lo que no es un año que se deba tener en cuenta. En 2015 se recobraban ALIMENTOS autorizados por CTC no APMES.</p>	<p>Contemplar el recobro de APMES de 2015 puede generar mayor dispersión de precios, pues lo que se recobraba en esa vigencia corresponde a ALIMENTOS más no APMES. El requerimiento de ser clasificado como APME se da en 2016 y por lo tanto debe ser la primera vigencia para tener en cuenta haciendo que la dispersión de precios no sea tan importante y generando mayor homogeneidad.</p> <p>Adicionalmente, la clasificación APME requiere contar con indicaciones patológicas específicas por lo que, en las vigencias planteadas, especialmente 2018 y 2019 hay más cantidad de APMES nuevos con un desarrollo técnico mayor con el fin de cubrir necesidades nutricionales de personas con enfermedades crónicas o de alto costo. Esto se debe tener en cuenta a la hora de plantear los grupos relevantes más aún cuando no se ha terminado de recobrar 2018 y muchos productos nutricionales quedaron por fuera de los recobros.</p>	<p>Con relación a las bases de datos de valores recobrados en los Alimentos para propósito médico especial, reiteramos que las fuentes de información para este proceso fueron: la base de datos de los recobros/cobros en estado aprobado que correspondan al periodo de referencia con el último corte de información disponible (esto es el periodo de referencia comprende tres vigencias, entre el 1 de enero a 31 de diciembre de los años 2015, 2016, 2017 y 2018) y 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; y para la conformación de los grupos relevantes se tiene en cuenta el listado de Registros Sanitarios de Alimentos para propósito médico especial.</p> <p>Finalmente, se precisa que el Valor de Referencia (VR) debe ser único para todos los productos de soporte nutricional del mismo grupo relevante según corresponda, 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.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
98	4	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, numeral 1, deberes de las EPS	<p>"En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia"</p> <p>No es claro como las EPS deben ajustar los valores de referencia cuando exista riesgo de sobrepasar el presupuesto.</p>	<p>Las negociaciones con las EPS o gestores farmacéuticos deberían realizarse desde el inicio teniendo en cuenta los valores de referencia y las EPS deben gestionar a la población que requiere las tecnologías. No es viable hacer nuevas variaciones de valores de referencia durante la vigencia del 2020 ya que operativamente es imposible realizar revalorizaciones de inventarios y cartera por parte de los proveedores, gestores farmacéuticos, IPS, EPS.</p>	<p>Con respecto a su inquietud se aclara que, la información de valores de referencia incluidos en el proyecto de acto administrativo no se constituyen per se en una regulación de precios, por cuanto los valores presentados son específicos para el cálculo y surgen a partir de la información reportada por las EPS a La ADRES en las facturas recobradas, y la EPS está en la obligación de monitorear su presupuesto máximo a fin de solicitar la respectiva revisión a La Adres, entidad que realizará los ajustes a los valores de referencia.</p> <p>Con base en lo anterior y frente a su sugerencia que dice: "Las negociaciones con las EPS o gestores farmacéuticos deberían realizarse desde el inicio teniendo en cuenta los valores de referencia", se insiste en que no hace parte de presupuesto máximo regular los pactos entre aseguradora y prestadores; sin embargo, plantea varias opciones encaminadas a no superar el presupuesto máximo, sin perjuicio de la garantía de una atención integral para los pacientes según lo requieran, como son: gestión respecto de modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.</p>	
99	5	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 13, parágrafo 1	<p>Los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta el valor de referencia o el valor máximo de recobro de la presente resolución; adicionalmente, las EPS deberán considerar ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el Presupuesto Máximo no se supere.</p> <p>No es claro como los agentes de la cadena deben tener en cuenta los valores de referencia de las tecnologías, ¿podrán seguir estableciendo diferentes valores de intermediación sin un tope de este?, ¿Los proveedores entonces deben contemplar un valor de venta aún menor al de referencia?</p>	<p>Dentro de la política farmacéutica, el gobierno podría regular al gestor farmacéutico o intermediario. No debería ocurrir que además del valor de referencia, los proveedores deban también asumir el valor de intermediación, aún más cuando para este no hay un límite regulado.</p> <p>Se propone que las EPS realicen nuevos modelos de contratación, ¿Cuánto del presupuesto máximo puede destinarse a contratación de terceros evitando el pago por evento No PBS sin que este valor sea asumido únicamente por el proveedor?</p>	<p>Con respecto a sus inquietudes se aclara, así:</p> <p>¿Podrán seguir estableciendo diferentes valores de intermediación sin un tope de este? Y ¿los proveedores entonces deben contemplar un valor de venta aún menor al de referencia?</p> <p>Se reitera que los valores de referencia no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. En conclusión, los valores de intermediación no son objeto de este acto proyecto administrativo.</p> <p>¿Cuánto del presupuesto máximo puede destinarse a contratación de terceros evitando el pago por evento No PBS sin que este valor sea asumido únicamente por el proveedor?</p> <p>Dado que se recibieron múltiples observaciones con respecto a los mecanismos de contratación diferentes a evento, se ajustó el proyecto de acto administrativo en el entendimiento que se puede contratar por evento y que las EPS administrarán los recursos de presupuesto máximos, dentro de la gestión del riesgo, con las formas de contratación que a bien consideren y se encuentren vigentes en la normatividad.</p>	
100	6	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 16. Acceso	<p>Se podría especificar bajo que mecanismo se va a garantizar el acceso a las tecnologías No PBS que las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no limiten, restrinjan o afecten el acceso a las tecnologías en salud que necesiten los afiliados.</p>	<p>El ministerio podría contemplar un mecanismo en el que se asegure que las EPS e IPS permitan el acceso a todas las tecnologías que necesiten los afiliados. Existe preocupación en que el incentivo para los aseguradores y prestadores sea únicamente económico y por lo tanto a las tecnologías que puedan acceder los afiliados sean únicamente las de menos costo que no necesariamente son de mejor calidad o que generen mayor valor terapéutico.</p>	<p>En relación con la solicitud de modificar lo concerniente al incentivo económico y en virtud de la observación de la posible restricción del acceso a las tecnologías en salud de mejor calidad, se informa que este tema se eliminará. De otra parte, siguiendo el artículo 241 del Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1955 de 2019, se incorporará en el texto un inciso con el fin de realizar ajustes ex-post por resultados en salud en el marco de la integralidad de la prestación de servicios, es decir, integrando las fuentes de financiación pues los resultados en salud son el resultado de un conjunto de acciones que no dependen exclusivamente de esta fuente de financiación.</p>	
101	7	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 18, numeral 3	<p>Todos los Alimentos de Propósito Médico Especial están incluidos en el presupuesto máximo. Sin embargo, en caso de desarrollo de nuevos productos, ¿deben clasificarse en los mismos grupos relevantes y con el mismo precio?, ¿Qué pasa si su composición o indicación es innovadora y la mejor forma de clasificarlo no es la contemplada en el presente acto administrativo?</p>	<p>Se sugiere contemplar un mecanismo de evaluación de los grupos relevantes de APME que incluya una reclasificación de nuevos productos con el fin de no impedir la innovación y desarrollo de nuevas tecnologías.</p> <p>Las tecnologías incluidas en los presupuestos máximos están contempladas dentro de grupos relevantes hechos de manera retrospectiva, no se tiene en cuenta la innovación, el desarrollo y generación de nuevas tecnologías.</p>	<p>Las categorías para la conformación de los grupos relevantes de APME están incluidas en el anexo del acto administrativo y son amplias para abarcar las composiciones actuales. En los casos donde se tenga un producto que no se ajuste a dichas categorías, será el Ministerio quien adelante la revisión.</p>	
102	8	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 19.	<p>El literal vi cita: "Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo".</p> <p>Sin embargo, el artículo 22 del acto administrativo no tiene parágrafo 3.</p>	<p>La referencia de parágrafo y artículo no corresponde.</p>	<p>Dados los comentarios recibidos por diferentes actores del SGSSS sobre la inconsistencia en el texto del artículo 22 parágrafo 3, esta ha sido corregida.</p>	
103	9	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 19. parágrafo	<p>La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), determinará los procesos, procedimientos y auditorías para reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto</p>	<p>Este proceso debería estar incluido en el presente acto administrativo.</p>	<p>El pasado 28 de enero, se expidió la Resolución 094 de 2020, "por la cual se imparten lineamientos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES", en la cual se hace referencia a: i) la implementación de un Sistema de Monitoreo por Alertas (SAA) de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC con cual identifica, analiza y verifica el comportamiento y los resultados de los procesos y agentes intervinientes en la prescripción, prestación, suministro y facturación de dichos servicios y tecnologías, y ii) el desarrollo del proceso de verificación, control, reconocimiento, pago, liquidación y giro de aquello que no sea financiado con el presupuesto máximo o la UPC.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
104	10	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 22. Indicaciones autorizadas	<p>"La financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo excepciones descritas en este acto administrativo que incluyan su financiación con cargo al Presupuesto Máximo"</p> <p>1. ¿Esto aplica también para Alimentos de Propósito Médico Especial teniendo en cuenta que el INVIMA ya autoriza unas indicaciones especiales?</p> <p>2. ¿Los productos nutricionales prescritos para indicaciones diferentes a las contempladas en el registro sanitario no deberán ser pagados por las EPS a los gestores o IPS?</p>	<p>La indicación actualmente se tiene en cuenta para el registro sanitario y el presente acto administrativo contempla tenerla en cuenta para determinar el financiamiento. De esta manera también debería contemplarse en la prescripción e incluirse en el artículo 21 del presente acto administrativo.</p>	<p>La prescripción de medicamentos es para aquellos autorizados junto con sus indicaciones autorizadas; por el contrario, en el caso de APME solo proceden los que estén autorizados por Invima y por tratarse de alimento no hay una indicación terapéutica. El presupuesto máximo no vulnera la autonomía de los profesionales mientras sea acorde con las guías de práctica clínica, protocolos de manejo y evidencia científica disponible.</p> <p>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.</p>
105	11	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 31. Concordancia entre la prescripción y la dispensación	<p>El artículo solo es específico para cantidades de medicamentos. No tiene en cuenta APMES ni la autonomía del profesional.</p> <p>1. ¿Por qué no se contempla también para alimentos de propósito médico especial?</p>	<p>Los prescriptores y ordenadores pueden prescribir alimentos de propósito médico especial con especificación según categoría Mipres (incluyendo indicación patológica) y cantidades según necesidad del paciente o vía de administración. Por lo tanto, el artículo debe incluir que la autonomía profesional debe respetarse y el dispensador no puede modificar las cantidades o presentación comercial.</p>	<p>La prescripción u ordenamiento de alimentos para propósito médico especial a través de Mipres, no considera "indicación patológica", se reitera que este criterio no procede para los APME, aunque su prescripción debe corresponder a los registros sanitarios de APME y ser producto de soporte nutricional para personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales y capacidad alterada para ingerir, digerir, absorber, metabolizar o excretar determinados nutrientes o metabolitos de los mismos.</p> <p>El presupuesto máximo no vulnera la autonomía de la voluntad de los profesionales de la salud, ya que ellos podrán seguir prescribiendo de conformidad con lo que requiera el paciente, como lo hacen en la UPC, teniendo en cuenta las guías, protocolos, evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a todas las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, a través de diferentes mecanismos de protección del derecho a la salud (colectiva e individual), en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>No hay lugar a la modificación sugerida, en tanto que no es el objeto del presente acto normativo.</p>
106	12	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Disposiciones finales.	<p>La transitoriedad establecida en la norma no es suficiente para poder llevar a cabo los cambios necesarios a nivel operativo por proveedores, IPS, gestores farmacéuticos.</p>	<p>Para la entrada en vigor del acto administrativo se requiere realizar revaloración de inventarios y negociaciones especiales que no pueden realizarse en un periodo de tiempo tan corto. Se sugiere una transitoriedad aproximada de 6 meses.</p>	<p>No es posible acceder a un periodo de transición, por una parte porque, es menester la implementación de presupuestos máximos para el uso de recursos de la salud con mayor eficiencia y control; por otra parte es un proceso que se ha socializado y trabajado con el conjunto de actores del SGSSS desde 2019, por tanto, todos ya conocen y están en alistamiento para la entrada en rigor de este acto.</p>
107	13	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 2. Paso 1: estandarización.	<p>No se tienen en cuenta todas las características descritas en la estandarización propuesta en el acto administrativo: "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".</p>	<p>La estandarización no contempla la categoría de los productos conforme a las características de los nutrientes, la composición y el uso específico (autorizado por el INVIMA).</p> <p>Únicamente se tiene en cuenta el valor calórico y el estado de hidrólisis de la proteína. Se sugiere incluir en la estandarización el resto de los aspectos contemplados como: características de los nutrientes (proteína, carbohidratos, lípidos, micronutrientes) y uso autorizado por el INVIMA.</p>	<p>La estandarización de cada grupo relevante fue de acuerdo con las características de los nutrientes, composición y uso específico, lo cual se relaciona en la tabla de categorías en la respuesta de dicho comentario.</p>
108	14	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 2. Paso 5: cálculo del VR en UMC	<p>La definición del valor de referencia dependerá del número de oferentes que hay en el grupo relevante, así:</p> <p>1. Si en el grupo relevante hay un solo oferente, el VR para este grupo será el percentil diez (10) del valor en UMC.</p> <p>Si en el grupo relevante hay dos o más oferentes, el VR para este grupo será el percentil veinticinco (25) del valor en UMC</p>	<p>Se sugiere describir de donde surge la decisión de tomar como referencia estos percentiles.</p> <p>1. Si en el grupo relevante hay un solo oferente, el VR para este grupo será el percentil diez (10) del valor en UMC.</p>	<p>Con relación a la sugerencia de describir el origen de los percentiles, este Ministerio para la construcción de la metodología de cálculo de valores de referencia informa que la selección de los percentiles se realizó de acuerdo al número de oferentes del grupo relevante, lo cual no realiza distinción alguna entre los grupos relevantes respecto a la fijación del estadístico de tendencia central o de posición que define el valor de referencia, sino disminuir la alta dispersión identificada en los recobros por Unidad Mínima de Concentración (UMC) aun cuando para cada grupo relevante el conjunto de presentaciones comerciales que lo conforman comparten la misma característica. Siguiendo este contexto, en el percentil diez para el caso de los grupos relevantes con un único oferente, se encontró que existen recobros con un valor inferior o igual a este percentil, identificando lo mismo para los grupos relevantes con dos o más oferentes, que tienen asignado el percentil 25 como valor de referencia.</p> <p>Es importante resaltar que, el percentil seleccionado busca propender por un uso racional de los recursos que simultáneamente permita una alineación con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS, en concordancia con el artículo 5 de la Ley 1966 de 2019, donde se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el SGSSS, que reza: "En ningún caso la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), podrá reconocer y pagar servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC, salvo los recursos destinados al saneamiento de pasivos estipulado en la presente ley, cuando estos sean superiores a los valores y techos máximos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de una metodología que tenga en cuenta los valores recobrados o cobrados, y considerando incentivos por el uso eficiente de los recursos (...)".</p> <p>En conclusión, no se acepta la sugerencia.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
109	15	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 4. Listado de los valores de referencia de alimentos con propósito medico especial- APME	<p>La clasificación de los grupos relevantes adoptada para APMES no es coherente con la definición que se da en el acto administrativo: "Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME: corresponde al conjunto de alimentos para propósito medico 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".</p> <p>El documento no especifica el corte de densidad calórica que se tuvo en cuenta. Los 13 grupos relevantes establecidos en el anexo no tienen en cuenta la concentración y especificidad de los macronutrientes como proteína, lípidos y carbohidratos. Tampoco se hace relevante el aporte de micronutrientes y mucho menos el uso específico para las indicaciones patológicas. La clasificación planteada no contempla factores de calidad nutricional que deben tenerse en cuenta para determinar el valor terapéutico del manejo nutricional.</p>	<p>Para establecer grupos relevantes según la composición calórica, concentración y especificidad de macro y micronutrientes se debe contemplar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar los valores para normo calórico (iso-calórico), hipocalórico e hipercalórico de manera diferenciada para fórmulas lácteas de lactantes y para fórmulas de soporte nutricional. En nutrición clínica ESPEN (1) define las fórmulas normocalóricas como aquellas que tienen una densidad calórica de 0,9 a 1,2 Kcal/ml. Por fórmulas hipercalóricas se entiende aquellas con densidad calórica superior a 1,2 kcal/ml. Las fórmulas hipocalóricas corresponden a aquellas con menor densidad energética, es decir &gt;0,9 kcal/ml.</li><li>• Los ingredientes a partir de los cuales están elaboradas las fórmulas nutricionales son de diversas calidades y costos. El uso de ingredientes que representan un beneficio clínico para las personas eleva los costos.</li></ul> <p>Proteína: el documento no hace diferencia entre fórmulas normoproteicas e hiperproteicas, desconociendo así que es el nutriente de mayor relevancia en la generación de resultados clínicos y un determinante principal en el costo de las fórmulas nutricionales.</p> <p>Para considerar la clasificación de productos según su contenido de proteína, en el ámbito de nutrición se aceptan como fórmulas hiperproteicas aquellas donde la proteína aporta el 20% o más del valor calórico total (VCT) (1). También el Ministerio de Salud contempla una categoría de productos de alta proteína.</p>	<p>Para la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los APME, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir los VR basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017 a los recursos públicos de la salud.</p> <p>Este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) por parte de La ADRES para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como son los APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los APME en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional y de que cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes; es por ello por lo que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado según sus principales características nutricionales. El agrupamiento no es criterio para determinar el valor terapéutico del manejo nutricional como lo menciona en su comentario.</p> <p>Se precisa que en la nota técnica de la resolución definitiva se incluirá la definición de cada una de las categorías previstas en la metodología de definición de grupos relevantes, para una mejor comprensión de los criterios técnicos que se tuvieron en cuenta, en ellos se evidencia que los productos denominados como hipercalóricos, se basan en criterios de contenido de proteína superior al 20 % de su aporte total de calorías y así mismo se comprenderá cuales productos estarían en cada grupo relevante.</p>
110	16	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 4. Listado de los valores de referencia de alimentos con propósito medico especial- APME	<p>La categoría 10: fórmula polimérica hipercalórica tiene un valor de referencia que no corresponde a los precios actuales del mercado.</p>	<p>Se sugiere revisar valor de referencia final.</p>	<p>Realizada la validación del valor de referencia el Ministerio de Salud y Protección Social mantiene el valor de referencia para el grupo relevante ID "11 - Fórmula polimérica hipercalórica en unidad de mililitro" en \$38,09, para el grupo relevante ID "2 - Fórmula especial para enfermedades huérfanas en unidad de mililitro" en \$154,95. Estos datos aparecerán en la nota técnica.</p> <p>Una vez excluidos los registros de los valores atípicos en UMC en aplicación de la metodología, quedan un total de 155.862 registros para el grupo relevante ID "11 - Fórmula polimérica hipercalórica en unidad de mililitro" y para el grupo relevante ID "2 - Fórmula especial para enfermedades huérfanas en unidad de mililitro"- quedan un total de 919 registros.</p> <p>Los siguientes son los índices de precios tomados para llevar a precios constantes del año de vigencia 2020 los valores recobrados del respectivo año corriente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De acuerdo con la variación del IPC serie histórica publicada por el Banco de la República:<ul style="list-style-type: none"><li>o Para 2016: 1.057</li><li>o Para 2017: 1.041</li></ul></li><li>• De acuerdo con la inflación esperada dentro del marco fiscal de mediano plazo:<ul style="list-style-type: none"><li>o Para 2018: 1.033</li></ul></li><li>• De acuerdo con la meta de inflación establecida por el Banco de la República:<ul style="list-style-type: none"><li>o Para 2019: 1.030</li><li>o Para 2019: 1.031</li></ul></li></ul> <p>Es importante reiterar que, el procesamiento de la base de datos descrita fue realizado en el software de minería de datos IBM SPSS Modeler 18.2 y la generación del resultado de VR fue realizado en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.</p>
111	17	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 4. Listado de los valores de referencia de alimentos con propósito medico especial- APME	<p>La clasificación contempla únicamente si la presentación del producto es líquida o polvo.</p>	<p>Se sugiere contemplar más la calidad y aporte nutricional independientemente de la forma de presentación. Adicionalmente, quisiéramos aclarar por qué se contempla una clasificación por presentación y no por características de los nutrientes o usos específicos de los productos cuando esto fue lo indicado en el artículo 3 del acto administrativo.</p>	<p>En el comentario 2 se describe claramente el lineamiento técnico de los grupos relevantes para APME.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
112	18	31/12/2019	201942302096282	Karina Del Pilar Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 6. Presupuest o máximo por EPS de la vigencia 2020 para el régimen contributivo	Los valores de presupuesto máximo por EPS cambiarían al contemplar diferentes grupos relevantes en cada grupo de tecnologías No PBS.	En el caso de APME, contemplar grupos relevantes con mayores similitudes en cuanto a composición nutricional e indicación patológica cambiaría los valores de referencia y por lo tanto los presupuestos máximos. Tener en cuenta un peso mayor para las cantidades iniciales de grupos relevantes de productos por patologías de alto costo o patologías crónicas en cada EPS según su perfil epidemiológico permitiría establecer un presupuesto mas acertado a la población afiliada.	En el comentario 2 se describe claramente el lineamiento técnico de los grupos relevantes para APME.  En relación con su apreciación de las cantidades iniciales, la metodología es homogénea para todo el Sistema y no por EPS, al final arroja valores a transferir para cada EPS según el histórico reportado de los recobros/cobro que trae implícito las condiciones epidemiológicas de la población afiliada a las EPS.
113	1	27/12/2019	201942302084122	Marcela Contreras Gómez Asesora Jurídica	Asociación Colombiana de Pacientes con Enfermedades de Depósito Lisosomal - ACOPEL	Artículo 5 (fuentes de información para el cálculo de presupuesto o máximo) y 6 (metodología para establecer el presupuesto o máximo para cada EPS en los regímenes contributivo y subsidiado)	Respecto a las fuentes de información y los insumos utilizados para la fijación del presupuesto máximo anual consideramos que no se puede basar en los recobros tal y como está establecido en la resolución sino que se debe establecer que los cálculos se realicen desde los servicios ordenados en estos años de referencia, teniendo como insumos por ejemplo las prescripciones MIPRES y las correspondientes a formatos de contingencia y en el caso del régimen subsidiado las ordenes y los formatos de justificación No Pos en los años en que aún no estaba establecido el MIPRES para este régimen.	El generar el cálculo desde los recobros y plataformas de las vigencias de los años 2015 a 2019 arrojaría un valor muy por debajo a lo que realmente corresponde en servicios de salud que requieren los pacientes, pues los recobros solo corresponden a servicios suministrados y no ordenados, de esta manera se estarían realizando cálculos con base en las ineficiencias del sistema.	La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores, proviene del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, esto es información de la ADRES, de los entes territoriales y de las EPS-S, más los datos de fallos de tutela, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrado, en otras palabras, lo suministrado. A partir de la implementación del presupuesto máximo la información contenida en los módulos de MIPRES será la que se considere para los efectos.  Es preciso señalar que, la información con la que se realizaron los cálculos es suficiente y válida, sirve para aplicar la metodología de presupuestos máximos, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo.  Adicionalmente se aclara que, los cálculos se realizan con base en la fecha de prestación de servicios y no en la fecha de radicación, aspecto en el que estamos de acuerdo con usted.
114	2	27/12/2019	201942302084122	Marcela Contreras Gómez Asesora Jurídica	Asociación Colombiana de Pacientes con Enfermedades de Depósito Lisosomal - ACOPEL	Artículo 13	1) Se debe anexar en este artículo. No obstante siempre se debe garantizar el resultado en salud.  2) Se debe realizar modificación del numeral 2 de este artículo en lo correspondiente a los ahorros, esto es no otorgar el 40 % a las EPS.	Si bien es cierto que en el artículo se establece la No superación del presupuesto máximo, es necesario que se indique que bajo ninguna circunstancia esto debe afectar la prestación de los servicios de salud que requieren los pacientes pues de lo contrario estaríamos teniendo un retroceso en la garantía del derecho a la salud de los colombianos por temas económicos.  2. Consideramos que el 40% restante de los ahorros no debe ser destinado a alimentar recursos de las EPS pues son dineros de destinación específica para la prestación de los servicios de salud.  Acorde a como está planteado en la norma se incentiva el ahorro, pero se deja abierto a que ese ahorro se genere desde la contención del gasto retrasando la prestación de los servicios o suministrando tratamientos incompletos a los pacientes.	En cuanto a garantizar el resultado en salud con la aplicación del presupuesto máximo, se informa que en esta metodología tiene previsto el realizar ajustes Ex-post de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.  En relación con la solicitud de modificar lo concerniente al tema de ahorros y en virtud de la observación de un posible incentivo de barreras de acceso, se le comunica que se acoge la solicitud, y en tanto lo anterior este tema se elimina.  El presupuesto máximo no afectará la prestación de los servicios, por cuanto que el artículo 240 de la Ley 1955 a la letra dice: "En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio", aspecto que recoge este acto administrativo en los considerandos y en lo referente al deber que las aseguradoras tienen de garantizar el acceso a las tecnologías y servicios en salud que requiere el paciente, toda vez que implemente acciones para prevenir la superación del presupuesto máximo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
115	3	27/12/2019	201942302084122	Marcela Contreras Gómez Asesora Jurídica	Asociación Colombiana de Pacientes con Enfermedades de Depósito Lisosomal - ACOPEL	Artículo 18	<p>Se debe corregir el numeral 2 y 3 del artículo con el fin de que se establezca la necesidad de verificación por parte del IETS de medicamentos que no se hayan comercializado en el país y de esta manera determinar la superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica pero no solo los no incluidos en norma farmacológica sino los que vayan a ingresar con el mismo principio activo.</p> <p>Se debe fijar el término que tendrá el IETS para realizar la evaluación correspondiente.</p> <p>Antes de que entre en vigencia la norma se deben establecer los criterios que tendrá en cuenta el IETS para determinar la superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica, esto es un manual para que esta entidad pueda hacer</p>	<p>Solicitamos sea tenido en cuenta este punto con el fin de garantizar que los medicamentos que se vayan a comercializar en el país y las EPS adquieran para el tratamiento de los pacientes sean de calidad y no vayan a ser cambiados sus medicamentos actuales por otros de inferioridad terapéutica así tengan el mismo principio activo, debe ser una obligación para todos los casos antes de que el medicamento quede fijado dentro del presupuesto máximo.</p>	<p>Para aquellos medicamentos que ingresen al país (los no comercializados) y que no tengan alternativa terapéutica, deberá presentarse por el interesado la respectiva evaluación de tecnología ante el IETS para su verificación, valoración de superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica. Entre tanto, se tienen los resultados este será financiado con presupuesto máximo.</p> <p>Adicionalmente, dadas sus inquietudes se procedió a realizar ajustes en la redacción que incluyan: i) mediar una evaluación de tecnología en salud, ii) el tiempo destinado a la evaluación será de 3 meses, iii) el IETS, ADRES y el ministerio definirán la metodología y iv) la propuesta de valor de la tecnología.</p>
116	4	27/12/2019	201942302084122	Marcela Contreras Gómez Asesora Jurídica	Asociación Colombiana de Pacientes con Enfermedades de Depósito Lisosomal - ACOPEL	Artículo 19	<p>Se incluya dentro de los medicamentos no financiados con cargo al presupuesto máximo los correspondientes a enfermedades huérfanas.</p>	<p>Desde Acopel hacemos esta solicitud de manera especial teniendo en cuenta los siguientes argumentos:</p> <p>1) De acuerdo a la ley estatutaria de salud las EH tienen un manejo diferencial y una protección especial de acuerdo al artículo 11 de esta ley.</p> <p>2) Estas enfermedades son muy difíciles de diagnosticar, de tratar y por ende de prospectar un recurso para garantizar la atención total a toda la población que la padece.</p> <p>3) Al quedar dentro de los presupuestos máximos se generarían muchas más barreras de acceso a las ya existentes frente a nuevas tecnologías.</p> <p>4) Se generaría afectación a pacientes con otras enfermedades teniendo en cuenta que para algunas de estas EH los tratamientos son de muy alto costo.</p>	<p>Es preciso señalar que, si bien el proyecto de Presupuesto Máximo es parte de la profundización del derecho a la salud, no es la única estrategia. En el caso de enfermedades huérfanas, el ministerio ha desarrollando una estrategia que involucra el refinamiento del diagnóstico junto con la definición de pruebas estándar de oro y la definición de rutas. El Ministerio ha decidido dejar explícito que aquellas tecnologías en salud para pacientes que ya estén siendo tratados se financien con presupuesto máximo y que los nuevos casos sean financiados por La ADRES. Así se garantizan los tratamientos tanto para los pacientes prevalentes como para los nuevos casos.</p> <p>Se debe señalar que, los pacientes nuevos deberán estar o ser inscritos en el censo respectivo, vía SIVIGILA.</p>
117	5	27/12/2019	201942302084122	Marcela Contreras Gómez Asesora Jurídica	Asociación Colombiana de Pacientes con Enfermedades de Depósito Lisosomal - ACOPEL	Artículo 40	<p>Se deben colocar como indicador de seguimiento, control y monitoreo de los recursos los resultados en salud por lo menos teniendo en cuenta indicadores como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oportunidad en el diagnóstico.</li><li>• Oportunidad en el inicio del tratamiento.</li><li>• Continuidad en el tratamiento.</li></ul> <p>- Se debe establecer un término en el que la ADRES publicará el resultado del seguimiento y monitoreo a los presupuestos.</p>	<p>En la mayoría del articulado se evidencia la exigencia a las EPS del ahorro y la mejor gestión al presupuesto máximo pero es fundamental que estos resultados exigidos no sean superiores a la necesidad de exigir la calidad en los servicios de salud pues no aceptamos un panorama en que las EPS bajen la calidad de los servicios y medicamentos que requieren los pacientes, sin importar las implicaciones en su salud con el fin de generar el mayor ahorro y de esta manera cumplir el monitoreo realizado</p>	<p>De una parte, se reitera lo dicho previamente acerca de la incorporación de un texto que permita incentivar la calidad a través de ajustes Ex-post por resultados en salud, teniendo en cuenta indicadores como los que usted menciona, en el marco de la integralidad de la prestación de servicios; es decir, integrando las fuentes de financiación, pues los resultados en salud son el producto de un conjunto de acciones que no dependen exclusivamente de esta fuente de financiación.</p> <p>La periodicidad de publicación de los resultados del seguimiento, control y monitoreo de La ADRES será mínimo cada tres meses.</p> <p>Por otra parte, se reitera lo dicho en la respuesta al comentario 2 en relación con el tema de ahorros y se acoge la solicitud.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
118	1	27/12/2019	201942302084462	Juan Tellez , MD	Medtronic	CUPS 209604 - IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA.	<p>1. Como vimos, este código CUPS agrupa 3 tipos diferentes de dispositivos de conducción ósea con técnicas quirúrgicas diferentes, ya que hay un dispositivo de conducción ósea cutáneo no implantable cuyo valor promedio de recobro es de \$12 a \$13 millones de pesos, el dispositivo de conducción ósea transcutáneo no activo (Sophono) el cual requiere implantación quirúrgica cuyo valor promedio incluyendo el procedimiento y el dispositivo es de \$44 millones de pesos y el último es un dispositivo de conducción ósea transcutáneo activo cuyo valor supera los \$50 millones. Por lo tanto nos queda como tarea a través de la asociación Colombiana de Otología sugerir la creación de un CUPS que diferencia este dispositivo según la técnica quirúrgica de implantación.</p> <p>2. Se sugiere muy respetuosamente que para procedimientos con código CUPS 209604, se construya la nota técnica con los promedios o la media de valor de recobro, ya que con la técnica actual, se pueden excluir los valor de los dispositivos de conducción ósea transcutáneos activos y no activos, ya que tienen un valor mucho más alto que los dispositivos cutáneos.</p> <p>3. Aclarar en el texto de la norma , sobre todo para las EPS, que los precios techo por procedimiento no son por ningún motivo los precios máximos a negociar con las IPS y que en algunos casos como el CUPS 893911 el valor de referencia es el precio de venta.</p>		<p>Preguntas 1 y 2</p> <p>Respecto del código CUPS 209604 que el valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales.</p> <p>Pregunta 3, 4 y 5</p> <p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p>
119	1	27/12/2019	201942302085942	Agustin Lopez Gomez Health Economist Analyst / Reimbursement Andean Region	Medtronic	CUPS 893911 MONITORIZACION CONTINUA DE GLUCOSA.	<p>En este procedimiento se incluye el monitoreo personal de autogestión del paciente y monitoreos profesional permanente, cuya tecnología es diferente y por ende su costo.</p> <p>Es de aclarar que para pacientes diabéticos de alto riesgo de hipoglucemia (Tipo I y Tipo II no controlados) requieren de monitoreo profesional permanente ya que las hipoglucemias nocturnas serán detectadas y generarán una alarma automáticamente al profesional de la salud evitando la muerte por hipoglucemia o la hospitalización y sobre costos que generaría la detección tardía de esta condición.</p> <p>En consecuencia, solicitamos aclarar en el valor de referencia del CUPS 893911 MONITORIZACION CONTINUA DE GLUCOSA del Anexo 5 con un asterisco o llamado de atención con el siguiente texto propuesto:</p> <p>"El valor de referencia para este CUPS 893911 MONITORIZACION CONTINUA DE GLUCOSA tendrá variabilidad en su precio dependiendo si es profesional permanente o por autogestión del paciente".</p>		<p>En atención a su solicitud, respecto del código CUPS 893911 el valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales.</p> <p>La metodología para el cálculo de los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Cabe señalar que el valor de la unidad que se publica es el valor de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos, por lo que no aplica el planteamiento respecto de aclarar el anexo.</p> <p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>Los ajustes o modificaciones a códigos o descripciones de la CUPS deben tramitarse según lo dispuesto en la Resolución 3804 de 2016</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
120	1	27/12/2019	201942302088822	Paola Báez Castiblanco Abogada Coordinadora Jurídica	MEDIHUMAN A COLOMBIA S.A. / COCHLEAR SUCURSAL COLOMBIA / MEDINISTOS S.A.S. / DISORTHO S.A.	PAG 105: ID 205 209604 IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA \$ 12.360.401,32 : ID.206 209606 IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE OIDO MEDIO	El valor de referencia no corresponde al valor de precio de mercado	1. Es posible que se tomara como base información dispersa no estadísticamente significativa, ya que la Base de Recobros de ADRES involucra procedimientos completos y parciales de forma simultánea (Implantación de sistema completo, Cambio de procesador, u otros factores.) 2. Se podría incurrir en una barrera de acceso para los pacientes que lo requieren, ya que es imposible para los proveedores y las IPS cubrir con este valor un mínimo del valor del dispositivo, esto afectaría gravemente el mercado de insumos médicos y es probable que al no haber proveedores que vendan bajo el precio establecido por el Ministerio, se incrementen las acciones de tutela, ocasionando un sobre costo adicional 3. El Ministerio de Salud en notas aclaratorias a la prescripción de ADRES, sugiere que las actualizaciones de procesadores se prescriban con el mismo código CUPS de el procedimiento inicial (Ver anexo, 201742301437242 Conceptos generales de resolución 1132 de 2017.) 4. Se recomienda consultar compradores inteligentes del mercado tales como las EPS principales quienes adquieren los dispositivos para procedimientos iniciales y su mantenimiento o actualización posterior.	Con relación a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  En razón a lo anterior, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes, y por tanto, no es procedente afirmar que para el cálculo de los Presupuestos Máximos se tomó información dispersa.  Por otra parte, es preciso indicar que este acto administrativo en ningún caso se constituye en una barrera de acceso; al contrario, crea las condiciones para que efectivamente los pacientes puedan tener disponibilidad sin dilaciones (giro ex ante, facilita la programación, entre otras).  Así las cosas, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud; quien entre otras cosas debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Adicionalmente, es evidente que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) ostentan hoy la función de la gestión integral de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y de los recursos que hoy la ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.  Para finalizar, se debe aclarar que el Presupuesto Máximo se define por cada Empresa Promotora de Salud (EPS) por todos los servicios y tecnologías en salud que haya prestado; por lo tanto, la gestión del recurso será competencia de la misma.	
121	1	30/12/2019	201942302088872	Paola Báez Castiblanco Abogada Coordinadora Jurídica	Medinistros	PAGINA 105, ID 204 IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PARA CONTINENCIA URINARIA, \$27.797.07 9,68	El valor de referencia no corresponde al valor de precio de mercado	1. Es posible que se tomara como base información dispersa no estadísticamente significativa, ya que la Base de Recobros de ADRES involucra procedimientos completos y parciales de forma simultánea. 2. Se podría incurrir en una barrera de acceso para los pacientes que lo requieren, ya que es imposible para los proveedores y las IPS cubrir con este valor un mínimo del valor del dispositivo, esto afectaría gravemente el mercado de insumos médicos. 3. Se recomienda consultar compradores inteligentes del mercado, tales como las EPS principales quienes adquieren los dispositivos para procedimientos iniciales y su mantenimiento o actualización posterior.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  En razón a lo anterior, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes, y por tanto, no es procedente afirmar que para el cálculo de los Presupuestos Máximos se tomó información dispersa.  Por otra parte, es preciso indicar que este acto administrativo en ningún caso se constituye en una barrera de acceso; al contrario, crea las condiciones para que efectivamente los pacientes puedan tener disponibilidad sin dilaciones (giro ex ante, facilita la programación, entre otras).  Así las cosas, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud; quien entre otras cosas debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Adicionalmente, es evidente que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) ostentan hoy la función de la gestión integral de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y de los recursos que hoy la ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.  Para finalizar, se debe aclarar que el Presupuesto Máximo se define por cada Empresa Promotora de Salud (EPS) por todos los servicios y tecnologías en salud que haya prestado; por lo tanto, la gestión del recurso será competencia de la misma.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
122	1	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	CONSIDERANDO, PARRAFO 2	Debe acelerarse la actualización del PBS, en tanto que la Ley estatutaria 1751 de 2015 ordena al Estado promover la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, así como también la constitución propiamente el goce efectivo del derecho fundamental de salud	el presente proyecto de resolución solo presenta una solución de corto plazo en el marco de la agenda de contención de gasto y no atiende a la voluntad del legislador y de la corte constitucional que en reiteradas ocasiones ha manifestado la determinación de actualizar el PBS. En consecuencia, se solicita la inclusión de un parágrafo transitorio del articulado que determine que la medida será temporal mientras se realiza una actualización integral del PBS con cargo a la UPC.	Para dar respuesta a su comentario es necesario precisar que, el Sistema de Salud garantiza el derecho fundamental a la salud de conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 (Ley estatutaria de salud) a través de la prestación de tecnologías en salud o servicios complementarios, estructurados sobre una concepción integral de la salud, incluye la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas, así como el acceso a las prestaciones de salud por medio de, principalmente, tres mecanismos de protección:  a) El mecanismo de protección colectiva (mancomunando riesgos individuales) cubre las prestaciones de salud que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) y se encuentran descritas en el texto de la Resolución 5857 de 2018 y sus anexos: 1. Listado de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, 2. Listado de procedimientos en salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y 3. Listado de procedimientos de laboratorio clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Estos beneficios son garantizados por las EPS, con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).  b) El mecanismo de protección individual comprende el conjunto de tecnologías en salud y servicios complementarios que no se encuentran descritos en el mecanismo de protección colectiva, pero que están autorizados en el país por autoridad competente (INVIMA, Resoluciones de: clasificación única de procedimientos en salud -CUPS-, de habilitación, y otras). Este mecanismo financia dichas prestaciones por medio de las entidades territoriales para los afiliados al Régimen Subsidiado y de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para los afiliados al Régimen Contributivo a través de la gestión de las EPS; en ningún caso son financiados con recursos de la UPC. (Ver Resoluciones 1479 de 2015, 2438 Y 5871 de 2018 para el Régimen Subsidiado, y Resolución 1885 del 10 de mayo de 2018 para el Régimen Contributivo). En el siguiente enlace podrá consultar las tecnologías en salud financiadas por este mecanismo <a href="https://tablas.sispro.gov.co/TestMIPresNopbs/ModTest/Mipres.aspx">https://tablas.sispro.gov.co/TestMIPresNopbs/ModTest/Mipres.aspx</a> .  c) El mecanismo de exclusiones, establecido como protección del derecho fundamental a la salud mediante el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, mediante el cual se establece que no serán financiadas con recursos públicos asignados a la salud aquella tecnología o servicio que cumplan con alguno de los siguientes criterios: 1. su finalidad es cosmética o suntuaria no relacionada con la capacidad funcional o vital, 2. no tengan evidencia de seguridad, eficacia o efectividad clínicas, 3. su uso no esté autorizado por autoridad competente (INVIMA, CUPS), 4. Aún se encuentren en fase de experimentación o 5. Sea prestada en el exterior. (Ver resoluciones 330 de 2017 y 244 de 2019).  Debe entenderse entonces, que los mecanismos de protección se actualizan periódica y sistemáticamente garantizando que todas las tecnologías en salud (que no se consideren excluidas) están financiadas y se prestan a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.  Teniendo en cuenta lo anteriormente enunciado, la actualización de los beneficios a los ciudadanos se realiza vía exclusiones, por tanto y en virtud de que el procedimiento es público, la invitación es a realizar nominaciones para la exclusión de tecnologías, considerando la Ley Estatutaria 1751 de 2015, proceso que se efectúa del 1 de marzo al 30 de abril de cada año.  Por lo expuesto no se acoge la propuesta de inclusión del parágrafo transitorio que precise que el presente proyecto normativo es transitorio.	
123	2	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	CONSIDERANDO, PARRAFO 10	El considerando debe incluir y hacer primar las disposiciones relacionadas con el derecho fundamental a la salud, el respeto a la autonomía médica y la prestación de un servicio con calidad y solidaridad como principios del sistema	Es indispensable que, en un escenario de contención de gasto como el que plantea el presente proyecto de resolución y mediante el establecimiento de presupuestos máximos, prima el principio de eficiencia, pero también de universalidad y solidaridad entre todos los actores del sistema. Lo anterior implica el respeto a la autonomía médica, el acceso a servicios y tecnologías de calidad y la solidaridad entre los usuarios del sistema, independiente de su capacidad de pago.	El propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud no cubiertas por la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.  Por tanto, no es posible predicar que el presupuesto máximo o prospectivo atenten contra la progresividad, el acceso de los pacientes a las tecnologías, y la autonomía médica o que se esté fijando un tope a la cobertura. Lo anterior no se predica del derecho vía UPC, no puede entonces predicarse de la presente iniciativa; pues se están equiparando el estado de las cosas a las condiciones de la UPC. Así, la gestión de las EPS se verá fortalecida y en dicho sentido el paciente tendrá disponibilidad y accesibilidad a las tecnologías que requiera según su necesidad para la atención integral, siendo con ello profundizada la progresividad en el derecho. El presente proyecto normativo tampoco restringe la prescripción del médico tratante.  El presente acto administrativo esta en función de la garantía del derecho fundamental a la salud y los considerandos desarrollan varios de los lineamientos de la Ley Estatutaria de Salud, por lo que no se acoge la propuesta.	
124	3	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 1	Antes de la expedición de la presente resolución, se deben publicar los listados de los presupuestos de ambos regímenes (contributivo y Subsidiado) para contar con información suficiente y clara sobre el presupuesto con el cual se contara, pero sobre todo para garantizar la equidad y transparencia con los pacientes.	El objeto del proyecto de Resolución incluye la definición de la metodología del presupuesto máximo para los regímenes contributivo y subsidiado y fija los valores de transferencia a las EPS o EOC. En la presente resolución no se publica el listado de presupuestos del régimen subsidiado y dentro de la misma sólo de incluyen los valores basados en los precios definidos para servicios y tecnologías no PBS del régimen contributivo. En aras de la calidad y transparencia de la regulación se sugiere que se publique antes de la expedición de la presente resolución, los listados de los presupuestos de ambos regímenes, para así, contar con la información suficiente y clara sobre el presupuesto con el cual se cotará, pero sobre todo para garantizar la equidad y transparencia con los pacientes.	En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución. Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes. Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  En el tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.  La información correspondiente a las bases de cálculo se encuentra disponibles en el link <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> .	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
125	4	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 4	<p>En Línea con la solicitud anterior, y guardar coherencia con el objeto del proyecto de Resolución y su finalidad, debería incluirse el Anexo del presupuesto máximo a financiar medicamentos, APME, procedimientos y servicios sociales complementarios por EPS de la vigencia 2020 para el regimen subsidiado.</p> <p>2. incluir dentro de los anexos un historico de los recursos de cobros/ recobros realizados con cargo al régimen contributivo para determinar el presupuesto máximo para servicios y Tecnologías no PBS</p>	<p>En concordancia con el objeto del proyecto de resolución que se refiere a los presupuestos máximos para el regimen contributivo y subsidiado, el presente artículo debería incluir como Anexo el presupuesto máximo a financiar medicamentos, APME , Procedimientos y servicios sociales complementarios por EPS de la vigencia 2020 para el régimen subsidiado, ya que solo presenta el del contributivo y se refiere en su objeto a ambos. Así mismo, se propone incluir dentro de los anexos un historico de los recursos de cobros/recobros realizados con cargo al régimen contributivo para determinar el presupuesto máximo para servicios y Tecnologías no PBS esto con el fin de tener un presupuesto que permita el acceso a la innovación y unos presupuestos mas equitativos que no desconozcan el historico del gasto. Para efectos del cálculo del presupuesto máximo se sugiere sea 1 (un) año despues de la centralización y manejo de los recursos por parte de la ADRES, con el fin de contar con información confiable.</p>	<p>La base para el cálculo de los valores de referencia y de los presupuestos máximos a transferir a cada EPS se encuentra disponibles en el link <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>.</p> <p>Los valores de referencia se encuentran publicados dentro de la metodologia para los dos regímenes. Se considera un nuevo acto administrativo que contendga el presupuesto máximo a transferir por EPS para la vigencia 2020 para el Régimen Contributivo y que incluya la información de presupuesto máximo para EPS del Régimen Subsidiado.</p> <p>Respecto de su solicitud de calcular el presupuesto máximo después de un año de la centralización y manejo de recursos por parte de la ADRES, con el fin de contar con información "confiable"; se informa que la fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrados en otras palabras los suministrado.</p> <p>Es preciso señalar que la información es suficiente válida y que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recupera (radica) cerca del 97% del valor respectivo, lo anterior quiere decir los cálculos no arrojarían un valor muy por debajo de la realidad son precisos, válidos y suficientes. A la letra dice: ..." los cálculos se realicen desde los servicios ordenados en estos años de referencia".</p> <p>A propósito se reitera que el cálculo de los Presupuestos Máximos de la vigencia de 2020 se realiza para el Régimen Contributivo con la información reportada por parte de La ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. La información que reporta La ADRES corresponde a las Bases de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019.</p> <p>En cuanto al Régimen Subsidiado, los Presupuestos Máximos se calcularon 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 tutelas del régimen subsidiado que hace ADRES a este ministerio.</p> <p>Sobre los servicios sociales complementarios se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES.</p>
126	5	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 6, Literal A, Subliteral III	<p>se requiere incluir el año 2019 como fuente de información las bases de datos de recobro/cobro reportadas por la ADRES para el cálculo de las cantidades del delta</p>	<p>Las cantidades del delta deben contar con información lo mas precisa posible para hacer una adecuadaproyección de los presupuestos máximos y los valores de transferencia de las EPS o EOC, de manera que, para este ejercicio sea lo mas preciso y actual posible se sugiere vincular como fuente de información las bases de datos de recobro/cobro reportadas por la ADRES las correspondientes a los años 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019.</p>	<p>La Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social. Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos escasos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura al compararlos con las vigencias anteriores que ya tienen dicha auditoría. De tal manera que se consideró apropiado el uso de la doble suma del Delta de manera aritmética en el cálculo del presupuesto máximo de 2020, con el propósito de mantener un crecimiento razonable que garantice el espíritu de racionalización de los recursos escasos. No obstante, se evaluará la pertinencia de usar un esquema de crecimiento compuesto para el cálculo del presupuesto máximo en mención.</p>
127	6	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 7 (primero propuesto, ya que estan enumeradas dos posiciones diferentes con el mismo número en el borrador)	<p>Se sugiere determinar el percentil 50 del valor per capita de las EPS que tienen asignado un presupuesto máximo, en ausencia de información de recobros/cobros.</p>	<p>Con relación el presupuesto máximo para EPS que no tiene recobros/cobros, se sugiere determinar el percentil promedio para este caso es del 50, en tanto que no se cuenta con la información suficiente que dé cuenta de los argumentos técnicos para la asignación de este valor del percentil.</p>	<p>No se acoge la respuesta ya que tomar el percentil 50 del per cápita sería un estímulo al no reporte de información. Por el contrario se pretende que la totalidad de los actores hagan un reporte oportuno, completo y suficiente de la información que requiera este Ministerio.</p>
128	7	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 7 (segundo propuesto, ya que estan enumeradas dos disposicion es diferentes con el mismo número en el borrador)	<p>se debe precisar en el proyecto de resolución en que casos no se puede obtener la información del suministro de medicamentos y APME, para que el presupuesto de cada EPS o EOC se ajuste con base en el punto medio del rango meta de la inflación.</p>	<p>Frente al ajuste del presupuesto máximo por EPS o EOC para las vigencias siguientes, es necesario precisar en que casos no se puede obtener la información del suministro de medicamentos y APME, en tanto que el Ministerio ha reiterado en repetidas ocasiones (incluyendo ejercicios regulatorios anteriores) que, dispone de información completa de la ADRES la cual se entrega de manera mensual.</p>	<p>En concordancia con el artículo 42, La ADRES y este ministerio recibirán la información según el detalle, calidad y periodicidad que se defina para tal fin.</p> <p>Ahora bien, en caso de no ser enviada la información por parte de las EPS en la oportunidad requerida o con las especificaciones solicitadas, el Presupuesto Máximo por EPS, para las vigencias siguientes, se define determinando el percentil 25 del valor per capita de las EPS que tienen asignado presupuesto maximo el que resultaria dedividir el presupuesto maximo sobre su población afiliada, utilizando como fuente la BDUA o la compensacion de la vigencia . Se realizarán ajustes al texto en procura de mejor claridad.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
129	8	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 8 Literal i	Para Calcular el Pér Capita de traslado por EPS mensual, se sugiere que la determinación de este resulte de dividir el presupuesto Máximo de la EPS sobre la sumatoria resultante de la multiplicación de la población afiliada de cada EPS según su <u>patología</u> por el ponderador de la estructura de costos de la UPC según corresponda el régimen.	La anterior propuesta, se hace en virtud de que resulta mas eficaz para el sistema hacer este cálculo teniendo en cuenta la patología, en tanto que, esta incluye la siniestralidad por paciente y disminuye la probabilidad de generación de barreras de acceso al efectivo goce de la salud.  Adicionalmente, la multiplicación por grupo de riesgo (edad y Sexo) no brinda los elementos suficientes para el cálculo de un per cápita que no tiene en cuenta las particularidades de cada paciente y de tratamiento de cada <u>enfermedad</u> .	El presente proyecto normativo definió la metodología que no contempla un cálculo per cápita. El modelo está construido por un delta nacional que no considera un ajuste por patología. Entre tanto y siendo consecuentes con la metodología para el cálculo de presupuestos máximos, para los traslados aplica lo dispuesto en el literal i) dela artículo 8, sin realizar ajuste por patología.  Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.
130	9	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 11	Incluir a todos los actores del sistema de salud como beneficiarios de las cuentas maestras y de los pagos directos	Se propone que todos los actores del sistema de salud (donde se encuentran los laboratorios farmaceuticos) sean incluidos explícitamente como beneficiarios de las cuentas maestras y de los pagos directos, en tanto que, tambien son prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud.	Respecto a sus inquietudes planteadas al Artículo 11. Beneficiarios cuentas maestras del Presupuesto Máximo se determinó eliminar tanto el artículo 10 como el artículo 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.  No obstante, en cuanto a su propuesta, vale señalar que el proyecto de resolución contempla tales medidas en el Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos. A partir de las cuales 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
131	10	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 12	Se sugiere delimitar claramente que la transferencia del primer mes despues de la aprobación del presente proyecto de resolución podrá realizarse en el mes subsiguiente por única vez.  A su vez, se propone eliminar un texto que a juicio nuestro se prestaría para malinterpretación de la norma.	En términos de las transferencias del presupuesto máximo, se considera que debe delimitarse claramente que la transferencia del primer mes despues de la aprobación del presente proyecto de Resolución podrá realizarse en el mes subsiguiente por única vez.  Esto debido a que, la redacción se prestaría para interpretaciones erróneas en donde se abre la puerta para que la transferencia se pueda hacer indefinidamente en el mes subsiguiente, contrariamente cuando el espíritu de la norma busca hacer uso eficiente y organizado de los recursos.  Por lo anterior, se sugiere la siguiente eliminación dentro del texto y la corrección del parágrafo Transitorio como se presenta a continuación.  Artículo 12. Transferencia del presupuesto Máximo. La ADRES debiera Trasferir a las cuentas maestras que para tal fin hayan constituido las EPS, de forma mensual, el 100% de los recursos definidos en el anexo 6 de la presente resolución. La transferencia se realizara dentro de los 10 días primeros días del mes según corresponda. <u>La primera transferencia del primer mes después de la aprobación de la presente resolución podrá realizarse en el mes subsiguiente (..)</u>  Paragrafo transitorio: <u>La primera transferencia del</u>	En atención a varias observaciones de los actores se consideró realizar ajuste a los lineamientos para transferencia del Presupuesto máximo donde se aclara que la ADRES debe transferir el 100% de los recursos de presupuesto máximos dentro de la vigencia fiscal respectiva, de forma mensual; precisando que para el primer mes de traslado puede realizarse al finalizar el respectivo mes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
132	11	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 13	Eliminar el numeral 1.	Con relación al numeral en mención, que se refiere al ajuste de los valores de referencia para cada presupuesto máximo, se considera que esta determinación claramente afecta de definición de los servicios y tecnologías calculados en previas regulaciones y pone en riesgo la seguridad del paciente. Por todo lo anterior, y en vista de ser inconstitucional en tanto que las EPS no tienen la competencia de revisar y ajustar los valores de referencia, se propone eliminar esta disposición.	<p>En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Ante el riesgo identificado de una superación de presupuestos máximos y en consideración a que los valores de referencia son una función de los precios observados en el ejercicio de recobro/cobro de cada EPS ante el SGSSSS, realizar los ajustes a tales valores, es una de las opciones a las que hay que recurrir para minimizar el riesgo. Se advierte que no es la única opción ni significa de ninguna manera que se ponga en riesgo la seguridad del paciente o se modifiquen las tecnologías y servicios que se deben garantizar a los pacientes.</p> <p>El propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud no cubiertas por la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>La gestión de los recursos asignados e implementar estrategias en función de la optimización de los mismos, por parte de las EPS, de ninguna manera corresponde con acciones inconstitucionales ni excede las funciones propias de las EPS</p>
133	12	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 13 Numeral 1	Incluir una disposición que aclare que, ante la entrada en vigencia de la circular de precios en 2020, los presupuestos máximos deberán ser ajustados en consecuencia.  En adición, dicha circular debe ser parte integral de los Anexos incluidos en el Artículo 4 del presente proyecto.	<p>En virtud de la propuesta de eliminación del numeral 1 como se propone en el proyecto de Resolución, se sugiere que este sea reemplazado por una disposición que aclare que, ante la entrada en vigencia de la circular de precios 2020, los presupuestos máximos deberán ser ajustados en consecuencia.</p> <p>Adicionalmente, se solicita que la circular que se expide haga parte integral de los anexos de este proyecto de resolución, contemplado en el artículo 4 de la presente iniciativa regulatoria.</p> <p>Esto se explica en la armonización regulatoria que debe existir entre las medidas que el gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social a expedido recientemente, en donde todas ellas apuntan al logro de un sistema de salud sostenible que respete el acceso a los servicios y tecnologías en salud, y garantice un ambiente regulatorio sano para todos los actores del sistema.</p>	<p>Sea lo primero precisar que el presente proyecto normativo calcula presupuestos máximos para cada EPS para financiar tecnologías y servicios no cubierto por la UPC, lo que claramente no es una regulación de precios, por ende, no procede incluir como anexo las circulares de regulación de precios de medicamentos expedidas por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.</p> <p>El cálculo del presupuesto máximo para cada EPS, se realizó según la metodología descrita. El comportamiento de los precios de las tecnologías en salud y servicios se incorporan en el ajuste al estar inmersos en el reporte de información del año de observación.</p> <p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.</p> <p>Este Minsiterio considera fundamental el desarrollo de las estrategias necesarias para prevenir la superación del presupuesto máximo asignado, razón por la cual se detallan de mejor manera las mejores medidas que deben adoptarse para tal propósito las que incluyen considerar los valores de referencia.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
134	13	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 18, numeral 2	<p>Modificar el numeral 2 del artículo 18 del presente proyecto de resolución y reglamentar el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015.</p>	<p>Dado que el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015 aún no ha entrado en vigencia se solicita modificar el numeral 2 del artículo 18 del proyecto en mención, así:</p> <p>Artículo18. Medicamentos APME, procedimientos y servicios sociales complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo.</p> <p>2. Los medicamentos no incluidos en normas farmacológicas en el país o incluidos a partir de la expedición de este acto administrativo estaran incluidos en el presupuesto Máximo. Una vez se entre en vigencia la reglamentación del Artículo 72 d la Ley 1753 de 2015, el IETS verificara la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento. Entre tanto se surte la verificación de la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrara financiado a traves del mecanismos recobro con cargo a recursos de salud diferentes a los definidos para el Presupuesto Máximo. La ADRES financiara las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS.</p> <p>Lo anterior, se fundamente en el hecho que, al no contar con una metodologia clara sobre la implementación del artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, se sugiere que las nuevas moléculas cuenten con partidas presupuestales diferentes a las de los presupuestos máximos para optimizar dichos presupuestos y no afectar el acceso a la innovación.</p>	<p>Excede el alcance del presente proyecto normativo la regulación del artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, no obstante cuando se trata de medicamentos no incluidos en normas farmacológicas se hacen precisiones respecto de la necesidad de realizar evaluaciones de tecnología por parte del IETS . La financiación se hara en función de la superioridad con o sin ahorro (menos evento adverso, menos días de internación, etc) , equivalencia o inferioridad. Nuna debe existir afectación de la garantía de atención integral al paciente.</p>
135	14	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 19 / Artículo 3	<p>1. Incluir dentro del conjunto de definiciones del artículo 3, que se entiende por alternativa terapéutica.</p> <p>2. Incluir un párrafo en el artículo 19 en donde se indique como se realiza la evaluación de la alternativa terapéutica y quien lo hace.</p> <p>3. Incluir un paragrafo transitorio en donde se especifique un periodo de tiempo (3meses) en el que la ADRES debera determinar los procesos, procedimientos y auditorias para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el presupuesto máximo.</p>	<p>El proyecto no define el término "alternativa terapeutica" no sus criterios de analisis, lo cual importante en el momento de diferenciación de servicios y tecnologías ya probados y os nuevos productos que ingresan al país. Por tal motivo, se propone incluir esta definición dentro del conjunto de definiciones que aborda el artículo 3.</p> <p>Así mismo, el literal IV del artículo 19 no establece él como se realizara esa evaluación y quien lo hará, lo que genera incertidumbre regulatoria.</p> <p>Por otro lado, el paragrafo del articulo en mención no establece el periodo de tiempo (3 meses) en el que ADRES deberá determinar los procesos, Procedimientos y auditorias para el reconocimiento y pago de los Servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC y no incluidos en el presupuesto máximo.</p>	<p>La alternativa terapéutica corresponde a la gama de medicamentos existentes en el país, por lo que será del alcance de las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud, que deba realizar el IETS, la ilustración de cada caso. Por lo anterior no se incluye la definición de alternativa terapéutica.</p> <p>Como se mencionó en la respuesta anterior, se modifica el texto que incluirá que el IETS dispondrá de tres (3) meses para definir la superioridad, equivalencia o inferioridad.</p> <p>Finalmente, sobre la solicitud de especificar el tiempo que ADRES tendría para realizar las auditorias, para lo cual definirá los lineamientos que correspondan.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
136	15	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Artículo 45	Modificar el artículo 45 transitorio para incluir el recalcu lo del presupuesto máximo, una vez se expida la actualización de alguno de los anexos contemplados en el artículo 4, de la siguiente manera:  <b>Artículo 45 transitorio del presupuesto máximo anual o proporcional anual:</b> El presupuesto máximo anual podra ser proporcional al número de meses restantes para terminar la vegencia, contados a partir del mes sigueinte a la expedición del prsente acto administrativo. <b>El presupuesto Máximo anual debera ser calculado, una vez se expida la actualización de algunos de los anexos contemplados en el artículo 4 de la presente resolución.</b> Lo anterior, en la medida que la inserción de la actualización brinda mayor swguridad jurídica para los actores del sistema de salud, en tanto que, garantiza que los presupuestos máximos deberan ajustarse en consecuencia de nuevas regulaciones que se expidan en esta materia.	Se propone inclir el recalcu lo del presupuesto máximo, una vez se expida la actualización de alguno de los anexos contemplados en el artículo 4, de la siguiente manera:  <b>Artículo 45 transitorio del presupuesto máximo anual o proporcional anual:</b> El presupuesto máximo anual podra ser proporcional al número de meses restantes para terminar la vegencia, contados a partir del mes sigueinte a la expedición del prsente acto administrativo. <b>El presupuesto Máximo anual debera ser calculado, una vez se expida la actualización de algunos de los anexos contemplados en el artículo 4 de la presente resolución.</b> Lo anterior, en la medida que la inserción de la actualización brinda mayor swguridad jurídica para los actores del sistema de salud, en tanto que, garantiza que los presupuestos máximos deberan ajustarse en consecuencia de nuevas regulaciones que se expidan en esta materia.	No se acoge la solicitud, puesto que los cálculos realizados están para ser aplicados en la vigencia 2020, la proporcionalidad hace referencia al número de meses en función de la fecha de expedición del acto administrativo. Téngase en cuenta que para las vigencias siguientes el ajuste se hará conforme a la información reportada que dará lugar a ajustes en los anexos y por ende en el resultado del presupuesto máximo para el año siguiente. Se tiene previsto lineamientos para cuando no hay reporte. Los ajustes siempre se realizarán para cada vigencia.
137	16	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Nuevo Artículo	Incluir incentivos para el uso eficiente de los recursos no PBS que seran entregados a los aseguradores, donde se premie la gestión clínica (pago por resultados) y la calidad en la atención de los pacientes.	Es necesario que la metodologia incluya algunos incentivos para el uso eficiente de los recursos, pero a su vez herramientas para premiar la gestión o desenlaces clínicos y el mejoramiento de la calidad en la atención de los pacientes.  Se sugiere incluir el seguimiento de los resultados en salud, ya que el proyecto se limita solo al seguimiento de eficiencias financieras. Por esta razón, insistimos en la necesidad de crear los incentivos correctos para el uso eficiente de los recursos no PBS que seran entregados a los aseguradores, donde se premie la gestión clínica (pago por resultados) y la calidad. Es necesario que esta metodologia garantice que esta generando el mayor valor en salud por cada peso invertido, lo cual implica la medición de los resultados Vs. el gasto.	El Ministerio de Salud y Protección Social recogió observaciones de los actores, en el sentido de establecer que los Presupuestos Máximos se puedan ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, diseñando mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Lo expuesto se refleja en el nuevo texto de las disposiciones para Definición de presupuesto máximo para cada EPS.
138	17	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Anexo 1	Eliminar la definición del valor máximo y acoger la del valor máximo de Recobro, en concordancia con la resolución 3078 de 2019 y Resolución 249 de 2019. Eliminar la definición y variable de PAR dentro de la metodologia, en tanto que los valores cobrados/recobrados por los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC ya fueron financiados con cargo a la UPC ya fueron analizados en previas regulaciones sobre VMR.	Se sugiere eliminar la definición de "Valor Máximo" y acoger la de Valor Máximo de Recobro", en concordancia con la resolución 3078 de 2019 y la resolución 249 de 201, en tanto que no sólo resulta confusa su definición, si no que tambien ya ha sido desarrollada en anteriores regulaciones como las ya mencionadas. Adicionalmente, se solicita eliminar la definición y variable de "PAR" dentro de la metodologia, en tanto que los valores cobrados/recobros por los servicios y tecnologías no financiadas sobre VMR. Se reitera la necesidad de no establecer nuevos mecanismos de fijación de precios que no han sido discutidos previamente y que afectan gravemente la predictibilidad legal de la industria farmaceutica global en el pais.	Sea lo primero reiterar que el presente proyecto normativo no tiene el alcance de regulación de precios.  No se acepta la eliminación de la definición de Valor Máximo porque la misma hace parte de la metodologia y se incluyó para efecto del cálculo del presupuesto máximo, que difiere del objeto que tienen los valores máximos de recobro según lo establece la Resolución 3078 de 2019. No se hace mención en esta respuesta a la Resolución 249 de 2019 ya que no es del ámbito del tema en desarrollo.  Ahora bien, tampoco se acoge la solicitud de eliminar la definición y variable de "Par" ya que para efectos del cálculo de presupuestos máximos el PAR se utiliza para la seleccón del valor máximo como se indica en el numeral 20 del artículo 3. Al existir valores cobrados/recobrados por debajo del valor de referencia la metodologia considera tal circunstancia en el valor máximo explicado porque existen recobros que históricamente han sido presentados ante ADRES por debajo de los valores de referencia



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
139	18	27/12/2019	201942302088942 201942302088452	Margarita Restrepo Sarmiento Directora de Acceso a Mercados	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA S.A.S ( MSD)	Anexo 6	Revisar el presupuesto máximo de 2020  Si bien el presupuesto máximo incluido en el anexo 6 del presente documento sugiere un total de \$3,6 Billones de Pesos como presupuesto para la vigencia 2020 para el regimen contributivo, llama la atención que, en presentaciones previas realizadas por el Ministerio sobre el histórico de recobros asociados a servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC en el régimen contributivo, se estimaba que estos alcanzaban los \$4,4 Billones de pesos para 2018. En este sentido, solicitamos revisar el calculo del presupuesto máximo para 2020, en la medida que, en el entendido quen si el calculo de este contemplo años 2015, 2016, 2017, 2018 y parte del 2019, no es claro por que se presenta un presupuesto menor alrededor de \$ 0,8 Billones de pesos	Si bien el presupuesto máximo incluido en el anexo 6 del presente documento sugiere un total de \$3,6 Billones de Pesos como presupuesto para la vigencia 2020 para el regimen contributivo, llama la atención que, en presentaciones previas realizadas por el Ministerio sobre el histórico de recobros asociados a servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC en el régimen contributivo, se estimaba que estos alcanzaban los \$4,4 Billones de pesos para 2018. En este sentido, solicitamos revisar el calculo del presupuesto máximo para 2020, en la medida que, en el entendido quen si el calculo de este contemplo años 2015, 2016, 2017, 2018 y parte del 2019, no es claro por que se presenta un presupuesto menor alrededor de \$ 0,8 Billones de pesos	La información tomada para el cálculo de valor de referencia corresponde a los reportes realizados (base SII_MYT) por las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y las demás entidades recobrantes por la prestación de tecnologías no incluidas en el PBSUPC.  No es cierta la limitación al acceso de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, ya que las condiciones para los profesionales de la salud y las IPS no han cambiado y pueden seguir operando como lo han venido haciendo, el cambio radica en el incentivo a la mayor eficiencia y gestión para las EPS, por lo que dando aplicabilidad a los postulados constituciones y legales, en especial la Ley 1751 de 2015 y el propio artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, resulta claro que en ningún caso el cumplimiento del Presupuesto Máximo puede afectar la prestación del servicio de salud.  Ahora bien, sobre seguimiento y control de los recursos, el proyecto de resolución tiene contemplado en el artículo 40, lo siguiente: "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 hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.  En todo caso, si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de prescripción y suministros de MIPRES, y la epicrisis entre otros. La ADRES publicará el resultado del seguimiento y monitoreo a los Presupuesto Máximos, como mínimo por EPS y región".  Finalmente, en cuanto a su propuesta de incluir indicadores de gestión clínicos y resultados en salud por usuario, inicialmente este Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, con el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.
140	1	27/12/2019	201942302088972	Adriana Cecilia Henao Cabrales JEFE Comercial Aseguramiento Privado	Clínica Medellín		Podría regalarnos los archivos en excel tanto del ítem que habla de medicamentos comoe l de procedimientos, con el fin de hacer los cálculos correspondientes.		Respecto a su solicitud es preciso indicar que, la información necesaria para replicar la metodología objeto del presente proyecto de resolución; incluyendo la referida a medicamentos y procedimientos, se encuentra publicada en el enlace electrónico que se relaciona a continuación:  <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>
141	1	26/12/2019	201942302080002		OKORUM TECHNOLOGIES		Analizando los borradores sobre "Cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado" y "Presupuesto Máximo Anual", quisiéramos saber si se proyectan cambios en la prescripción electrónica nacional para tecnologías NoPBS-UPC (MIPRES) y/o en los reportes que actualmente son normativos ? No se evidencian novedades en la página de Todo sobre Mipres.		Con relación a su interrogante se debe advertir que no habrá cambios en la herramienta MIPRES como quiera que, por su naturaleza, no es incompatible con lo previsto respecto al Presupuesto Máximo a ejecutar por cada Empresa Promotora de Salud (EPS); lo anterior, en tanto su función es la prescripción de los servicios de salud.  No obstante, es necesario señalar que para el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control de los recursos del Presupuesto Máximo que adelante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), se tendrá en cuenta las bases de datos de suministros y facturación de MIPRES, entre otros.  En razón a lo anterior, se debe precisar que el proyecto de resolución no sugiere cambios en la herramienta MIPRES, de manera que la misma seguirá operando normalmente.
142	1	2/01/2020	202042300005162 201942302089082	Gelman Rodríguez	Procuraduría Delegada Salud, Protección Social y Trabajo Decente	Comentario General	<u>Sobre la metodología definida por el Ministerio:</u>  El proyecto establece en relación con el Régimen Contributivo que ADRES remitió información histórica de los valores recobrados o cobrados durante las vigencias 2015 a 2019 con corte a junio de 2019. Al respecto, se genera la inquietud sobre la certeza de estos valores, e la medida que existe una diferencia entre el valor que se recobra y el valor efectivo que se paga, sin embargo, conoce este despacho que desde abril de 2018 estas cuentas radicadas no han sido auditadas y que existen diferencias entre los archivos TXT y los soportes físicos que se radican, circunstancias que puede incidir en la metodología que se pretende implantar.  En cuanto al Régimen Subsidiado, establece el proyecto que se tendrá en cuenta el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS por las Entidades Territoriales y Entidades Promotoras de Salud que operan en dicho Régimen, correspondiente a las vigencias 2015 a 2019, en este sentido, preocupa la calidad de la información que cargan de las entidades territoriales y la dispersión de la información.	La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrados en otras palabras los suministrado.  Es preciso señalar que la información es suficiente válida y que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97% del valor respectivo, lo anterior quiere decir los cálculos no arrojarían un valor muy por debajo de la realidad son precisos, válidos y suficientes.  El valor de referencia se calcula a partir del valor recobrado/cobrado y no del valor pagado. El presente proyecto normativo incluye, en el numeral 22 del artículo 3, como definición de valor recobrado/cobrado la siguiente: "corresponde al valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías 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, tampoco el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este Ministerio, ni al valor calculado para los servicios y tecnologías financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas"  Respecto a la información utilizada para el cálculo de presupuestos máximos del Régimen Subsidiado, para efectos de maximizar la completitud de la información, este Ministerio tomó en cuenta la información reportada por entes territoriales e IPS, la que se agregó a la base del Régimen Contributivo, para el cálculo de las cantidades. Ahora bien, los valores de referencia son tomados de la base del Régimen Contributivo, excepto en los casos donde los servicios reportados no se encontraban en esta base.  Se advierte que las facturas tuvieron una revisión por parte de esta Entidad para descartar servicios que fueran cobertura UPC para el año 2020. También se menciona que dentro de la metodología para el cálculo del valor de referencia se toma el primer cuartil, tal percentil seleccionado busca propender por un uso racional de los recursos que simultáneamente permita una alineación con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS, en concordancia con el artículo 5 de la Ley 1966 de 2019, donde se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el SGSSS., que reza: "En ningún caso la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), podrá reconocer y pagar servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC, salvo los recursos destinados al saneamiento de pasivos estipulado en la presente ley, cuando estos sean superiores a los valores y techos máximos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de una metodología que tenga en cuenta los valores recobrados o cobrados, y considerando incentivos por el uso eficiente de los recursos (...)".  En todo caso este Ministerio ha señalado, en concordancia con la Ley Estatutaria de Salud, el cálculo y ejecución de los presupuestos máximos no debe afectar en ningún momento la atención integral que debe garantizarse a los pacientes.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
143	2	2/01/2020	202042300005162 201942302089082	Gelman Rodríguez	Procuraduría Delegada Salud, Protección Social y Trabajo Decente	Comentario General	<p><u>Fuentes de Financiación y Servicios y Tecnologías en Salud no incluidos:</u></p> <p>Respecto a la financiación de los servicios complementarios y tecnologías que sobrepasen el presupuesto máximo establecido y aquellos que no se encuentren relacionados en la misma, en los términos propuestos en el Título 1, Artículo 1, en el cual refiere por objeto "definir la metodología del Presupuesto Máximo de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y fijar el valor a transferir a las entidades promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema de General se Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de 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 Propósitos Médicos Especiales APME, Procede y servicios Sociales Complementarios", Lo anterior, por cuanto podría estarse limitando al personal de salud, respecto a la formulación de los servicios complementarios o tecnologías que requiera el paciente, poniendo así en riesgo la garantía del derecho integral a la salud, y los principios de oportunidad, accesibilidad, disponibilidad y continuidad.</p>		<p>El propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías no cubiertas con recursos de la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>Por tanto, el presupuesto máximo o prospectivo no atenta contra la progresividad, el acceso de los pacientes a las tecnologías, y la autonomía medica ni tampoco fija un tope a la cobertura. Lo anterior no se predica del derecho vía UPC, no puede entonces predicarse de la presente iniciativa; pues se están equiparando el estado de las cosas a las condiciones de la UPC. Así, la gestión de las EPS se verá fortalecida y en dicho sentido el paciente tendrá disponibilidad y accesibilidad a las tecnologías que requiera según su necesidad para la atención integral, siendo con ello profundizada la progresividad en el derecho.</p> <p>Ahora bien, la presente iniciativa exige mecanismos de seguimiento, control y monitoreo de los recursos de presupuestos máximos asignados, en cumplimiento de lo dispuesto Ley 1955 de 2019 "Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad" ; especialmente en el artículo 240 sobre Eficiencia del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC.</p> <p>En ese sentido el presente proyecto normativo dispone que el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control de los recursos será presentado por ADRES dentro del mes siguiente a la expedición del acto administrativo, proceso, que se aclara, va a aplicar como mínimo a EPS, operadores logísticos, gestores farmacéuticos e IPS. En el artículo 40 del presente proyecto normativo se menciona que la ADRES realizará procesos de auditoría y tendrá en cuenta la base de prescripción y suministros de MIPRES, entre otros. Los resultados se publicarán por EPS y región.</p> <p>Tal proceso será definido por ADRES, por lo que no se describe en el presente proyecto normativo.</p> <p>Finalmente, el presente proyecto normativo desarrolla en el artículo 13 varias opciones, todas encaminadas a no superar el presupuesto máximo, sin perjuicio de la garantía de una atención integral para los pacientes según lo requieran. Entonces se plantea que las EPS deben hacer gestión respecto de modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, entre otros; como también monitoreo y seguimiento del gasto por este concepto, para identificar el riesgo y anticiparse realizando los ajustes que se requieran.</p> <p>Respecto a las cuentas maestras se determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios. No obstante, vale señalar que el proyecto de resolución contempla tales medidas en el Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos. A partir de las cuales 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</p>
144	3	2/01/2020	202042300005162 201942302089082	Gelman Rodríguez	Procuraduría Delegada Salud, Protección Social y Trabajo Decente	Comentario General	<p>Verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo.</p> <p>De acuerdo con la propuesta. Adres tendrá la función de desarrollar e implementar el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto Máximo, además de realizar las correspondientes auditorías. Con la situación actual del proceso de auditoría a los recobros y reclamaciones, que como es sabido existe un represamiento de cerca de 20 meses, se pregunta el Ministerio Público, ¿Cómo se va a garantizar que esa Entidad cuente con la capacidad técnica, operativa, administrativa y jurídica para cumplir con las funciones establecidas con el proyecto de resolución? Adicionalmente, la Entidad debe establecer los mecanismos necesarios que permitan la identificación oportuna de distorsiones del mercado para las tecnologías, productos, suministros o servicios por fuera del plan de beneficios en salud No PBS.</p>		<p>Sea lo primero advertir que la presente iniciativa normativa respecto del cálculo de presupuestos máximos para transferir a cada EPS, corresponde con un giro ex ante que realizaría la ADRES a cada EPS, lo que inmediatamente suspende el proceso de recobro/cobro de las tecnologías contempladas en el presente proyecto normativo, incidiendo en el proceso de auditoría de facturas presentadas.</p> <p>Como se comentó en el punto anterior prevé la norma que el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control de los recursos será presentado por ADRES dentro del mes siguiente a la expedición del acto administrativo, proceso, que se aclara, va a aplicar como mínimo a EPS, operadores logísticos, gestores farmacéuticos e IPS. Será este proceso el que tendría la mayor atención en el marco de los presupuestos máximos.</p> <p>Se advierte que este Ministerio realizó reuniones previas con ADRES con el propósito de socializar el contenido del presente proyecto normativo, especialmente, de las nuevas responsabilidades asignadas, dentro de las que están el diseño del proceso mencionado.</p> <p>Lo anterior en el entendido de que tal Entidad, desde ya analice las actividades sobrevinientes con ocasión del presente proyecto normativo, adelante los desarrollos necesarios que permitan la implementación de lo aquí normado y gestione los requerimientos del caso.</p> <p>Finalmente se precisa que, en los términos del presente proyecto normativo, no le corresponde a la ADRES identificar las distorsiones del mercado para los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, lo que si se definió fue la participación de esta Entidad en la determinación del riesgo de una EPS de superar el presupuesto máximo asignado (numeral 1 artículo 13 y además del proceso de seguimiento, control y monitoría de los recursos (artículo 40).</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
145	4	2/01/2020	202042300005162 201942302089082	Gelman Rodríguez	Procuraduría Delegada Salud, Protección Social y Trabajo Decente	Comentario General	<p>Incentivos</p> <p>Preocupa a este Despacho que la creación de incentivos al uso de los recursos, sean utilizados de tal forma que puedan llegar a afectar la continuidad, oportunidad y calidad de la atención de los afiliados, ya que en el proyecto normativo no son claros los controles que se van a tener al respecto.</p> <p>Por otro lado, es importante señalar la necesidad de garantizar la aplicación de la política farmacéutica, en los términos definidos por el Artículo 23 de la Ley Estatutaria de Salud, así como extender el alcance de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud al cumplimiento de las funciones de las entidades territoriales en materia de salud, de Acuerdo con la normatividad vigente.</p>		<p>El presente proyecto de Resolución no modifica competencias, funciones, institucionalidad ni políticas del Sistema de Salud, se enmarca en las mismas. El objeto del presente proyecto normativo es el de definir un presupuesto máximo para cada EPS para financiar las tecnologías en salud no cubiertas por la UPC para profundizar la integralidad en la atención y en consecuencia el derecho a la salud en los términos de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.</p> <p>Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social recogió observaciones de los actores, en el sentido de establecer que los Presupuestos Máximos se puedan ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, para el efecto se introducirá un texto que permita operar los mecanismos de ajuste ex - post para incentivar el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Respecto de la observación de garantizar las disposiciones del artículo 23 de la Ley Estatutaria de Salud, que trata de la Política Farmacéutica Nacional, se advierte que el propósito del presente proyecto normativo es el de definir un presupuesto máximo para cada EPS para financiar las tecnologías en salud no cubiertas por la UPC, iniciativa que contribuye con identificar mecanismos de financiación para medicamentos, en este caso, para los no cubiertos con recursos de UPC.</p> <p>Finalmente, respecto del planteamiento de incluir la extensión del "alcance de las funciones de inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud al cumplimiento de las funciones de las entidades territoriales en materia de salud, de Acuerdo con la normatividad vigente", se señala que la normatividad vigente, es decir, la Resolución 1403 de 2007 es la norma que determina los criterios administrativos y técnicos generales del Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico y adopta el Manual de condiciones esenciales y procedimientos del Servicio Farmacéutico. Tal disposición, en el capítulo VI, precisa las competencias de Inspección, Vigilancia y Control según se trate de las Entidades Territoriales de Salud, el INVIMA o la Superintendencia Nacional de Salud; respecto de estos servicios.</p> <p>Se precisa entonces, que el presente proyecto normativo no hace ninguna modificación a las competencias de Inspección, Vigilancia y Control de la normatividad vigente, en especial las ya contempladas en la Resolución 1403 de 2006.</p> <p>También se menciona que el presente proyecto normativo no va en contravía de la competencia preferente de la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos del artículo 130C de la Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". □</p>
146	5	2/01/2020	202042300005162 201942302089082	Gelman Rodríguez	Procuraduría Delegada Salud, Protección Social y Trabajo Decente	Comentario General	<p>Finalmente, y sin perjuicio de hacer nuevos comentarios sobre la propuesta, este Despacho recomienda tener la rigurosidad técnica y jurídica requeridas, buscando la protección de los recursos de la Seguridad Social en Salud, el orden económico y social del Estado, y más importante aún, la prestación del servicio de salud en condiciones d calidad, continuidad y oportunidad a los habitantes del territorio nacional.</p>		<p>Se agradece la participación de esa Entidad y se precisa que se da cumplimiento a la rigurosidad técnica que exige la propuesta del presente proyecto normativo, como también, se surten todos los análisis jurídicos necesarios, en procura de fortalecer la atención integral a los pacientes y de la sostenibilidad financiera del SGSSSS</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
147	1	30/12/2019	201942302088312	Carolina Muñoz Olarte ANALISTA TÉCNICO DE LABORATORIO CLÍNICO	AYUDAS DIAGNÓSTICAS SURA		<p>Un mismo estudio de biología molecular tendría un costo de 872.260 en Biopsia y en espécimen de reconocimiento de 9,477,725. Por ejemplo, un estudio de perfilamiento molecular de un tumor (ejm: Foundation One o Caris) se puede realizar tanto en biopsia como en espécimen de reconocimiento quirúrgico y tendría el mismo costo independiente del tipo de muestra.</p> <p>* Cuál es el criterio para diferenciar una biopsia de un espécimen de reconocimiento según el ministerio y por qué la diferencia de costos tan amplia, siendo un mismo estudio?</p> <p>* Cuál es la diferencia entre ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO y ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO?, pues las tarifas propuestas tienen también una diferencia muy amplia</p> <p>898105</p> <p>ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN BIOPSIA</p> <p>\$ 872,260.81</p> <p>898225</p> <p>ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO</p> <p>\$ 592,025.98</p> <p>898205</p>		<p>Con relación a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>En razón a lo anterior, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.</p> <p>Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>Al respecto, es preciso indicar que los valores de referencia corresponden al primer cuartil (percentil 25) de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recobradas; para el caso específico de los procedimientos, cada grupo relevante corresponde a un CUPS.</p> <p>La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida, y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores; esto materializado en las bases de datos de lo efectivamente recobrado, es decir, de lo suministrado.</p> <p>Se debe aclarar que la información es precisa, válida y suficiente para efectos de la aplicación de la metodología propuesta en el proyecto de resolución, en razón a que las bases de datos muestran que al sexto mes de prestación del servicio se recobra (radica) cerca del 97% del valor respectivo; en otras palabras, los cálculos no arrojan un valor que difiera de la realidad.</p> <p>Por otra parte, con referencia a los códigos CUPS por usted mencionados, es indispensable informar lo siguiente:</p> <p>Código CUPS 898105: ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN BIOPSIA:</p> <p>Procedimientos que utilizan diferentes técnicas de biología molecular en biopsias, para realizar análisis de: ácidos nucleicos, síntesis de proteínas, metabolismo celular y sus interacciones, lo cual es útil en el diagnóstico de enfermedades, búsqueda de alelos o marcadores moleculares asociados a características de interés, diagnóstico microbiológico y monitoreo de tratamientos, entre otros. (Biopsia: Procedimiento por el cual se obtiene un espécimen para que sea examinado. Biopsia incisional: Biopsia que se hace por incisión de la lesión o el órgano y obtiene un espécimen que representa parcialmente dicha lesión o dicho órgano, una parte del tejido)</p> <p>Código CUPS 898205: ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO (espécimen producto de biopsia generalmente excisional de toda una lesión o un órgano):</p> <p>Procedimientos que utilizan diferentes técnicas de biología molecular para que en estructuras patológicas enviadas al laboratorio se realicen análisis de: ácidos nucleicos, síntesis de proteínas, metabolismo celular y sus interacciones, lo cual es útil en el diagnóstico de enfermedades, búsqueda de alelos o marcadores moleculares asociados a características de interés, diagnóstico microbiológico y monitoreo de tratamientos, entre otros. (Biopsia excisional: Biopsia que se hace por excisión de la lesión o el órgano y obtiene un espécimen que representa toda la lesión o todo el órgano). Es una pieza quirúrgica, generalmente de tumor (Ca de mama o de colon).</p> <p>Código CUPS 898225: ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO:</p> <p>Procedimientos que utilizan diferentes técnicas de biología molecular, en espécimen compuesto por dos o más muestras de un mismo órgano o lesión, para realizar análisis de: ácidos nucleicos, síntesis de proteínas, metabolismo celular y sus interacciones, lo cual es útil en el diagnóstico de enfermedades, búsqueda de alelos o marcadores moleculares asociados a características de interés, diagnóstico microbiológico y monitoreo de tratamientos, entre otros. Toma de distintos puntos (tracto digestivo, hacer un mapeo). En el modo de análisis es igual, sin embargo, es distinto en cuanto al número de especímenes o muestras.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
148	2	30/12/2019	201942302088312	Carolina Muñoz Olarte ANALISTA TÉCNICO DE LABORATORIO CLÍNICO	AYUDAS DIAGNÓSTICAS SURAS	ANEXO 5 del listado de valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios no financiados con cargo a la UPC, se incluye el código 9084 CUPS DESCRIPCIÓN VALOR DE REFERENCIA 9084 PRUEBAS PARA GENETICA \$ 7,072,613.09 908430 ABL MUTACION DE LA REGION TIROSINA KINASA PRUEBAS PARA GENETICA 908434 BRCA1 Y BRCA2 MUTACION FAMILIAR CONOCIDA \$ 1,390,857.51 908433 BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION COMPLETA \$ 4,224,357.54 908431 CARIOTIPO EN RESTOS OVULARES O MATERIAL DE ABORTO \$ 191,459.61			Respecto a su solicitud es preciso indicar que, considerando las observaciones realizadas por distintos actores respecto al tema, y con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR); los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regimenes.  En razón a lo anterior, se informa que la clasificación de los procedimientos será ajustada con el objeto de dar mayor claridad.  Sin embargo, se debe tener en cuenta que los valores utilizados son una referencia para poder determinar los Presupuestos Máximos y provienen de la información de recobros/cobros reportada a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES); por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los demás agentes recobrantes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
149	1	30/12/2019	201942302088252	Sandra Reyes Mejía Gerente de Acceso	Pfizer	ANEXO 3 "listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo del presupuesto máximo",	<p>No resulta claro cómo se establecerá el reconocimiento y pago de tecnologías que no cuentan con un comparador explícitamente definido en el ANEXO 3. Se cita el caso de Somatropina y Taliglucerasa.</p>	<p>El ANEXO 3 corresponde a una lista explícita utilizada para el cálculo del Presupuesto Máximo, por lo tanto, las tecnologías en salud que no estén relacionados en esta lista pueden presentar discrecionalidad en la interpretación e implementación de la norma, para que continúen siendo garantizados a los afiliados bajo el principio de integralidad, a pesar de lo señalado en el Artículo 20. Garantía de los demás servicios y tecnologías en salud. "Los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a los recursos de la UPC, diferentes a los que son objeto de la presente resolución y a los excluidos explícitamente de financiación con recursos públicos asignados a la salud, continuarán siendo garantizados a los afiliados al bajo el principio de integralidad, y su reconocimiento y pago se efectuará en los términos de la Resolución 1885 de este Ministerio o la norma que la modifique o sustituya, hasta tanto se concluya con los análisis para la definición de su presupuesto máximo.</p> <p>Con el propósito de facilitar la implementación del presupuesto máximo, se recomienda una adición en la redacción del articulado del proyecto de resolución para las tecnologías en salud no incluidas explícitamente en el ANEXO 3, similar a la del artículo 32, en el cual se aclara el reconocimiento y pago de estas tecnologías en salud para el caso de analgesia, anestesia y sedación. Artículo 32. Analgesia, anestesia y sedación. (negrita fuera del texto original) "La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye la</p>	<p>Antes de dar una respuesta más detallada a su pregunta, es preciso mencionar que, con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, respecto a sus observaciones es necesario señalar que el proyecto de resolución no corresponde a la cobertura de los servicios y tecnologías en salud listadas en el mismo, tal como lo hace la Resolución 3512 de 2019 "Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; sino que desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo.</p> <p>Adicionalmente, es preciso indicar que la metodología del Presupuesto Máximo incluye en el delta los medicamentos recobrados/cobrados en las vigencias 2015 a 2018, razón por la cual toda la oferta farmacéutica disponible en el país, autorizada por la entidad competente, ya se encuentra cubierta; ya sea con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) o al Presupuesto Máximo, a excepción de los servicios y tecnologías en salud NO financiados con cargo a dicho Presupuesto.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, para el caso de los servicios y tecnologías en salud que no están expresadas de manera explícita, se debe advertir que ya se encuentran financiadas independientemente de su mecanismo de financiación; por lo tanto, deben ser garantizadas para los ciudadanos que así lo requieran, de acuerdo con el criterio de prescripción del médico tratante.</p> <p>Para finalizar, en el caso de la Somatropina, se informa que se hará una revisión de la existencia de Registros Sanitarios vigentes y, en caso de ser necesario, se realizará el ajuste respectivo.</p>	
150	1	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	CONSIDERANDO	<p>No encontramos la relación directa de la regulación de Presupuesto Máximo, con la Ley Estatutaria en Salud (1751/2015) y la Sentencia de la Corte Constitucional, que declaró su constitucionalidad (C-313-2014), toda vez que el art. 15 de la Ley es claro frente a que el Sistema tendrá unas exclusiones que no serán pagadas con recursos públicos de la salud, y los otros servicios deben ser cubiertos de manera integral, sin embargo no se determina una diferencia en las fuentes de financiación. Lo que debe prevalecer es el derecho fundamental a la salud y no la contención del gasto.</p>	<p>Estamos de acuerdo en evitar los excesos y abusos que se pueden presentar en el NO PBS, sin embargo, la prioridad debe ser la salud y acceso a servicios de calidad para los colombianos. Y reglamentar es su totalidad la Ley Estatutaria en Salud.</p>	<p>En virtud a la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, y a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, y que las EPS son funcionalmente las responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público), el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>El propósito de la mencionada disposición normativa (artículo 240) consiste, entonces, en establecer un presupuesto a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC).</p> <p>Así, al equiparar el mecanismo individual a uno colectivo se fortalecerá la gestión de la EPS y profundizará la atención integral del paciente.</p> <p>En conclusión este acto administrativo profundiza el cumplimiento de la ley Estatutaria, acerca lo que hoy era individual al Aseguramiento, crea las condiciones para la integralidad, fortalece la autonomía médica y crea las condiciones para una mejor gestión</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
151	2	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	CONSIDERANDO: Conforme a la metodología a que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. Así mismo establece que para mitigar el riesgo asociado a la gestión de estos servicios y tecnologías, las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros.	El único incentivo no puede ser el uso eficiente de los recursos, ya que este se puede lograr con el aumento de barreras de acceso y se tendría a pesar y en detrimento de la salud de los pacientes, generando mayores costos en un futuro. Por esto se deben incluir trabajar sobre incentivos basados en mejorar los indicadores en salud.	Es primordial que en la resolución se incluya que los incentivos estén asociados a: Salud pública, calidad, cumplimiento, oportunidad y finalmente financieros, de acuerdo con la línea del actual gobierno. (Triple meta)	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social acoge su solicitud, buscando establecer que los Presupuestos Máximos se ajusten de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, diseñando mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por lo tanto, el Ministerio considera realizar ajustes a la definición del Presupuesto Máximo para cada EPS, en el sentido de señalar que, será el resultado de sumar la aplicación de las metodologías de cálculo de Presupuesto Máximo para Medicamentos, APME y Grupo Relevante de procedimientos y servicios complementarios. (Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente). Estos presupuestos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, a través de mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, considerando los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otros.</p> <p>Los presupuestos máximos calculados se ajustarán de forma ex - post considerando los traslados de las personas de la vigencia anterior a la aplicación de la vigencia de Presupuesto Máximo. Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
152	3	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir la metodología a del Presupuest o Máximo de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo , por parte de la Administrad ora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).	Proponemos que la resolución de Presupuesto Máximo solo contemple medicamentos y dispositivos médicos. Dejando por fuera alimentos, procedimientos y servicios complementarios, al menos en una primera etapa mientras se conocen los resultados y el impacto de esta resolución. Es importante que las Enfermedades Huérfanas queden excluidas de este "Presupuesto Máximo" toda vez que la Ley Estatutaria claramente establece que no son sujetas a exclusiones, adicionalmente nuevos diagnósticos de enfermedades huérfanas podrían cambiar considerablemente el presupuesto de las EPS.	Se debería manejar medicamentos y dispositivos porque en los dispositivos nunca se han tenido regulación y ahí hay un peso importante en el presupuesto. Respecto a los servicios complementarios también la Ley Estatutaria determina que el Ministerio de Salud debe buscar la fuente de financiación, por lo que no tiene sentido que quede incluida en esta normativa.	<p>En respuesta a su solicitud, se reitera que el presente proyecto normativo surge en cumplimiento del artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", que establece que este Ministerio debe definir la metodología para el Presupuesto Máximo anual que la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES, le transfiera a las EPS, por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC. En virtud de lo anterior, el presente acto normativo establece la metodología para determinar el presupuesto máximo para medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios.</p> <p>Con respecto a la propuesta de no incluir las enfermedades huérfanas, se debe aclarar que desde la ley 100 de 1993, todas las patologías están cubiertas. Aspecto que la Ley estatutaria recoge al declarar la salud como derecho fundamental.</p> <p>En este acto administrativo, se introduce un artículo que precisa la gestión de los servicios y tecnologías en salud relacionado con las enfermedades huérfanas. Ello con el fin de facilitar la implementación de las otras estrategias que desarrolla este ministerio en este tema.</p>
153	4	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuest o Máximo.	Régimen contributivo: Las bases de información no son las más robustas, tampoco están actualizadas. No se evidencia el cálculo de ineficiencias administrativas y negaciones que se generaron por parte de alguno de los actores y llevaron a la no entrega del 100% de los servicios. Por lo que el cálculo debería realizarse sobre las prescripciones de los profesionales en MIPRES.  Régimen subsidiado: Las barreras de acceso que trajo la Resolución 1479 de 2015, generaron inmensas barreras de acceso y negaciones, que arrastran el promedio para que sea menor al de las necesidades reales de la población más vulnerable.  Se propone incluir una plataforma donde todos los usuarios puedan registrar las negaciones y dilaciones, y hacer un seguimiento específico al manejo que se está generando de los recursos de la salud.	No se puede generar una regulación de esta envergadura, cuando no se tiene suficiente información, actualizada y verificada. Se debería tener en cuenta información recolectada por la Cuenta de Alto Costo, se deben incluir factores de corrección frente a las negaciones de han tenido los pacientes.  No se tiene un cálculo integral del paciente sino de forma fragmentada.	La información que se usó para el cálculo es amplia, valida y suficiente dado que corresponde a una fuente oficial originada por el reporte de cada EPS. Se asume que la EPS suministra todos los servicios ordenados por los cuales generaron el recobra/cobro, adicionalmente la metodología establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas, lo cual se traduce en la estimación de un valor desconocido.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
154	5	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.	Como pacientes nos preguntamos si en esta metodología, se tuvo en cuenta lo formulado por el médico VS lo recobrado por la EPS al ADRES. De lo contrario las negaciones seguirán siendo un factor predominante que no se tuvo en cuenta para el cálculo.	En diferentes oportunidades y especialmente en pacientes crónicos, se encuentra que son formulados por el médico tratante en una cantidad y periodicidad que en muchas ocasiones por barreras administrativas no se cumple por parte de las EPS lo ordenado por el médico. De esta manera en el cálculo de Presupuesto Máximo no se tendrían en cuenta las necesidades reales de los pacientes sino lo que en su momento la EPS suministró de manera incompleta. Y a futuro no tendrían las EPS posibilidad de mejorar la oportunidad del suministro, toda vez que esas ineficiencias no están en el cálculo.	Como se ha venido señalando, el propósito de la disposición normativa (artículo 240, Ley 1955 de 2019) consiste en establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos individual y colectivo fortalecerá la gestión de la EPS profundizando la atención integral del paciente.  El cálculo del presupuesto máximo considera entonces: i) los Valores de Referencia (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas vi) Los procedimientos en salud y vii) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas pues no han sido observadas).  Además, es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES.  El presupuesto máximo se fija entonces para el conjunto de tecnologías que pueden ser predecibles, que fueron observadas en años anteriores.
155	6	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 7. Presupuesto máximo para EPS que no tiene recobros/cobro.	Para la entrada en vigencia de esta resolución deberían estar depuradas las EPS, toda vez que no tiene sentido entregar los recursos de la salud por adelantado a EPS que en el histórico no tienen recobros y obtener cálculos sobre la realidad de otras EPS. Los pacientes nos preguntamos qué sucede con las EPS que están en medida de vigilancia especial o en proceso de liquidación. Preocupa que algunas EPS que no cumplen, sigan recibiendo recursos, cuando los pacientes no reciben servicios de	Se generaría inequidad respecto a los usuarios que son calculados con el percentil de la EPS liquidada que viene en malas condiciones y terminaría afectando a la EPS receptora o generando selección adversa.  Todas las EPS tienen población con enfermedades de alto costo.	Se aclara que el Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual. Adicionalmente, el presente acto normativo también contempla que en caso de liquidación de una EPS o EOC, el Presupuesto Máximo del periodo que falte de la respectiva vigencia se distribuirá de forma proporcional a sus afiliados y a los grupos de riesgo por el periodo que falte de la respectiva vigencia.  Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.
156	7	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 7. Presupuesto máximo para EPS que no tiene recobros/cobro. Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes	¿Qué diferencia existe entre los dos artículos ??		Al respecto, en primera instancia se procederá al ajuste de la numeración de estos artículos. Con relación a la diferencia entre el contenido de los títulos, es necesario aclarar que esta radica en la metodología para el cálculo del presupuesto máximo, toda vez que el contenido del primer título prevé como se realizará el cálculo en ausencia de información histórica de los recobros/cobros, mientras que en el contenido del segundo título se tiene en cuenta la metodología a seguir para el cálculo del presupuesto máximo para la vigencia siguiente ante la falta de información.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
157	8	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 8. Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente. El Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo con el per cápita de traslado por EPS mensual.	1. Frente a los traslados: ¿Las EPS receptoras siempre tendrán el percapita de los usuarios que vienen de otra EPS? ¿O se realizarán ajustes periódicos para nivelar? 2. ¿Como se realizará el traslado eficientemente para no afectar el percapita de la EPS que lo recibe, independiente de la causa de traslado? 3. Se propone incluir un periodo de transición en el la que todos los actores puedan evaluar el impacto de la norma y así mismo realizar los ajustes al presupuesto Máximo de manera periódica y no esperar el ajuste anual.	1. Se justifica porque el usuario que viene de la EPS liquidada por obvias razones viene con un percapita inferior, toda vez que la EPS se liquida por no prestar servicios.	<p>En lo que concierne a los traslados es necesario enfatizar, de conformidad como lo establece el acto normativo en cuestión, que este proceso se considera pertinencia de La ADRES, la cual dentro del mes siguiente a la expedición del presente acto administrativo, desarrollara, implementara y publicara en su página web el proceso de seguimiento, monitoreo, 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, para lo cual como mínimo cada tres meses se realizara el monitoreo del presupuesto máximo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS.</p> <p>Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Prevendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos."</p> <p>Es importante recalcar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.</p>
158	9	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 9. Definición del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 por cada EPS para el Régimen Contributivo , ANEXO 6	ANEXO 6: Si las EPS en algún momento quisieran mejorar oportunidad, suministros y nuevos pacientes, cómo calcularon estos cambios y si es posible hacerlos.	Tal y como está planteado se arrastran las ineficiencias del sistema y difícilmente podríamos avanzar en calidad y oportunidad y los objetivos de la Triple Meta.	Como es sabido la Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES). Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones en salud de los años 2015, 2016, 2017 y 2018. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC y que al momento no habían sido auditados (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores que pudiesen surgir producto de estas auditorías, se determinó la necesidad de adicionar la doble suma del Q Delta para de manera aritmética incorporarlo en el cálculo del presupuesto máximo de 2020, con el propósito de mantener un crecimiento razonable de estas cantidades. Sin embargo, se evaluará la pertinencia de usar un esquema de crecimiento compuesto para el cálculo del presupuesto máximo en mención.
159	10	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos	Incluir como se van a realizar las auditorías y el cruce con indicadores en salud. Adicionalmente se debe buscar que sean transparentes, públicas y que se permita realizar veeduría ciudadana.		<p>Respecto a sus inquietudes planteadas al Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos, particularmente sobre la necesidad de hacer un seguimiento al flujo de recursos hacia la red de prestadores, se determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.</p> <p>No obstante, en cuanto a su comentario sobre la transparencia en las auditorías, se señala que 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, para lo cual como mínimo cada tres meses se realizara el monitoreo del presupuesto máximo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos e IPS.</p> <p>Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Prevendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
160	11	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 11. Beneficiarios cuentas maestras del Presupuesto Máximo Excepcionalmente, podrán ser beneficiarios de las cuentas maestras las personas que en virtud de orden judicial se les deba reconocer directamente sumas de dinero por concepto de prestación de servicios y tecnologías no financiados con la UPC.	¿A qué se refiere específicamente en casos excepcionales? Es en el caso en que un paciente, pague el servicio complementario o tratamiento de su propio bolsillo y después el ADRES le reembolsa de forma directa	Solicitamos se aclare la redacción, y se identifique la ruta, ¿la persona natural debería tener una cuenta maestra para esto? ¿Cómo serían los tiempos?	Como fue mencionado en la respuesta anterior, este Ministerio determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.
161	12	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 12. Transferencia del Presupuesto Máximo	¿Cómo se garantizará y se verificará la garantía de servicios? Respecto del párrafo: Este 5% de donde sale? ¿Si en la vigencia de 2020 se presentan contingencias, de donde se van a suplir?	Es prioritario incluir un seguimiento específico a los recursos que se van a destinar para el No PBS y se solicita un periodo de transición en el cual se evalúe la medida de forma directa con los pacientes. No se pueden seguir girando recursos solamente contra factura presentada o el cálculo realizado sino contra la prestación efectiva del servicio y el mejoramiento de los indicadores en salud.	<p>Con respecto a su inquietud referente a la verificación de la garantía de la atención de los servicios en salud, este Ministerio se permite precisar que efectivamente, las EPS como responsables de la gestión del aseguramiento en salud, cuentan con los mecanismos de contratación y acuerdos de voluntades a través de los cuales pueden realizar el seguimiento, monitoreo y auditoría de la atención en salud, así es que en el proyecto normativo se realizará el ajuste en el sentido de establecer que en la gestión de las EPS y EOC para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, estas entidades deban, realizar el seguimiento, monitoreo y auditoría 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 hayan concertado.</p> <p>En cuanto al párrafo del artículo 12 en el cual se establece que a partir del segundo año, cada año se dispondrá del 5% del total de los presupuestos máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los presupuestos máximos de las EPS, este Ministerio se permite informar que dicha disposición será eliminada del proyecto normativo en cuestión.</p> <p>Con respecto a la inquietud relacionada con las contingencias que sucedan en el año 2020, es preciso señalar que en el articulado del presente proyecto normativo se establece que, si el valor ejecutado del presupuesto máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el presupuesto máximo, 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. Es así como 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 periodo..</p> <p>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, este proceso 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. Así mismo, 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. e igualmente en el transcurso de los dos (2) meses siguientes a la expedición del acto administrativo, podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta.</p> <p>En virtud a su solicitud de otorgar una transición en la cual se evalúe la medida de forma directa con los pacientes, este Ministerio se permite informar que dado el monitoreo que se tiene previsto para realizar cada 3 meses, serán efectuadas las respectivas evaluaciones y ajustes ex post a que haya lugar supliendo de esta manera la figura de transicionalidad del proyecto normativo que nos ocupa. Ahora bien, en cuanto a la consideración realizada sobre la prestación efectiva del servicio y el mejoramiento de los indicadores en salud, se reitera que en el presente acto administrativo se incorporará un apartado en el cual se establezca la realización de ajustes Ex post por el cumplimiento de indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS o EOC, de acuerdo a los mecanismos que para el efecto establezca este Ministerio, buscando incentivar el logro de resultados en salud en el marco de la integralidad de la prestación de servicios de salud. Es decir, se integran las fuentes de financiación pues los resultados en salud están constituidos por el conjunto de acciones que no dependen exclusivamente de esta fuente de financiación.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
162	13	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. En el caso que las EPS generen ahorros en la vigencia respectiva, las EPS devolverán o transferirán a La ADRES el 60% de los ahorros dentro de los tres primeros meses de la vigencia siguiente.	Si la formula está bien calculada, no deberían existir remanentes ni restantes. Adicionalmente preocupa que estos ahorros vayan en detrimento de la prestación de servicios de salud con calidad para los pacientes. ¿Cómo se manejarán los rendimientos financieros? ¿Qué pasa con los gastos financieros de las cuentas maestras, quien los asume? No deben existir incentivos en este cálculo, hasta no demostrar que es eficiente con los usuarios en la prestación del servicio ligado a indicadores de salud, de lo contrario se estaría propiciando contención del gasto.	Cómo se realizará el control efectivo del gasto para que el recurso no se quede en los bancos generando rentabilidad para EPS y ADRES, sino que en realidad sea invertida en la salud de la población.	En consideración a las preocupaciones planteadas respecto de lo estipulado en el artículo 13 del presente proyecto normativo, concerniente al tema de ahorros, rendimientos financieros, cuentas maestras y en virtud de la observación de posibles incentivos de barreras de acceso, así como el control efectivo del gasto, le comunico que se acogen las solicitudes que al respecto han sido formuladas y en tanto lo anterior, estos ítems serán revaluados. Sin embargo, se aclara que en ningún caso esta iniciativa se constituye en una barrera de acceso, al contrario crea las condiciones para que efectivamente los pacientes puedan tener disponibilidad sin dilaciones pues el giro ex ante, facilita la programación, entre otros aspectos a considerar.  Por otra parte, es importante señalar que el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 a la letra dice: "... En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio." aspecto este que se recoge en los considerandos y en el articulado del presente proyecto normativo.
163	14	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 14. Patrimonio adecuado.	La Superintendencia de Salud debería determinar las EPS que tienen capacidad para continuar en el sistema, no tiene sentido girar recursos por anticipado, a EPS con indicadores en salud y financieros negativos.  Se debe relacionar la Ley de acuerdo de punto final, para que las deudas queden saldadas, y así buscar que Presupuesto Máximo empiece a operar sin las deudas del pasado, de lo contrario, preocupa que los recursos girados por adelantado sean destinados a pagos de carteras vencidas y no a atender el No PBS de los pacientes.	Debe hacerse de manera prioritaria la depuración de las EPS.	En relación con el comentario sobre la capacidad de las EPS para continuar en el Sistema, es preciso tener en cuenta que la Superintendencia Nacional de Salud de conformidad con sus competencias de vigilancia, inspección y control, es la encargada del seguimiento al cumplimiento de la normatividad vigente que aplica a las EPS, en consecuencia mientras no se declare la liquidación de una aseguradora esta continua siendo objeto de las normas que este ministerio emita. En este sentido, para el caso de las EPS inmersas en procesos de liquidación, aplicaría la metodología señalada en el articulado del presente acto normativo en lo referente a la transferencia de los recursos asignados al presupuesto máximo.  De otra parte, en cuanto a la vinculación de la Ley de acuerdo de punto final al presupuesto máximo, este ministerio se permite realizar la siguiente precisión:  Las fuentes de financiamiento del Sistema de Salud de Colombia se basan en recursos fiscales y parafiscales. Estas fuentes se ven afectadas por las condiciones demográficas, epidemiológicas y tecnológicas, generando aumentos en las necesidades del gasto en salud de la población ante la restricción de los recursos destinados a dicho sector.  Bajo este contexto, se hace necesario establecer incentivos para los actores del Sistema de Salud que se encuentren alineados con las metas financieras, como lo es el acuerdo de punto final, contemplado en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, que busca el saneamiento progresivo de la cartera asociada a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, así como un eficiente uso del gasto en salud entre los agentes del sistema de salud en los regímenes contributivo y subsidiado, generando una nueva forma en la practicas financieras.  Dentro del marco del acuerdo de punto final, se encuentra la adopción de reformas en el reconocimiento y pago asociado a estas tecnologías, que promuevan mayor eficiencia en el gasto de salud (Bases PND 2018-2022). Dentro de estas reformas y como parte de los incentivos a los agentes del Sistema, este Ministerio ha venido desarrollando e implementado los Valores Máximos de Recobro para los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC. Asimismo, dentro de otras estrategias encaminadas a materializar el acuerdo de punto final, se encuentran el presupuesto máximo establecido para cada EPS y destinados al financiamiento de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, mecanismo consagrado en el artículo 240 de la mencionada ley.  Es así como el presupuesto máximo hace parte de las estrategias descritas anteriormente, las cuales se encuentran encaminadas a obtener un saneamiento definitivo de la cartera de los servicios y tecnologías no financiados con los recursos de la unidad de pago por capitación a nivel nacional como en el orden territorial.
164	15	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 15. Mecanismo Financiero y de Seguros.	Se debería establecer de manera obligatoria el seguro por parte de las EPS, la expresión "podrán" genera toda clase de oportunidades para incumplir la norma.		Respecto del establecimiento de mecanismos financieros y de seguros por parte de las EPS, es importante tener en cuenta que el parágrafo del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, al respecto establece lo siguiente: "Parágrafo. Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC." (Resaltado fuera de texto). En este sentido, al Ministerio no le es dable a través del proyecto normativo en cuestión realizar modificaciones a los mandatos establecidos en la citada Ley, en tanto lo anterior no es procedente establecer de manera obligatoria el seguro por parte de las EPS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
165	16	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 16. Acceso.	No se encuentran ligado los indicadores de salud, consideramos que son fundamentales. ¿Como se garantizará el acceso a nuevas tecnologías que requieran los pacientes? ¿Qué pasa con los servicios complementarios, el Art. 16 no contempla el paso a paso para lograr el acceso efectivo?		<p>En relación con la vinculación en la metodología de presupuestos máximos de los indicadores de salud, se enfatiza que en atención a su comentario, este Ministerio considera realizar ajustes a la definición del Presupuesto Máximo para cada EPS, en el sentido de señalar que, será el resultado de sumar la aplicación de las metodologías de cálculo de Presupuesto Máximo para Medicamentos, APME y Grupo Relevante de procedimientos y servicios complementarios. Estos presupuestos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, a través de mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, considerando los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otros, esto dentro del proceso de monitoreo que se contempla en el presente proyecto normativo y en el marco de la integralidad de la prestación de servicios de salud. Es decir, se integran las fuentes de financiación pues los resultados en salud están constituidos por el conjunto de acciones que no dependen exclusivamente de esta fuente de financiación.</p> <p>Respecto a la garantía del acceso a nuevas tecnologías y el acceso efectivo a servicios complementarios, es importante precisar que el objeto del presente proyecto normativo es definir la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado y en consecuencia en el articulado se establece que están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financia con la UPC, según corresponda.</p> <p>Es así como el proyecto normativo, respecto de nuevos servicios y tecnologías, precisa la financiación para 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. Igualmente, señala que 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..</p> <p>Así mismo se aclara que haran parte del presupuesto máximo 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, se aclara que 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. Y en este mismo sentido, tambien sera financiado con presupuesto máximo aquel medicamento cuyo valor del tratamiento sea menor o igual al tratamiento de los servicios y tecnologías en salud financiados con cargo al presupuesto máximo. En todo caso, entre tanto se determine la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará finaciado por el presupuesto máximo.</p> <p>Ahora bién, para los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, en el proyecto normativo se establecerá que 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. Lo anterior aplica igualmente para los procedimientos nuevos en el país para los cuáles el valor máximo de recobro será propuesto en la evaluación de tecnologías de salud respectiva. .</p> <p>Sobre los “servicios sociales complementarios”, vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término “sociales”, cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p> <p>Finalmente debe tenerse en cuenta que en el marco de lo contemplado por el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, el artículo 16 del proyecto normativo preceptúa que “Las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud.”</p>
166	17	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 16. Acceso.	En la actualidad por la plataforma MIPRES se prescriben servicios diferentes a los que cubre esta norma ej: Medicina alternativa, dispositivos médicos. ¿qué pasa con estos servicios, continuaría el recobro? ¿Estos servicios que no están dentro de la Resolución, también tendrían un techo? ¿Son aplicables para los dos regímenes?	Existe algún valor o cálculo para generar acceso a los servicios que no incluye la resolución.  Se pide establecer el procedimiento que se tendría en caso de que una nueva tecnología llegue al país, cuente con registro INVIMA y el médico tratante la ordene para el paciente. No se puede limitar el acceso a los pacientes que lo requieren.	<p>En relación con los servicios prescritos a través de MIPRES es importante tener en cuenta que esta herramienta continúa operando con las directrices normativas vigentes y no tiene cambios, pues efectivamente, tal aplicativo se usa para la prescripción de los servicios y tecnologías de salud no financiados con la UPC, en consecuencia los servicios como medicina alternativa y dispositivos médicos, objeto de recobro/cobro, hacen parte del cálculo de los presupuestos máximos, además de los servicios y tecnologías recobrados por órdenes de tutela y fallos judiciales. Es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que se constituye en sí mismo en un reflejo del uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES.</p> <p>Se enfatiza en que el presupuesto máximo se fija entonces para el conjunto de tecnologías que fueron observadas en años anteriores y cuyo costo es susceptible de estimación.</p> <p>Ahora bien para los servicios que no incluye el proyecto normativo en cuestión, se estudia la posibilidad de ajustar el proyecto de resolución en el sentido de establecer que sea La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (La ADRES), la que determinare los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo, para el efecto deberá considerar la Resolución 1885 de 2018 o la que la modifique o sustituya.</p>
167	18	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 17. Redes de prestación de servicio.	Se solicita eliminar el verbo “podrán” para que quede de manera obligatoria cumplir con MAITE tal y como lo establece la Ley.		En relación con la solicitud de cambiar el verbo “podrán” y establecer la obligatoriedad para las EPS en la conformación de redes de prestación de servicios, le comunico que este Ministerio se encuentra evaluando su solicitud
168	19	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo.	2. No estamos de acuerdo, con que se establezca un mecanismo alternativo para las exclusiones, toda vez que va en contravía de los artículos 12, y 15 de la Ley Estatutaria. 3. Todo lo relacionado con alimentos con propósito médico y servicios complementarios no debe ser incluido en esta resolución. Preocupa que se ligue a la Junta médica porque no todas las EPS la tienen de manera permanente.  Respecto al párrafo 5: Se estaría creando un proceso alternativo al de la Ley Estatutaria, sin la suficiente participación. Por lo cual proponemos que solamente queden por fuera de la financiación el listado de Exclusiones que ha adelantado el Ministerio de Salud, con las diferentes etapas de consulta. Solicitamos se elimine el párrafo 5.	Se propone que no quede incluido alimentos y servicios especiales en esta resolución, debería establecerse la fuente de financiación como lo indica la Ley Estatutaria. De no ser posible se solicita se especifique la ruta para entrega de estos servicios a los pacientes.	<p>En consideración al comentario en el que señala no estar de acuerdo, con que se establezca un mecanismo alternativo para las exclusiones, es importante precisar que lo prescrito en los artículos 18 al 20, bajo ninguna circunstancia pretende constituirse en un mecanismo alternativo para las exclusiones, por cuanto lo que se trata con el presente acto administrativo es dar claridad respecto a los servicios y tecnologías en salud que se financian con el presupuesto máximo y aquellos que no se financian, dentro de estos últimos están contenidas las exclusiones.</p> <p>Sin embargo, con el fin de dar mayor rigurosidad al acto administrativo, se ajustará en el sentido de precisarse que corresponde a 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.</p> <p>En atención a su solicitud de no incluir los alimentos y servicios especiales en la norma en cuestión, este Ministerio señala que los servicios y tecnologías en salud incluidos a financiar dentro de la metodología de presupuestos máximos son el resultado del análisis de la información histórica de los valores recobrados o cobrados de las vigencias 2015 a 2019 en el régimen contributivo, con corte a junio de 2019, es así como se estableció que el Presupuesto Máximo a implementar para servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC corresponde al de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales –APME, Procedimientos y Servicios Complementarios, recobrados o cobrados en los Regímenes Contributivo y Subsidiado y en tanto lo anterior no se acoge su solicitud.</p> <p>Respecto a la solicitud de eliminar el párrafo 5 del artículo 18, se considera importante resaltar que este artículo hace referencia a Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo, este no hace referencia a exclusiones. Por lo anterior, no se acoge su solicitud de eliminar el contenido del párrafo 5 en razón a que el alcance del mismo es precisar la metodología para la inclusión de nuevas tecnologías a financiar por el presupuesto máximo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
169	20	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios.	Se solicita incluir la ruta de acceso que tendríamos los pacientes para acceder a estos servicios. ¿Cuál es el tiempo para que ADRES pague?  Los Servicios Sociales complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente. ¿Por qué se excluyen si hacen parte del paquete de servicios complementarios? ¿Si no es con Presupuesto Máximo, quién y cómo los paga?	Teniendo en cuenta que está es una resolución, debe generar la mayor claridad y pasos para conocimiento de todos los actores. Dejar la responsabilidad de definir proceso, procedimientos y Auditorias a ADRES, sin fijar tiempo es dilatar un proceso y quedar en un vacío respecto a los meses en que se defina dicho procedimiento.	En atención a la solicitud de incluir la ruta de acceso a los servicios y tecnologías listados en el artículo 19, se considera importante precisar que el alcance del presente proyecto normativo es definir la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago Capitación, mas no establecer rutas de acceso a los servicios de salud de competencia de las EPS.  Sin embargo, el proyecto de resolución contempla tales medidas en el articulado a partir de las cuales L160
170	21	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 20. Garantía de los demás Servicios y Tecnologías en salud	¿Funcionaría como Recobros? ¿Cuáles serían los tiempos para el reconocimiento del pago? ¿Qué seguimiento a la prestación efectiva del servicio se realizaría?		Al respecto se informa que la propuesta será aclarada en el sentido de señalar que los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con los recursos diferentes a la UPC y a los de 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.  No obstante lo anterior, los servicios y tecnologías que sean fallados por tutela u orden judicial, serán financiados dentro de los presupuestos máximos considerando que su probabilidad de ocurrencia fue tenida en cuenta en los cálculos de la metodología que define el proyecto de acto normativo en cuestión.
171	22	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 27. Fórmulas magistrales.	No se debe dejar esta responsabilidad en cabeza de las EPS. ¿Qué pasa si la fórmula tiene principios activos que están dentro del PBS y otros no? ¿De dónde se va a pagar? ¿Quién pagara todo lo relacionado con centrales de mezclas y salas de infusión, hace parte de este presupuesto máximo o no?	Se debe determinar quién será el responsable de pagar fórmulas magistrales. Se debe buscar dar toda la claridad en el proceso para evitar el desgaste en trámites para los pacientes.	De conformidad con lo manifestado en el presente comentario respecto a la responsabilidad de las EPS en la definición de la financiación de las preparaciones magistrales, se precisa que como entidades encargadas del aseguramiento de la población afiliada, las EPS son las directas responsables por la gestión de la atención en salud, en este sentido se debe tener en cuenta que las fórmulas magistrales al ser mezclas de principios activos o adecuaciones de formas farmacéuticas pueden contener elementos financiados tanto con cargo a la UPC como mediante presupuestos máximos, en cuyo caso la financiación se hará por separado con cargo a la fuente de financiamiento que le corresponda. En todo caso deberán ser garantizadas por las EPS.
172	23	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 27. Fórmulas magistrales. Artículo 26. Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos y APME. Artículo 27. Radiofármacos.	Se solicita revisar consecutivo de la numeración.		En atención a su solicitud de revisar el consecutivo de la numeración de los artículos 26 y 27, que contienen los títulos de Fórmulas magistrales, Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos y APME y Radiofármacos, se informa que se procederá a realizar los ajustes correspondientes, no obstante lo anterior para imprimirle mayor claridad al acto administrativo, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.
173	24	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 27. Fórmulas magistrales. Artículo 26. Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos y APME. Artículo 27. Radiofármacos.	Se solicita revisar consecutivo de la numeración.		En atención a su solicitud de revisar el consecutivo de la numeración de los artículos 26 y 27, que contienen los títulos de Fórmulas magistrales, Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos y APME y Radiofármacos, se informa que se procederá a realizar los ajustes correspondientes, no obstante lo anterior para imprimirle mayor claridad al acto administrativo, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
174	25	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 31. Concordancia entre la prescripción y la dispensación.	¿Cuándo la prescripción y la presentación comercial son diferentes, que sucedería en esos casos?  Se debe generar trazabilidad para identificar lo que realmente se entrega VS lo que se cobra.	La presentación se debería ajustar a la dinámica de la prescripción. Los pacientes requerimos que se garantice de manera completa e integral, lo ordenado por el médico tratante. Proponemos: 1. Garantizar lo formulado por el médico tratante. 2. Si por presentación es inferior la cantidad, se debe cobrar al sistema sobre lo efectivamente suministrado.	Respecto de las inquietudes planteadas en relación con el artículo 31, este Ministerio se permite informar que considerara los aspectos objeto de sus observaciones, en tanto lo anterior incluirá en el articulado de la norma que la cantidad de medicamento dispensado deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito, esto teniendo en cuenta lo señalado en los artículos 2.5.3.10.18 y 2.5.3.10.19 del Decreto 780 de 2016, en cuanto a las obligaciones y prohibiciones del dispensador, respectivamente.
175	26	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 39. Prótesis dentales (Mal numerado) Artículo 37. Tratamientos reconstructivos	La redacción es muy abierta. Se sugiere definir con claridad cuando y cómo se debe proceder a cubrir las terapias reconstructivas, para evitar posibles abusos.		En relación con la observación orientada a revisar la numeración del título de prótesis dentales, se comunica que se procederá a la corrección en la numeración del articulado.  De otra parte, con respecto a la sugerencia de precisar la redacción del artículo 37 correspondiente a tratamientos reconstructivos e imprimirle una mayor claridad a su definición, este Ministerio considera que el artículo en cuestión se encuentra debidamente soportado en cuanto a que la cobertura está en directa relación con una finalidad de carácter funcional y respetando el criterio del médico tratante, en tanto lo anterior no se acoge su propuesta al respecto.
176	27	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 39. Dispositivos médicos. (Mal numerado)	Las excepciones de las que trata este artículo, como se van a financiar ¿Serían recobradas?	Es importante determinar la fuente y el proceso de financiación se los dispositivos que no están incluidos en este Presupuesto Máximo.	Se tiene en cuenta la observación procediendo a realizar la enumeración correctamente, en tanto lo anterior en esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  De igual manera, con respecto al comentario sobre la financiación de las excepciones del presente artículo, este Ministerio informa que la propuesta será aclarada en el sentido de señalar que los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con los recursos diferentes a la UPC y a los de 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.
177	28	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos.	¿Qué modelo de auditoría aplicará ADRES para esta regulación? Si el actual modelo de auditoría de ADRES ha demostrado ineficiencias e incompetencias señaladas por el propio ADRES. El seguimiento, Control y monitoreo se debe realizar a todos los actores del sistema, incluidas IPS. Se sugiere eliminar el podrán. Respecto al proceso de auditoría se debería generar frente al posible abuso en la ejecución, como también a la no ejecución (puede ir en detrimento de la salud de los pacientes)	Se requiere de un modelo que realmente garantice una auditoría pública y transparente, en tiempos oportunos.  Se propone en el seguimiento y control la vinculación de la Superintendencia Financiera.  Parágrafo: La ADRES publicará el resultado del seguimiento y monitoreo a los Presupuestos Máximos, como mínimo por EPS y región. Se solicita que se incluyan todos los actores y que se genere mínimo trimestralmente.	Respecto a su inquietud sobre el modelo de auditoría a implementar por La ADRES, es procedente informar que esa entidad conoce y ha participado activamente de todos los procesos de socialización del presente acto normativo, en concordancia, esta entidad trabaja en la construcción del proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo. Es importante resaltar que en dicho proceso se considera 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. Dicho proceso será publicado en la página web de la entidad dentro del primer mes de la ejecutoria del presente acto normativo.  Es así como para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.  Con la entrada en vigencia de la iniciativa de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generará alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.  Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos."  En relación a su sugerencia de involucrar en el seguimiento y control a la Superintendencia Financiera, es necesario tener en cuenta que el proceso de auditoría que se adelanta 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, por lo cual no se considera incluir a la Superintendencia Financiera de Colombia.  Finalmente, en atención a su propuesta de modificar el parágrafo en el cual se establece que La ADRES publicará el resultado del seguimiento y monitoreo a los Presupuestos Máximos, en el sentido de incorporar a todos los actores y que la publicación se genere mínimo trimestralmente, se resalta que el articulado del proyecto normativo, acogiendo su recomendación, contemplará que 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.
178	29	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 41. Deber de Información	Se sugiere establecer sanciones a las EPS que no cumplan con la obligación de reportar, con el debido nivel de detalle y en los tiempos solicitados por el Ministerio de Salud.		En consideración a la sugerencia para establecer sanciones a las EPS que no cumplan con la obligación de reportar información, con el debido nivel de detalle y en los tiempos solicitados por el Ministerio de Salud, es importante tener en cuenta que el proyecto normativo contempla en el articulado, que 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.  De lo aquí dispuesto y en concordancia con la normatividad vigente, debe tenerse en cuenta que los correctivos a que hace referencia el articulado del acto administrativo en cuestión, tienen entre otras implicaciones las señaladas por la Ley 1438 de 2011, la cual establece sanciones por la no provisión de información cuando haya incumplimiento con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), dentro de estas medidas, se contempla la suspensión de giros y la revocatoria de la certificación de habilitación a EPS y prestadores de servicios de salud.
179	30	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 43. No envío de la información.	Establecer sanciones por no envío de información, que deben ser pagadas con recursos propios de la EPS.		Se reitera la respuesta al comentario anterior en el sentido que el proyecto normativo contempla en el articulado, que 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.  De lo aquí dispuesto y en concordancia con la normatividad vigente, debe tenerse en cuenta que los correctivos a que hace referencia el articulado del acto administrativo en cuestión, tienen entre otras implicaciones las señaladas por la Ley 1438 de 2011, la cual establece sanciones por la no provisión de información cuando haya incumplimiento con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), dentro de estas medidas, se contempla la suspensión de giros y la revocatoria de la certificación de habilitación a EPS y prestadores de servicios de salud.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
180	31	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	Artículo 44. Servicios Sociales Complementarios	Capacidad de pago: Se considera regresivo, entrar a aplicar el criterio de capacidad de pago, cuando la Ley Estatutaria fue clara en que la responsabilidad del Ministerio era buscar nuevas fuentes de financiación para los servicios complementarios. Solo se nombra el régimen contributivo, dando lugar a interpretaciones ambiguas.	Se sugiere eliminar párrafo.	<p>Sobre los “servicios sociales complementarios”, vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término “sociales”, cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p> <p>En atención al comentario sobre la aplicación del criterio de capacidad de pago en los servicios complementarios, es necesario tener presente los siguientes postulados de la Ley:</p> <p>El Artículo 160 de la Ley 100 de 1993, establece los deberes de los afiliados y de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, precisando en su numeral 3 la obligación de facilitar el pago y pagar las cotizaciones y demás erogaciones a que haya lugar, cuando corresponda. A su vez, el Artículo 187 de la misma Ley dispone que los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y copagos.</p> <p>Igualmente, la Ley 1751 del 16 febrero de 2015, Ley Estatutaria en salud, señaló en su artículo 10, los derechos y deberes de las personas en relación con la prestación del servicio de salud y en lo pertinente a los deberes, su literal i) determinó contribuir solidariamente con el financiamiento del sistema de acuerdo a su capacidad de pago.</p> <p>Así las cosas, se evidencia que la Ley es clara y precisa al contemplar la aplicación del criterio de capacidad de pago, esto bajo el principio de solidaridad sobre el cual se fundamenta el SGSSS, por lo cual este Ministerio no comparte su señalamiento en cuanto a la regresividad del desarrollo de la metodología de presupuestos máximos, específicamente para los servicios sociales complementarios, en tanto lo anterior no se acoge la sugerencia de eliminar el párrafo del presente artículo.</p>
181	32	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	ANEXO 3 LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO	Los pacientes hemos manifestado en diferentes oportunidades que estamos de acuerdo con la metodología y lo relacionado a la aplicación de valores máximos de recobro. Sin embargo, solicitamos se nos informe, cuando se incluyó el nuevo listado de medicamentos sujetos a esta metodología.		<p>Referente a su solicitud de información sobre el nuevo listado de medicamentos sujeto a la metodología del cálculo de presupuestos máximo, se considera pertinente dar claridad sobre los siguientes aspectos:</p> <p>1.El listado no hace referencia a coberturas, se trata de un referente de valores para el cálculo del presupuesto máximo.</p> <p>2. Este referente de valores se obtiene del análisis de la información histórica de los valores recobrados o cobrados en las vigencias 2015 a 2019 del régimen contributivo, con corte a junio de 2019, para el establecimiento de Presupuesto Máximo a implementar para servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC</p> <p>3. Por lo anterior y de conformidad con lo señalado en el proyecto normativo los servicios y tecnologías de salud objeto de la aplicación de la metodología de cálculo de presupuestos máximos corresponden a “Medicamentos Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Complementarios no financiadas con cargo a la UPC.</p> <p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>
182	33	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	ANEXO 4 LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE ALIMENTOS CON PROPÓSITO MEDICO ESPECIAL- APME	Se reitera la solicitud de eliminar de esta regulación a las enfermedades huérfanas.		<p>Con respecto a la solicitud de eliminar de esta regulación a las enfermedades huérfanas, se recalca en cuanto a que el presente proyecto normativo surge en cumplimiento del artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”, que establece que este Ministerio debe definir la metodología para el Presupuesto Máximo anual que la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES, les transfiera a las EPS, por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC. En virtud de lo anterior, el presente acto normativo establece la metodología para determinar el presupuesto máximo para medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios.</p> <p>Así las cosas, no se acoge esta observación, por cuanto en relación con las enfermedades huérfanas se debe aclarar que desde la ley 100 de 1993 todas las patologías están cubiertas. Aspecto que la Ley estatutaria recoge al declarar la salud como derecho fundamental.</p> <p>En este acto administrativo se introduce un artículo que precisa la gestión de los servicios y tecnologías en salud relacionado con las enfermedades huérfanas. Ello con el fin de facilitar la implementación de las otras estrategias que desarrolla este ministerio en este tema.</p> <p>En conclusión este acto administrativo profundiza el cumplimiento de la ley Estatutaria, acerca lo que hoy era individual al Aseguramiento, crea las condiciones para la integralidad, fortalece la autonomía médica y crea las condiciones para una mejor gestión</p>
183	34	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	LISTADO DE PRECIOS	El Estado no puede pagar por encima de los valores regulados en ningún caso, tanto medicamentos, procedimientos y servicios complementarios. Se sugiere un seguimiento específico a las EPS que paguen por encima de estos valores y las sanciones pertinentes. Desde la óptica de la sociedad civil no estamos de acuerdo con la intermediación, sin embargo, bajo el modelo que tenemos, la intermediación debe ser pública para eliminar los incentivos que se generan en deterioro de los recursos del sistema de salud, la calidad y servicios de los colombianos.		<p>Al respecto se precisa que, la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado no se constituye per se en una regulación de precios, por cuanto para efectos del cálculo respectivo dichos valores tienen en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a La ADRES por el suministro de la tecnología en salud al paciente, al no constituirse en una regulación de precios, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>Por lo anteriormente expuesto, se enfatiza que no se puede hablar de una regulación de precios, en consecuencia al tratarse de valores de referencia, los precios de venta pueden ser establecidos por quien corresponda, en este sentido el seguimiento específico a las EPS corresponderá realizarlo a La ADRES a través del proceso de seguimiento, monitoreo y auditoría y demás actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Este acto administrativo si crea las condiciones para mejorar la gestión de la salud, pues se integra en la práctica con las tecnologías y servicios UPC. Las gestionará un mismo actor.</p>
184	35	30/12/2019	201942302088192	DENIS H SILVA SEDANO Vocero Pacientes Colombia y Director	Asociación Colombia Saludable	ANEXO 7 ESTRUCTURA DE COSTOS PARA EL TRASLADO DE AFILIADOS PARA LA VIGENCIA 2020	1. Se termina perjudicando a las EPS que vienen haciendo bien la tarea, porque se paga sobre el percapita de la EPS de la que sale el paciente, castigando a la receptora. 2. Se debe acabar con la practica de la selección adversa. Que, aunque está prohibida en algunos los pacientes la viven.		<p>En atención a las inquietudes contenidas en los numerales 1 y 2 del presente comentario, es importante recordar que para efectos del traslado de afiliados derivadas de situaciones que afectan la operación de las EPS como son: retiro o liquidación voluntaria, revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación, o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar, la normatividad vigente (Decreto 780 de 2016, artículos 2.1.11.1 y siguientes) contempla un mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de las EPS a fin de garantizar la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo o Subsidiado, así la iniciativa de presupuesto máximo prevé con el traslado de los recursos del presupuesto máximo garantizar la continua prestación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC en los eventos de traslado de EPS.</p> <p>En el tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
185	1	26/12/2019	201942302082712	JUAN GUILLERMO ARIZA LOZANO	BAXTER	Anexo 4 Grupo relevante # 8	<p>Solicitud de revisión de la información y bases de datos a partir de la cual se calculó el Valor de Referencia de APMES para las fórmulas oligoméricas normocalóricas en líquido, grupo relevante #8</p>	<p>Consideramos que el valor de reconocimiento (VR) reportado en el Anexo 4 para el grupo relevante (GR) #8 correspondiente a las fórmulas oligoméricas normocalóricas es inexplicablemente bajo. El VR de COP 17,96 por mililitro, estaría un 85% por debajo del precio de venta de las marcas y presentaciones comerciales que BAXTER comercializa en este GR (Peptamen Prebio, Peptamen Intense y Peptamen Junior). Así mismo, el VR del GR #8 podría estar subestimando el percentil 25 de los valores de recobro para este GR y los oferentes aquí considerados.</p> <p>Al hacerse públicos los VR, la revisión y garantía de precisión de la información es de vital importancia ya que estos se convierten en un referente de negociación y compra en el sistema de salud. En la práctica este fenómeno se ha hecho evidente con la implementación de la Resolución 1019 de 2019 para el caso de medicamentos. Es claro que los valores de referencia no son los mismos VMR, pero para efectos de mercado, su uso como base de negociación y como referente de “valor máximo en el mercado” es el mismo.</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, es importante mencionar, que una vez excluidos los registros de los valores atípicos en UMC en la aplicación de la metodología, quedan un total de 12.638 registros. Los índices de precios tomados para llevar a precios constantes del año de vigencia 2020 los valores recobrados del respectivo año corriente, son los siguientes: De acuerdo a la variación del IPC serie histórica publicada por el Banco de la República:</p> <p>Para 2016: 1.057 Para 2017: 1.041 De acuerdo a la inflación esperada dentro del marco fiscal de mediano plazo: Para 2018: 1.033 De acuerdo a la meta de inflación establecida por el Banco de la República: Para 2019: 1.030 Para 2019: 1.031</p> <p>Es importante reiterar que el procesamiento de la base de datos descrita fue realizado en el software de minería de datos IBM SPSS Modeler 18.2 y la generación del resultado de VMR fue realizado en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.</p> <p>Es importante señalar que el valor de referencia no constituye un precio de mercado, es un componente del cálculo del presupuesto máximo y la definición del mismo es a nivel de grupo relevantes por lo tanto no hace distinción por marca, presentación comercial ni concentración.</p> <p>Frente a la certeza de los cálculos, este ministerio público la base de datos dé cálculo de valor de referencia en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social para que los actores interesados en el proceso llevaran a cabo el cálculo del valor de referencia. Adicionalmente el proceso de consulta pública del proyecto de acto administrativo se ha realizado en 2 oportunidades, La primera entre los días 16 de diciembre del año 2019 al día 02 de enero del año 2020 y la segunda entre los días 9 a 23 de enero, siendo este un espacio suficiente para tal efecto. Lo anterior les permite a los actores tener certeza sobre los cálculos, siendo un proceso claro y transparente, de igual forma como ocurrió con los medicamentos.</p>
186	2	26/12/2019	201942302082712	JUAN GUILLERMO ARIZA LOZANO	BAXTER	Anexo 4 Grupo relevante # 8	<p>Solicitud de revisión de la información y bases de datos a partir de la cual se calculó el Valor de Referencia de APMES para las fórmulas oligoméricas normocalóricas en líquido, grupo relevante #8</p>	<p>Además de la reunión de socialización en el Ministerio, los comercializadores de APMES, no tuvimos un espacio de consulta pública formal, suficiente y que, de forma transparente, permitiera revisar las bases de datos de recobros ni evidenciar el origen de los cálculos de VR. Caso contrario al de medicamentos, en donde el proceso de revisión del cálculo de VMR se hizo de forma transparente y con suficiente espacio de tiempo para consulta.</p> <p>En este sentido, como comercializadores de tecnologías APMES, no tenemos certeza de la exactitud de los cálculos de VR ni de que el cálculo posterior de presupuestos máximos garantice la suficiencia de recursos para dar garantía del acceso a las tecnologías APMES.</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Una vez aclarado lo anterior, es importante mencionar, que una vez excluidos los registros de los valores atípicos en UMC en la aplicación de la metodología, quedan un total de 12.638 registros. Los índices de precios tomados para llevar a precios constantes del año de vigencia 2020 los valores recobrados del respectivo año corriente, son los siguientes: De acuerdo a la variación del IPC serie histórica publicada por el Banco de la República:</p> <p>Para 2016: 1.057 Para 2017: 1.041 De acuerdo a la inflación esperada dentro del marco fiscal de mediano plazo: Para 2018: 1.033 De acuerdo a la meta de inflación establecida por el Banco de la República: Para 2019: 1.030 Para 2019: 1.031</p> <p>Es importante reiterar que el procesamiento de la base de datos descrita fue realizado en el software de minería de datos IBM SPSS Modeler 18.2 y la generación del resultado de VMR fue realizado en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.</p> <p>Así mismo, cabe señalar que el valor de referencia no constituye un precio de mercado, es un componente del cálculo del presupuesto máximo y la definición del mismo es a nivel de grupo relevantes por lo tanto no hace distinción por marca, presentación comercial ni concentración.</p> <p>Frente a la certeza de los cálculos, este ministerio público la base de datos dé cálculo de valor de referencia en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social para que los actores interesados en el proceso llevaran a cabo el cálculo del valor de referencia. Adicionalmente el proceso de consulta pública del proyecto de acto administrativo se ha realizado en 2 oportunidades, la primera entre los días 16 de diciembre del año 2019 al día 02 de enero del año 2020 y la segunda entre los días 9 a 23 de enero, siendo este un espacio suficiente para tal efecto. Lo anterior les permite a los actores tener certeza sobre los cálculos, siendo un proceso claro y transparente, de igual forma como ocurrió con los medicamentos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
187	3	26/12/2019	201942302082712	JUAN GUILLERMO ARIZA LOZANO	BAXTER	Anexo 4	<p>Solicitud de consulta pública de la conformación de grupos relevantes para Alimentos con Propósito Médico Especial (APMES).</p> <p>Los comercializadores de APMES no tuvimos un espacio de consulta pública que de forma participativa e incluyente permitiera definir de una manera deliberativa y técnica los GR para APMES. Desconocemos el proceso, criterio y estándares de referencia por el cual se llegó a la definición de los 13 GR presentados en el Anexo 4.</p> <p>Al ser un determinante del cálculo de VR y del cálculo de presupuestos máximos, ampliar la discusión sobre los GR en APMES es de vital importancia para:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Garantizar la precisión en la estimación.</li><li>- Que todas las tecnologías APMES comercializadas estén adecuadamente representadas en cada GR</li><li>- El cálculo de presupuesto máximo permita garantizar la suficiencia de recursos para el acceso a estas tecnologías</li></ul> <p>A diferencia de medicamentos y procedimientos médicos, que cuentan con estándares de agrupación bien definidos y de alta especificidad (ATC-5 o CUPs), los APMES carecen de un estándar de agrupamiento único, ameritando mayor discusión y entendimiento de las definiciones. Pensamos que al haber más controversia en la manera de agrupar los APMES, la consulta pública con los comercializadores y un mayor entendimiento de consideraciones especiales en esta categoría darían mayor legitimidad al proceso y una mejor clasificación de este tipo de tecnologías.</p>	<p>Los comercializadores de APMES no separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Adicional a lo anterior, es importante precisar que en la actualidad tenemos 152 alimentos para propósito médico especial parametrizados para su prescripción a través de MIPRES; es cierto, que cada uno de estos son productos sumamente especializados y de gran importancia para la terapia nutricional, que además brindan alternativas completas a los grupos de soporte nutricional en el ámbito clínico, siendo estos equipos de expertos profesionales quienes al final del día definen cual será el producto y/o terapia nutricional que responde a las necesidades específicas de cada paciente.</p> <p>En este sentido, es importante mencionar que para el proceso que actualmente adelanta este Ministerio, relacionado con la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.</p> <p>Es así, que este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) de los Régimenes Contributivo y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.</p> <p>También es importante enfatizar que cuando se hace referencia al número de oferentes por grupo relevante, se refiere al número de comercializadores, y la revisión en detalle de la base de datos fuente del análisis, está dispuesta para su consulta pública a través de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a></p> <p>Así mismo, resulta necesario puntualizar que en el mismo sentido que los grupos relevantes con Valor Máximo de Recobro de Medicamentos; La información que será publicada para el cálculo de valor de referencia de los grupos relevantes APME no contempla el nombre del producto o código Mipres, solo los registros asociados a cada grupo relevante APME con los campos necesarios para el cálculo del valor de referencia.</p> <p>El proyecto de resolución de presupuesto máximo, establece que el Valor de Referencia - VR 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. Por lo tanto la metodología al no establecer un valor de referencia por nombre comercial o concertación, la base de datos no contempla dichos aspectos para el cálculo del valor de referencia.</p> <p>Finalmente, con las precisiones dadas respecto al ejercicio que adelanta este Ministerio, es indiscutible la importancia que tiene la inmunonutrición, especialmente en personas mayores y críticamente enfermas , es también claro que una gran parte de los productos para soporte nutricional que hoy son clasificados como APMES, tienen en su composición nutrientes inmunomoduladores y que si bien actúan por distintos mecanismos, globalmente mejoran in vitro las pruebas de función inmune al mejorar el estado nutricional de los pacientes que los consumen.</p> <p>Una buena parte de los APMES incluyen nutrientes como: arginina, glutamina, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega-3, nucleótidos como ARN y antioxidantes como ácido ascórbico y selenio, denominados como inmunomoduladores, y a su vez tienen características que los diferencian en relación a la disposición de los nutrientes, si se encuentran por componentes o individuales, y sus formas de presentación, por esta razón se definieron los grupos relevantes abarcando el mejor proceso de agrupación, considerando características en común con el fin de definir valores de referencia, siendo objeto del proceso que actualmente se adelanta con el proyecto de resolución.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
188	4	26/12/2019	201942302082712	JUAN GUILLERMO ARIZA LOZANO	BAXTER	Anexo 4	<p>Solicitud de consulta pública de la conformación de grupos relevantes para Alimentos con Propósito Médico Especial (APMES).</p>	<p>Igualmente, consideramos que existen productos APMES que no están bien representados o diferenciados dentro de los GR definidos y que estos no permitirían lograr el mismo nivel de diferenciación que se alcanza con los estándares semánticos ATC-5 y CUPs (para medicamentos y procedimientos respectivamente). Claramente, el agrupamiento de los APMES en 13 categorías de GR no permite lograr el mismo grado de diferenciación logrado en los GR de medicamentos y procedimientos médicos, dejando a este grupo de tecnologías en una situación de desventaja en cuanto a su financiación y reconocimiento en los presupuestos máximos de las EPS.</p> <p>Así mismo, es importante entender como las marcas y presentaciones comerciales disponibles en Colombia fueron agrupadas dentro de cada uno de los GR. Las razones son:</p> <p>-El numero de oferentes es un determinante del percentil que definirá el VR.</p> <p>-No es claro si oferente se refiere al numero de marcas en cada GR o al numero de comercializadores que hacen parte de cada GR. Esto es importante, pues un mismo oferente puede comercializar varias marcas de APMES.</p> <p>- Al ser los VR un referente público para negociaciones y compras en el sistema de salud, la falta de claridad respecto a la relación de grupo relevante y marca es una fuente potencial de confusión en las transacciones del sistema.</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Adicional a lo anterior, es importante precisar que en la actualidad tenemos 152 alimentos para propósito médico especial parametrizados para su prescripción a través de MIPRES; es cierto, que cada uno de estos son productos sumamente especializados y de gran importancia para la terapia nutricional, que además brindan alternativas completas a los grupos de soporte nutricional en el ámbito clínico, siendo estos equipos de expertos profesionales quienes al final del día definen cual será el producto y/o terapia nutricional que responde a las necesidades específicas de cada paciente.</p> <p>En este sentido, es importante mencionar que para el proceso que actualmente adelanta este Ministerio, relacionado con la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.</p> <p>Es así, que este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.</p> <p>También es importante enfatizar que cuando se hace referencia al número de oferentes por grupo relevante, se refiere al número de comercializadores, y la revisión en detalle de la base de datos fuente del análisis, está dispuesta para su consulta pública a través de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a></p> <p>Así mismo, resulta necesario puntualizar que en el mismo sentido que los grupos relevantes con Valor Máximo de Recobro de Medicamentos; La información que será publicada para el cálculo de valor de referencia de los grupos relevantes APME no contempla el nombre del producto o código Mipres, solo los registros asociados a cada grupo relevante APME con los campos necesarios para el cálculo del valor de referencia.</p> <p>El proyecto de resolución de presupuesto máximo, establece que el Valor de Referencia - VR 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. Por lo tanto la metodología al no establecer un valor de referencia por nombre comercial o concertación, la base de datos no contempla dichos aspectos para el cálculo del valor de referencia.</p> <p>Finalmente, con las precisiones dadas respecto al ejercicio que adelanta este Ministerio, es indiscutible la importancia que tiene la inmunonutrición, especialmente en personas mayores y críticamente enfermas , es también claro que una gran parte de los productos para soporte nutricional que hoy son clasificados como APMES, tienen en su composición nutrientes inmunomoduladores y que si bien actúan por distintos mecanismos, globalmente mejoran in vitro las pruebas de función inmune al mejorar el estado nutricional de los pacientes que los consumen.</p> <p>Una buena parte de los APMES incluyen nutrientes como: arginina, glutamina, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega-3, nucleótidos como ARN y antioxidantes como ácido ascórbico y selenio, denominados como inmunomoduladores, y a su vez tienen características que los diferencian en relación a la disposición de los nutrientes, si se encuentran por componentes o individuales, y sus formas de presentación, por esta razón se definieron los grupos relevantes abarcando el mejor proceso de agrupación, considerando características en común con el fin de definir valores de referencia, siendo objeto del proceso que actualmente se adelanta con el proyecto de resolución.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
189	5	26/12/2019	201942302082712	JUAN GUILLERMO ARIZA LOZANO	BAXTER	Anexo 4	<p>Generar grupo relevante independiente de Nutrición Inmunomoduladora que agrupe a todas las marcas y presentaciones comerciales de APMES comercializadas y registradas en Colombia con propósito especial de Inmunonutrición</p>	<p>Es una categoría independiente, identificable y diferenciada en MIPRES, la cual corresponde a la categoría 1407 "Fórmulas Inmunomoduladoras Arginina, Glutamina, w3, ácidos grasos, nucleótidos y antioxidantes." Esta categoría dentro de MIPRES agrupa 4 marcas disponibles en 6 presentaciones comerciales en el mercado Colombiano.</p> <p>Sus componentes individuales con efecto inmunomodulador basados en Arginina, Glutamina, w3, ácidos grasos, nucleótidos y antioxidantes, así como su acción biológica, no pueden ser sustituibles por otras fórmulas nutricionales que no tengan estos componentes ni este objetivo terapéutico en particular.</p> <p>La inmunonutrición es una intervención especializada respaldada en guías de práctica clínica internacionales que se enfoca en atenuar la respuesta fisiológica y proveer una adecuada suplementación nutricional para contrarrestar los efectos del catabolismo intra y postoperatorio, generados como consecuencia de la intervención quirúrgica.</p> <p>Así mismo es un pilar y un concepto ampliamente adoptado por instituciones en Colombia que implementan el protocolo ERAS (Early Recovery After Surgery) como parte del mejoramiento continuo de los desenlaces en cirugía mayor.</p> <p>La necesidad de esta intervención se sustenta en que todo procedimiento</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Adicional a lo anterior, es importante precisar que en la actualidad tenemos 152 alimentos para propósito médico especial parametrizados para su prescripción a través de MIPRES; es cierto, que cada uno de estos son productos sumamente especializados y de gran importancia para la terapia nutricional, que además brindan alternativas completas a los grupos de soporte nutricional en el ámbito clínico, siendo estos equipos de expertos profesionales quienes al final del día definen cual será el producto y/o terapia nutricional que responde a las necesidades específicas de cada paciente.</p> <p>En este sentido, es importante mencionar que para el proceso que actualmente adelanta este Ministerio, relacionado con la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.</p> <p>Es así, que este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) de los Régimenes Contributivo y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.</p> <p>También es importante enfatizar que cuando se hace referencia al número de oferentes por grupo relevante, se refiere al número de comercializadores, y la revisión en detalle de la base de datos fuente del análisis, está dispuesta para su consulta pública a través de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a></p> <p>Así mismo, resulta necesario puntualizar que en el mismo sentido que los grupos relevantes con Valor Máximo de Recobro de Medicamentos; La información que será publicada para el cálculo de valor de referencia de los grupos relevantes APME no contempla el nombre del producto o código Mipres, solo los registros asociados a cada grupo relevante APME con los campos necesarios para el cálculo del valor de referencia.</p> <p>El proyecto de resolución de presupuesto máximo, establece que el Valor de Referencia - VR 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. Por lo tanto la metodología al no establecer un valor de referencia por nombre comercial o concertación, la base de datos no contempla dichos aspectos para el cálculo del valor de referencia.</p> <p>Finalmente, con las precisiones dadas respecto al ejercicio que adelanta este Ministerio, es indiscutible la importancia que tiene la inmunonutrición, especialmente en personas mayores y críticamente enfermas , es también claro que una gran parte de los productos para soporte nutricional que hoy son clasificados como APMES, tienen en su composición nutrientes inmunomoduladores y que si bien actúan por distintos mecanismos, globalmente mejoran in vitro las pruebas de función inmune al mejorar el estado nutricional de los pacientes que los consumen.</p> <p>Una buena parte de los APMES incluyen nutrientes como: arginina, glutamina, ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega-3, nucleótidos como ARN y antioxidantes como ácido ascórbico y selenio, denominados como inmunomoduladores, y a su vez tienen características que los diferencian en relación a la disposición de los nutrientes, si se encuentran por componentes o individuales, y sus formas de presentación, por esta razón se definieron los grupos relevantes abarcando el mejor proceso de agrupación, considerando características en común con el fin de definir valores de referencia, siendo objeto del proceso que actualmente se adelanta con el proyecto de resolución.</p>
190	6	26/12/2019	201942302082712	JUAN GUILLERMO ARIZA LOZANO	BAXTER		<p>Estuvimos revisando la base de datos de recobros de Medicamentos y APMES que se encuentra cargada en la página del Ministerio bajo el nombre de Bases de Datos Presupuesto Maximos-2019 .</p> <p>Sin embargo, al importarla en Excel nos aparece sin los valores de recobros. A manera de ejemplo les comparto la imagen de lo que podemos visualizar.</p>	<p>Agradecemos mucho su orientación si existe alguna manera alternativa de poder revisar la información de APMES así como fue posible con medicamentos, o si es posible pudieran compartírnos el archivo específico con el grupo específico que requerimos revisar (APMES Grupo Relevante 8).</p>	<p>En efecto la base de datos: presupuestos máximos para alimentos con propósito médico especial (APME) 2019, publicada en la página del MSPS no cuenta con valores de referencia, por cuanto la pretensión es que los diferentes actores puedan replicar la metodología descrita en el proyecto de resolución para la determinación del valor de referencia para los grupos relevantes de los alimentos con propósito médico especial (APME).</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
191	1	31/12/2019	201942302096272 202042300022562	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	COMENTARIOS GENERALES	<p>El presupuesto máximo dentro del aseguramiento</p> <p>Consideramos necesario, desde el punto de vista de modelo y de país, defender el esquema de aseguramiento con administración de riesgo en relación con todos los servicios que sean responsabilidad de las EPS. En esa medida, creemos que debe definirse con claridad que los recursos del presupuesto máximo que se transfieren a las EPS, deben cumplir con lo siguiente:</p>	<p>a) Naturaleza de la transferencia. El presupuesto máximo debe ser definido como una prima que se reconoce y paga a la EPS para efectos de asumir un riesgo y, en consecuencia, debe ser un ingreso de la entidad. Entendemos que, en una primera etapa, debe ser calculada como prima adicional a la prima de aseguramiento denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC) debiéndose hacer seguimiento sobre el comportamiento del gasto, para que, en unos años, pueda incorporarse dentro de la UPC general.</p> <p>En este sentido, se propone la siguiente redacción para incluir en el artículo 3:</p> <p>"Numeral xc. Valor máximo o techo. Es la prima que el sistema reconoce y paga a la EPS como contraprestación por la labor de aseguramiento que realiza en su población afiliada, de acuerdo con las coberturas definidas en la presente norma."</p>	La metodología de Presupuestos Máximos Anuales no es una prima, como su nombre lo indica es un presupuesto, en el cual se estima un valor requerido con el fin de obtener los resultados proyectados, en este caso la financiación de tecnologías y servicios de salud no financiados a través de la prima de seguros (UPC), por lo tanto el valor definido para cada una de las aseguradoras (EPS) es equitativo en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficiente dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativo para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados, en sus regiones, edad, sexo y la patología o condición de salud.
192	2	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	COMENTARIOS GENERALES		<p>b) Coberturas explícitas. Dentro de las coberturas de la prima adicional pueden incluirse casi la totalidad de bienes y servicios otorgados actualmente mediante la figura del NO PBS. Es muy importante que las definiciones sean precisas con el ánimo de no generar conflictos en el sistema sobre su alcance y riesgo legal para las entidades que participan.</p>	De acuerdo a su solicitud se encuentra definido en el artículo 3 el concepto de presupuesto máximo que fue enunciado en la respuesta anterior. Es claro que la cobertura del presente proyecto normativo responde a la información que reporta La ADRES de las bases de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC. Se aclara que Presupuestos Maximos no es una prima.
193	3	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	COMENTARIOS GENERALES		<p>c) No financiado con techos. Ahora bien, es importante que no se incluyan servicios que por su naturaleza y comportamiento no son susceptibles de aseguramiento, a saber:</p> <p>a. Enfermedades huérfanas. Como hemos manifestado en anteriores ocasiones, es fundamental para las EPS considerar de manera independiente de la figura de presupuestos máximos la atención de las personas que padecen enfermedades huérfanas. La experiencia de otros países, que fue retomada por ley es que el mejor resultado para el manejo de estas patologías es a través de centros especializados de alta excelencia que se encarguen de la atención integral de los pacientes, con compras centralizadas para los medicamentos.</p> <p>La Ley 1392 de 2010, definió una serie de pautas para la atención y financiación de las personas que padecen este tipo de enfermedades. Teniendo en cuenta que estas se encuentran plenamente identificadas, nuestra propuesta es la de considerarlas de manera aislada al cálculo de la prima adicional (presupuesto máximo), implementando todas las herramientas planteadas en la</p>	<p>Es necesario recordar que las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud, incluyendo los servicios y tecnologías en salud para enfermedades raras, en virtud de los artículos 8 y 11 de la Ley 1751 de 2015. Ahora bien, es deber de la EPS la gestión, seguimiento, monitoreo y auditoría según lo estimen conveniente y de conformidad con los mecanismos de contratación y acuerdo de voluntades. En relación con las enfermedades huérfanas se debe aclarar que desde la ley 100 de 1993 todas las patologías están cubiertas. Aspecto que la Ley estatutaria recoge al declarar la salud como derecho fundamental. En este acto administrativo se introduce un artículo que precisa la gestión de los servicios y tecnologías en salud relacionado con las enfermedades huérfanas. Ello con el fin de facilitar la implementación de las otras estrategias que desarrolla este ministerio en este tema.</p> <p>En conclusión este acto administrativo profundiza el cumplimiento de la Ley Estatutaria, acerca lo que hoy era individual al Aseguramiento, crea las condiciones para la integralidad, fortalece la autonomía médica y crea las condiciones para una mejor gestión.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
194	4	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	COMENTARIOS GENERALES		<p>c) No financiado con techos. Ahora bien, es importante que no se incluyan servicios que por su naturaleza y comportamiento no son susceptibles de aseguramiento, a saber:</p> <p>b. Servicios socio sanitarios. Insistimos en la importancia de separar los servicios socio sanitarios de los servicios de salud. Estos se encuentran más relacionados con el bienestar que con el abordaje de la salud como tal, están en continuo crecimiento asociado al envejecimiento, la carga de la enfermedad y la soledad.</p> <p>La experiencia de manejo en otros países nos indica que deben ser gestionados por otras áreas diferentes a salud. En ese orden de ideas, consideramos que estos servicios deben ser financiados o cofinanciados por el Estado, dependiendo de la capacidad de pago de los individuos.</p> <p>Para este caso particular, proponemos que no se incluyan dentro de la prima individual y que se reglamente su suministro y garantía por vías diferentes y con cargo a otros recursos para garantizar además el pago de los servicios que actualmente se encuentra asumiendo el sector.</p> <p>c. Algunos procedimientos de baja frecuencia como por ejemplo "cambio de genitales y tratamientos odontológicos especializados, por el efecto de selección adversa, entre otros" cuya demanda es muy difícil de predecir.</p>	<p>El artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", establece 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 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada contemplado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015. Se interpreta "Servicios socio sanitarios" como servicios sociales complementarios a lo cual este ministerio le aclara: en los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente. Para todos los procedimientos se aclara que la base recobro/cobro en su metodología incluyó el total de registros reportados por las EPS, es por tanto superado el concepto de baja frecuencia. Con respecto a medicamentos no incluidos en las normas farmacológicas, la resolución es clara en señalar que la superioridad, igualdad o inferioridad terapéuticas deberá ser demostrada por el agente interesado para su posterior verificación por parte del ITES. Es por tanto obvio que si existe una molécula ya disponible en el mercado incluida en el Presupuesto Máximo se registrará por la metodología descrita en el presente acto normativo.</p>
195	5	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	COMENTARIOS GENERALES		<p>Se propone la siguiente redacción, con el propósito de adicionar un numeral al artículo 3, así:</p> <p>"Numeral xxx. Coberturas financiadas con cargo a valores máximos o techos. Se financiarán con cargo a techos las coberturas definidas en la presente norma. Aquellas que no se encuentren financiadas con cargo a la UPC ni con cargo a los valores máximos aquí definidos, deberán ser tramitadas vía MIPRES y facturadas por el proveedor del bien o servicio directamente a ADRES".</p>	<p>El presente acto administrativo tiene como objeto definir la metodología del Presupuesto Máximo de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación – UPC, en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME, Procedimientos y Servicios Complementarios. Por lo anterior el Estado para profundizar el cumplimiento de la constitución y la ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de aseguramiento colectivo y el mecanismo individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex-ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominamos "No UPC" girados de forma ex-post a las EPS.</p>
196	6	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	COMENTARIOS GENERALES		<p>d) Seguimiento a la suficiencia de recursos. Es indispensable que se defina el mecanismo que implementará el Ministerio de Salud y Protección Social para realizar el seguimiento a la suficiencia de la prima, y crear en la norma los mecanismos de ajuste que se van a utilizar frente a las desviaciones observadas.</p>	<p>Se reitera que presupuestos máximos no es una prima. Por otro lado el valor maximo tienen una metodología descrita en el proyecto normativo, para realizar el seguimiento del mismo La ADRES generará el proceso de auditoría con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, para lo cual se tendrá en cuenta la base de datos de prescripción y suministros de MIPRES. Las "desviaciones" a las cuales se refieren se evidencian en el calculo de los delta, por lo tanto se tendrán en cuenta en el mecanismo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
197	7	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	COMENTARIOS GENERALES		<p>e) Gobernanza en la Gestión del Techo o Presupuesto Máximo. Como se mencionó en comunicación del 16 de octubre pasado, para que la EPS asuma el riesgo se requiere otorgar a la EPS la total autonomía para realizar la gestión de los servicios de manera integral, lo que implica, entre otros aspectos, evaluar la pertinencia de las prescripciones que se hagan vía MIPRES. Lo anterior implica evaluar un ajuste a la regulación de MIPRES, de tal manera que la información que provenga de dicho sistema se articule con el modelo de gestión de riesgo en salud que tienen las EPS. MIPRES, en consecuencia, debería convertirse en un instrumento de monitoreo para seguimiento del comportamiento de nuevas moléculas y servicios, y no en autorizador automático.</p> <p>Asimismo, se debe disponer de guías de manejo, analizadas y difundidas por IETS, para mayor información de los profesionales y de los pacientes sobre las condiciones de progresividad en la incorporación de las nuevas tecnologías en los tratamientos.</p>	<p>En atención a su solicitud se informa que MIPRES es una herramienta tecnológica que implementó el Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar el acceso, reporte de prescripción, suministro verificación, control, pago y análisis de la información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios, descrita en la resolución 1885 de 2018, por lo cual seguira siendo utilizada para tal fin sin delegar la gestión a la EPS, ya que es el soporte de prescripciones y suministros.</p> <p>De igual forma se aclara que las guías de práctica clínica y protocolos son importantes y por tanto en el articulado del presente proyecto normativo se menciona que para lograr la no superación del presupuesto maximo se debe tener concordancia con la actualización de las mismas, sin que esto sea restrictivo en la autonomía del profesional, también se aclara que el IETS deberá generar la metodología para la evaluación de las tecnologías en salud que conciernen a presupuestos máximos.</p>
198	8	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	COMENTARIOS GENERALES	<p>Transición hacia el aseguramiento.</p> <p>Si el Ministerio de Salud considera que de manera transitoria debe reglamentar la figura de presupuestos máximos como la ha plasmado en el proyecto de norma, mientras tiene mayores elementos que le permitan el cálculo técnico de la prima, consideramos que la propuesta debe ser ajustada por las siguientes razones de carácter general:</p>	<p>a. Como la propuesta de resolución está soportada en la administración de recursos por parte de las EPS y no de aseguramiento, debe existir claridad sobre la suficiencia de recursos y el restablecimiento del equilibrio cuando se supera el presupuesto máximo. La figura propuesta en el artículo 13 no garantiza el restablecimiento del equilibrio cuando el presupuesto máximo es superado, y los excedentes en las otras entidades o no existen o no son suficientes. Debe quedar clara la obligación de pagar el exceso, con base en los soportes allegados por la entidad. De lo contrario se genera una contingencia para la Nación en la medida en que genera un daño a la EPS que debe ser reparado. Si es administradora, no se le puede delegar un riesgo y mucho menos delegar solo el de pérdida</p>	<p>Es preciso aclarar que en relación con su solicitud y la de otros actores de modificar lo concerniente al artículo 13, se le comunica que se acoge la solicitud sobre el tema de los excedentes o ahorros, y en tanto lo anterior este tema se eliminará.</p> <p>Por otra parte, es necesario señalar que el artículo 240 de la Ley 1955 a la letra dice: "En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio." aspecto que recoge el proyecto de norma en los considerandos y en los artículos de asociados a acceso y la definición del Presupuesto Máximo de cada EPS, en tanto lo anterior, no se considera incorporarlo en el artículo que motivo su comentario, pues no genera valor agregado.</p>
199	9	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	COMENTARIOS GENERALES		<p>b. Tratándose de una administración ya que la EPS debe gestionar el servicio, dar cuenta detallada de los servicios pagados y devolver a la ADRES lo que logre ahorrar frente al presupuesto asignado, se debe eliminar el artículo 14, en el que señala la definición de un porcentaje de "los ingresos de operación asociados a los recursos del presupuesto máximo que se tendrán en cuenta en la evaluación del indicador de patrimonio adecuado". Si esto no es aún una prima para gestionar el riesgo, como corresponde en un esquema auténticamente asegurador, sino la administración clásica de un recurso público por entidades privadas, entonces el presupuesto máximo no puede considerarse verdaderamente un ingreso, y mucho menos debería tener entonces un impacto en el indicador de patrimonio adecuado.</p>	<p>Frente al tema de ahorros y en virtud de la observación de una posible barrera de acceso se comunica que se eliminará esta figura por lo tanto el artículo 14 de la versión publicada que usted menciona con respecto al patrimonio adecuado no tendra implicaciones y se podría mantener.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
200	10	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	COMENTARIOS GENERALES		c. Es necesario definir qué valor se va a reconocer a la EPS por la gestión asociada a esta labor.	Por mandato del artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", establece que: "...Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS...". Por lo anterior se debe recordar que no hay valores asignados a la administración y por ende no se contempla pago por dicha labor.
201	11	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 1.	<p>En relación con el objeto de la resolución, en la que se enuncian la definición de metodología y la fijación del valor a transferir a las EPS presentamos los siguientes comentarios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El objeto debe ampliarse, en la medida en que también se definen los beneficios a que acceden los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, con cargo a los recursos transferidos mediante la figura de presupuestos máximos. Esta precisión es fundamental, considerando que además de los servicios que se enuncian en la norma, el sistema va a otorgar otros servicios que se financiarán mediante la figura de cobro o recobro.</li><li>• Entendemos que la definición del valor a transferir o presupuesto máximo que se fija es para la vigencia de 2020, precisión que se sugiere incluir en el texto.</li></ul>		<p>El objeto del presente proyecto normativo corresponde al artículo 240 de la ley 1955 de 2019 así mismo a lo contemplado en la ley 1751 de 2015 referente al derecho a la salud, en consecuencia no se considera procedente ampliar el objeto en cuanto a la definición de los beneficios a los que acceden los afiliados. En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p>
202	12	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 2.	Teniendo en cuenta que en la gestión de los servicios que van a hacer parte del presupuesto máximo deben estar involucrados además de las EPS y la ADRES, las IPS, los proveedores y gestores farmacéuticos y los mismos usuarios, sería pertinente incluir un ajuste al artículo incluyendo a todos las entidades y participantes que tienen que contribuir al mejoramiento de la gestión eficiente de estos servicios.		<p>Los actores directamente implicados en el objeto del presente proyecto normativo son las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y las EOC, así como la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).</p> <p>En virtud de su observación y la de otros actores el Ministerio esta evaluando en el apartado de monitoreo incluir a otros actores en la cadena de valor. Sin embargo es importante recordar que la Gestión recae en las EPS y es concordante con el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad" en la que establece "...Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS...".</p>
203	13	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 3, numeral 21.	Debe indicarse cuál es el percentil aplicado en procedimientos y en servicios sociales complementarios, toda vez que no se especifica en el proyecto.		<p>Para todos los grupos corresponde el primer cuartil, que es el percentil 25 de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recobradas y esta contemplado en la definición de Valor de Referencia. Lo anterior teniendo en cuenta que el percentil seleccionado busca propender por un uso racional de los recursos, que simultáneamente permita una alineación con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
204	14	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 6	<p>Metodología para establecer el presupuesto máximo para cada EPS en los regimenes contributivo y subsidiado</p> <p>Sugerimos en primer lugar que la metodología propuesta en el presente artículo no sea aplicable al régimen subsidiado, en tanto la información disponible sobre la prescripción de servicios NO PBS a los afiliados de éste régimen no garantiza la completitud necesaria para que refleje la situación real. Son varias las razones de esta situación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sólo hasta el 2019 se inició en algunas entidades territoriales la utilización de MIPRES como herramienta para la autorización de estos servicios.</li><li>• Antes de esta fecha cada entidad territorial podría optar por alguno de los dos métodos propuestos en las normas para recibir y autorizar los cobros desde las IPS o de las EPS con requisitos complejos que impedían el normal flujo del proceso.</li></ul>		<p>Para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la Base de datos de cobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. En cuanto al Régimen Subsidiado, se tomó en cuenta el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS por 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.</p> <p>Así las cosas, se incluyó en el cálculo del presupuesto máximo los valores reportados que incluyen la totalidad de la prestación del servicio (insumos, dispositivos médicos, etc) por cada uno de los codigos existentes, de esta manera se estructuró la mejor información disponible.</p>
205	15	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 6	<p>Respecto del régimen contributivo los comentarios son los siguientes:</p> <p>a) Literal A i) debe definirse el año de base para las cantidades iniciales. Sugerimos:</p> <p>"i) 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 correspondientes a las prestaciones efectuadas durante el año 2018"</p>		<p>En relación a su comentario sobre el año base de la información aplicada a la metodología, vale precisar que en la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales, recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018). Para los valores iniciales se parte de la cantidad recobrada en 2018 sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los cobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura en dicho valor inicial, al cual se le adiciona el cálculo del recobro tardío (IBNR), que incluye parte de la información de 2019, con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado. Así mismo, se calcula el crecimiento promedio anual de las cantidades mediante técnicas econométricas de panel de datos con efectos fijos para cada grupo relevante; dicho crecimiento anual se aplica para encontrar las cantidades para el año 2020. De tal manera que, el cálculo de las cantidades contempla todos los aspectos a tener en cuenta, por lo que no se espera que se observen faltantes.</p> <p>La información es suficiente y válida, sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos históricas muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo, lo anterior quiere decir que los cálculos de las cantidades reflejan las prescripciones que han sido pagadas por tanto suministradas, no hay cantidades sesgadas, son reales y de calidad.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
206	16	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 6	<p>b) Literal A ii) Si bien el método Chain Ladder permite estimar las prestaciones del año base que no se conocen en tanto no fueron facturadas en el mismo año de la prestación, sugerimos que, teniendo en cuenta que para el régimen contributivo el universo de las posibles prestaciones NO PBS están reportadas en la plataforma MIPRES, y que lo que resta es conocer cuáles de ellas efectivamente se dispensaron o prestaron, se utilice la información de la fecha de suministro que también está disponible en la plataforma MIPRES.</p> <p>Adicionalmente, la ADRES, en su proceso de reingeniería a la auditoria de los recobros presentados entre abril de 2018 y noviembre de 2019, solicitó a las EPS la información actualizada de suministro que puede servir de base a un cálculo real del ajuste ya que, insistimos, se parte del UNIVERSO de las prestaciones NO PBS prescritas a los afiliados del régimen contributivo.</p> <p>Frente a esto, es importante mencionar que el Ministerio de Salud mostró en junio pasado un análisis en el cual manifestaba que el tiempo promedio entre la prestación del servicio y la radicación de las facturas en la EPS (o la ADRES, según corresponda), en el cual se acumulaba más del 95% de las mismas, era de 6 meses (después de prestado el servicio). Luego,</p>		<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución. Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>
207	17	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 6	<p>c) Literal A iii) Es importante que se considere un ajuste en las cantidades considerando un análisis del comportamiento de las mismas prestaciones entre los años 2015 a 2018. No obstante, es pertinente aclarar que la historia de estos años no tiene en cuenta el ajuste en el tamaño de los afiliados de algunas EPS por efecto de los procesos de liquidación o eliminación de la autorización de funcionamiento parcial de EPS adelantada por la Superintendencia Nacional de Salud en el último año. Para estas EPS, las cantidades tienen un comportamiento diferente que debe ser considerado en la fórmula. Teniendo en cuenta que las cantidades iniciales consideran la información de la población del 2018, una alternativa para incluir el efecto de los movimientos de población sería estimar un delta adicional en función de las tasas de crecimiento de afiliados ponderado por grupo etéreo dadas las diferencias en las cantidades que se pueden presentar por edad.</p>		<p>Sobre sus observaciones al Artículo 6, Literal A iii), en referencia a tener en cuenta el ajuste en el tamaño de los afiliados de algunas EPS por efecto de los procesos de liquidación o eliminación de la autorización de funcionamiento, se reitera que para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo, incluyendo la movilidad desde Régimen Subsidiado, se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. En esta información de vigencias consolidadas, para el Q inicial se tomó la población de cada EPS para la vigencia 2018, además se documenta el histórico de uso de servicios independientemente de las entidades involucradas.</p> <p>Así mismo, se aclara que el Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto, la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual. Adicionalmente, para el caso planteado, en el Anexo de la metodología se establece el calculo del IBNR (incurred but not reported) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas, medidas con las cuales se contempla el ajuste propuesto en su comunicado.</p> <p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
208	18	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 6	d) Literal A iii) sobre el mismo literal no es claro por qué el delta aplica sobre las cantidades iniciales y no sobre las ajustadas, incluyendo una mejor estimación como la sugerida en los puntos anteriores, que representan una situación más cercana a la real de las prestaciones del año 2018.		Sobre sus observaciones al Artículo 6, Literal A iii), del por qué el delta aplica sobre las cantidades iniciales y no sobre las ajustadas, debe señalarse que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR (Incurred But Not Reported) en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, debe recordarse que se utilizaron todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores producto de estas auditorias. En cuanto a sus observaciones relacionadas con la definición de la cantidad total prospectiva y las estimaciones de las cantidades que la componen (inicial, ajustada y delta), se tiene previsto ajustar la forma de cálculo, pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa.
209	19	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 6	e) Literal A iv) No es clara la justificación de la fórmula expresada en este numeral. ¿Podría entenderse que se usa el mismo delta dos veces para estimar las prestaciones del año 2019 y las que se podrían prestar en 2020?		Sobre sus observaciones al Artículo 6, Literal A, iv), se debe aclarar que La Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES). Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018. En cuanto a sus observaciones relacionadas con la definición de la cantidad total prospectiva y las estimaciones de las cantidades que la componen (inicial, ajustada y delta), se tiene previsto ajustar la forma de cálculo, pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa.
210	20	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 6	f) Literal B Cantidades En general, la metodología para la estimación de las cantidades de procedimientos y de servicios sociales son las mismas expresadas en relación con los medicamentos y los APME.  No obstante, teniendo en cuenta la naturaleza de este tipo de servicios, no se entiende cómo el comportamiento histórico del número de servicios sin una caracterización de las poblaciones que los recibieron, edad, diagnóstico, en general, sin un análisis correspondiente sobre la relación de esas prestaciones frente a la carga de enfermedad específica de los pacientes y de la EPS, podría dar una información que indique si se va a replicar esa experiencia en los años siguientes.  Por ello la solicitud presentada en las consideraciones generales es la de no incluir los procedimientos de baja frecuencia en el presupuesto máximo porque, justamente por tratarse de procedimientos poco requeridos y no disponer de mayor información sobre los condicionamientos de su prescripción, no es posible hacer una buena estimación de su comportamiento futuro.  En relación con los servicios sociales complementarios prescritos por tutela, tampoco deberían incluirse toda vez que no depende de la EPS ni de la IPS su prescripción. Deben considerarse		La metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible, la cual es reportada por las EPS a la ADRES; se parte del supuesto de la correcta y eficiente gestión de recobro de las EPS para todo lo prescrito, abarca el comportamiento de uso de las tecnologías y por consiguiente refleja los factores como los procedimientos de baja frecuencia, servicios complementarios prescritos por tutela y carga de enfermedad que usted menciona. En la captura de la información se tuvo en cuenta los datos de facturas y estas son emitidas por los prestadores y proveedores donde se ve reflejado todas las condiciones de oferta y demanda, adicionalmente fue extensivo a las tutelas. Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regimenes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
211	21	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 6	<p>g) Literal B valores de referencia</p> <p>Para la estimación del presupuesto máximo de los procedimientos y servicios sociales complementarios, la variable de valor de referencia es crítica.</p> <p>En el caso de los procedimientos, la estimación del valor unitario está afectado por múltiples variables que dependen, entre otras, de la forma de contratación, de si es por eventos detallados o por paquete o, por ejemplo, de la complejidad o comorbilidad que puede tener un paciente al cual se le aplicó el procedimiento NO PBS. Un ejemplo es el de la cirugía de cambio de genitales. ¿El valor del procedimiento reportado fue resultado de un procedimiento contratado por evento? Es decir, ¿la IPS cobró de manera detallada todas las posibles actividades que pueden surgir desde, incluso, antes del inicio del evento (exámenes pre quirúrgicos) hasta su finalización, incluyendo las consultas postquirúrgicas? ¿O la EPS simplemente contrató un paquete independiente de las actividades que pudieran surgir durante el evento? ¿Si el paciente tenía otras comorbilidades o se complicó durante el evento y requirió servicios adicionales dando como resultado un valor atípico, por qué se elimina este valor?</p> <p>El problema de estimar los costos de los procedimientos tiene que ver con la falta de estandarización de</p>		<p>El valor de referencia que se define para el caso de Procedimientos y Servicios Complementarios corresponde al primer cuartil (percentil 25), de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recuperadas. El presente proyecto normativo no pretende establecer un precio en el mercado. En cuanto a los índices de precios utilizados para llevar valores a precios constantes del año de vigencia 2020 de los valores recuperados del respectivo año corriente, de acuerdo a la variación del IPC serie histórica publicada por el Banco de la Republica son:</p> <p>2016: 1.057 2017: 1.041 2018: 1.033 2019: 1.030 2020: 1.031</p> <p>Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p> <p>En cuanto al detalle metodológico se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Se debe precisar que ningún dato se eliminó, por el contrario se tuvo en cuenta para esta metodología el universo de los datos reportados en donde se presenta todas las condiciones que usted describe.</p>
212	22	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 7	<p>Presupuesto máximo para EPS que no tienen recobros/cobro. Es necesario revisar la formula porque a algunas EPS les da un presupuesto máximo tan bajo que no es razonable (\$57.000). Debería establecerse un valor mínimo de presupuesto y los servicios y tecnologías NO PBS de las EPS a las que no se les asigne presupuesto, tendrían que pasar por el proceso de recobros, hasta tanto tengan el nivel mínimo, si se</p>		<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>
213	23	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Segundo artículo 7.	<p>Del presupuesto máximo Anual de las siguientes vigencias. Los techos iniciales están definidos en la resolución en comentario. ¿Lo que dispone el artículo es que para las siguientes vigencias lo hará la</p>		<p>Si, como lo expresa el artículo en mención la ADRES comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el presupuesto máximo final por cada EPS. Respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
214	24	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 8.	<p>Del traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente. El ajuste mensual del presupuesto debe incluir, adicional a los traslados entre EPS del régimen contributivo, a los nuevos afiliados por nacimiento o por traslado del régimen subsidiado, con el valor del cálculo propio de la EPS receptora.</p> <p>En este sentido, se propone ajustar la redacción, así:</p>	<p>*Artículo 8. Del ajuste mensual del presupuesto máximo en la vigencia corriente. El presupuesto máximo se ajustará mensualmente teniendo en cuenta los ingresos de nuevos afiliados y los traslados de una EPS a otra del régimen contributivo. Para el efecto la ADRES realizará los ajustes correspondientes al presupuesto de las EPS de acuerdo con el per cápita por EPS mensual que se determina según lo establecido en el presente artículo. En el caso de nuevos afiliados en el contributivo se adicionará el per cápita de la EPS a la cual se afilie, de acuerdo con el número de personas nuevas en el régimen</p> <p>Para determinar el monto del presupuesto que se debe adicionar o trasladar por cada afiliado, se calculará un per cápita por grupo de riesgo para cada EPS. El per cápita por EPS mensual considerará los 14 grupos de riesgo y la estructura de costos de la prima de aseguramiento (UPC), contenidas en el anexo 7 y se calculará así: ..."</p>	<p>El artículo en mención trata del traslado del presupuesto máximo con respecto a los ingresos nuevos se aclara que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que significa que dichos ajustes son tenidos en cuenta en el delta que permite contener en sí mismo el uso de los servicios y tecnologías para usuarios trasladados y nuevos.</p> <p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p>
215	25	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 8.	<p>Sugerimos revisar la redacción de los literales que contienen el paso a paso del cálculo del presupuesto máximo porque no se entiende claramente ni la lógica técnica, ni la fórmula utilizada para establecer el monto mensual que se aplicará para establecer el techo per cápita mensual el cual adicionará el presupuesto de la EPS receptora y disminuirá el de la EPS de la cual sale el afiliado.</p> <p>Aunque la solicitud es excluir del presupuesto máximo la atención de las enfermedades huérfanas, de continuar incluidas, solicitamos ajustar la fórmula para que el per cápita mensual de traslados tenga en cuenta que éstos pacientes tienen un consumo alto de medicamentos no PBS y en la estructura de costos, podría no tener un peso importante, frente a la movilidad.</p> <p>Por último, es importante que se establezca que la adición o la disminución del techo para las EPS aplica de manera automática con el inicio de cobertura del afiliado en la nueva EPS, de manera similar a lo establecido con los ajustes a la compensación y al pago de UPC cuando un afiliado se traslada de EPS o inicia cobertura un nuevo afiliado al régimen contributivo.</p>		<p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>Por lo tanto la lógica de este artículo plasma los calculos del per capita total, el percapita de traslado por EPS anual y el el per capita de traslado por EPS mensual. Se señala que que para las enfermedades huérfanas el presente proyecto normativo es vinculante y tendran un trato especial por lo tanto el Ministerio en el abordaje de dichas enfermedades esta contemplando modificar la versión publicada con el fin de dejar explicito que aquellas tecnologías en salud para pacientes que ya estén siendo tratados se financien con presupuesto máximo y que los nuevos casos sean financiados por La ADRES. Así se garantizan los tratamientos tanto para los pacientes prevalentes como para los nuevos casos.</p> <p>Por ultimo se aclara que La ADRES es la que definirá la forma operativa para que se traslade el presupuesto maximo dentro de la vigencia en mención.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
216	26	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 10, numeral 6.	<p>Los ingresos si pueden superar el monto autorizado asociado con el mayor número de traslados y de afiliados nuevos en el sistema. En este sentido se propone ajustar:</p>	<p>"6. Los ingresos de la cuenta maestra de cada EPS no podrán superar el monto autorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social por concepto del presupuesto máximo, con excepción, de los mayores valores que se reconozcan por efecto de traslados y nuevos afiliados al régimen contributivo y los ajustes de desviación a que haya lugar."</p> <p>Es importante establecer el procedimiento para el pago de los servicios cuando el presupuesto máximo, y por tanto los recursos de la cuenta maestra, se agoten. La norma prevé que la EPS puede presentar una solicitud de ajuste debidamente sustentada pero no hay proceso ni términos para resolver dichas solicitudes. Entretanto, ¿Cómo se pagan estas facturas? ¿De otras cuentas? Si se paga de otra cuenta y no se registra en la cuenta maestra, ¿Cómo se garantiza la información para que el presupuesto en la siguiente vigencia recoja la realidad de las prestaciones incluidas en el presupuesto?</p>	Respecto a sus inquietudes planteadas al Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos, se determinó eliminar los mismos del proyecto normativo, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.
217	27	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 12. Parágrafo.	<p>Se señala que, a partir del segundo año, se dispondrá de un porcentaje de los presupuestos máximos de las EPS para financiar contingencias o desviaciones. La norma no es clara en relación con:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La figura: ¿Se trata de un fondo especial?</li><li>• La administración: ¿Quién lo administra? ¿La ADRES? ¿La EPS?</li><li>• El procedimiento mediante el cual se conforma el fondo: ¿Se constituye mensualmente a medida que proceden los giros a las EPS?</li><li>• La destinación de estos recursos: ¿A qué contingencias se refiere? Las desviaciones están definidas en artículos posteriores.</li></ul>		<p>El Ministerio esta contemplando modificar o eliminar el parágrafo, se aclara que la descripción de transferencia del 100% del presupuesto maximo se realizara de la ADRES a la EPS. La administración depende de la ADRES con la información que haya entregado las EPS según las fuentes de información descrita y en los tiempos establecidos. La transferencia se realizará de forma mensual y proporcional dentro de los 10 (diez) primeros días a las EPS. Es importante recalcar que respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
218	28	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 13.	No superación del presupuesto máximo. En relación con este artículo presentamos los siguientes interrogantes para su correspondiente aclaración en la norma:	1. Numeral 1. Entendemos que, en el transcurso del año, de acuerdo con las proyecciones que realice la ADRES o la EPS se define el riesgo de superar el presupuesto máximo asignado. Si se presenta este caso, la norma propone ajustar los valores de referencia con el propósito de no superar el presupuesto máximo. Es importante precisar aquí, ¿Cómo procedería ese ajuste? ¿Se modifican los contratos ya suscritos y en ejecución? ¿Con qué soporte podría obligarse a los proveedores a disminuir los valores acordados de conformidad con las normas vigentes? ¿Es eso posible? ¿Están subestimados los valores máximos? ¿No sería más razonable incluir en control directo estos beneficios de tal manera que toda la cadena esté obligada a respetar estos valores? Las diferencias de precios pueden estar originadas en diversos factores adicionales a los de la negociación de precios, como el lugar de dispensación, requerimientos técnicos para el transporte y dispensación, entre otros, lo cual hace imposible el ajuste de los precios a la baja cuando se está agotando el presupuesto máximo.	En cuanto a sus observaciones relacionadas con la definición de la cantidad total prospectiva y las estimaciones de las cantidades que la componen (inicial, ajustada y delta), se tiene previsto ajustar la forma de cálculo, pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa. Por otra parte se debe aclarar que los contratos se rigen por la ley 80 de 1993, y el código sustantivo del trabajo, el presente proyecto normativo no cambia ninguna conducta en la forma de contratar, las modificaciones se podrán realizar a la luz de lo concerniente en dichas normas. Los valores maximos no son subestimados por el contrario se tuvo en cuenta todos los registros dados por las EPS de recobro/cobro para realizar los calculos pertinentes tal cual se muestra en la metodología. Con respecto a extender a toda la cadena se debe aclarar que el presente proyecto da alcance al artículo 240 de la ley 1955 de 2019 del plan nacional de desarrollo donde reza "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 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)", por lo anterior su alcance esta contemplado a los actores allí descritos. Con respecto al "ajuste de precios a la baja" se debe aclarar en el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge datos de las facturas que contiene los valores de los servicios prestados y reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019.
219	29	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 13.	No superación del presupuesto máximo. En relación con este artículo presentamos los siguientes interrogantes para su correspondiente aclaración en la norma:	De las fórmulas contenidas en el anexo 1, ¿Podría entenderse que los ajustes de los valores de recobro son diferentes por cada EPS? Si eso es cierto, ¿No sería mejor establecer claramente un valor de recobro que aplique a toda la cadena para todas las compras institucionales?	Los "...ajustes de los valores de recobro" (SIC), es una imprecisión ya que en el anexo no se expresa ajustes, solo los valores de recobro, y estos estan dados para calcular el valor por UMC. Por otro lado no obstante, el proyecto de resolucíon contempla en el Artículo 13, numeral 1. la posibilidad que "En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia", para lo cual se diseñó la metodología ya descrita. Con respecto a la ampliación a la cadena, se precisa que este Ministerio esta contemplando realizar ajustes en el monitoreo y seguimiento a toda la cadena de valor, sin que esto exima la gestión en cuanto a modelos de atención y formas de contratación por parte de la EPS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
220	30	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 13.	<p>No superación del presupuesto máximo. En relación con este artículo presentamos los siguientes interrogantes para su correspondiente aclaración en la norma:</p>	<p>2. Numeral 2. Como anotamos al inicio de la comunicación, teniendo en cuenta que de manera transitoria se trata de una administración de recursos, debe garantizarse el ajuste de las desviaciones y, por tanto, la EPS no puede estar sujeta a la disponibilidad de los recursos generados por aquellas entidades que presenten excedentes en relación con la ejecución de presupuestos máximos. Por el contrario, se deben pagar las desviaciones que se generen, previa la justificación de las desviaciones y la comprobación de la debida diligencia en la gestión. En este sentido debe establecerse un procedimiento y términos para obtener el pago de las desviaciones.</p> <p>En el mismo numeral se menciona que la EPS se queda con el 40% de los ahorros generados, no como incentivo a la gestión, lo que sería deseable, sino para efecto de cubrir los servicios incluidos en el presupuesto máximo y para financiar posibles desviaciones futuras. Sobre este recurso es pertinente resolver las siguientes inquietudes ¿Por cuánto tiempo debe mantenerse este recurso en la cuenta maestra? ¿A qué título? ¿En algún momento puede ser considerado ingreso de la EPS, como un incentivo a la buena gestión? ¿Cuándo?</p> <p>Según lo dispone el numeral, si entendemos bien, la EPS que ha generado excedentes y no ha recibido recursos por desviación, podría, después de 3 años, recibir una parte de lo que quede, si queda, de los</p>	<p>En virtud de las obsevaciones realizadas por usted y otros actores al artículo en mención del presente proyecto normativo, el Ministerio esta contemplando excluir el tema de los porcentajes de ahorro en cuanto a la no superación del presupuesto maximo. Es pertinente recordar que para la mitigar riesgos financieros las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros. Respecto a las cuentas maestras se determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de de las mismas y sus beneficiarios. Dicho lo anterior es pertinente recalcar que no se puede considerar ingreso como "incentivo" a la labor.</p>
221	31	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 13.	<p>No superación del presupuesto máximo. En relación con este artículo presentamos los siguientes interrogantes para su correspondiente aclaración en la norma:</p>	<p>3. Numeral 3. ¿Quién califica como adecuada la defensa judicial realizada por la EPS? ¿En qué consiste lo "adecuado"? ¿Acaso que se haya opuesto a la obtención de los beneficios, aun cuando puedan ser pertinentes? No debemos olvidar que en ocasiones los afiliados acuden a la tutela, ya sea porque MIPRES no permite solicitar ese bien o servicio, o acuden sin que se haya realizado el trámite ante la EPS.</p>	<p>En cuanto a su observación relacionada con la "defensa judicial adecuada", el Ministerio aclarará en el proyecto de resolución las actividades que deben surtirse en dichas actuaciones judiciales, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, la 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.</p> <p>Así mismo, se espera que en ejercicio de estas actuaciones la EPS o EOC realice 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 de Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de sistema de salud, entre otras.</p>
222	32	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 13.	<p>No superación del presupuesto máximo. En relación con este artículo presentamos los siguientes interrogantes para su correspondiente aclaración en la norma:</p>	<p>4. Numeral 4. Teniendo la EPS poca capacidad de manejo sobre estos servicios que se aprueban de manera automática por MIPRES, este numeral debe ir dirigido a establecer una obligación explícita a los profesionales de la salud. Es importante señalar en este numeral que si la EPS da instrucciones a su red para que a su vez se solicite a los profesionales de la salud que prioricen la atención con cargo a las tecnologías de la UPC, no se está violando la autonomía médica.</p>	<p>La herramienta de MIPRES esta definida en la resolución 1885 de 2018 y su objeto es realizar la prescripción u ordenación de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, así como la verificación, control, auditoría, pago y análisis de la información del proceso de recobro/cobro ante ADRES, por lo cual la coordinación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y personal de salud deberán priorizar 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 por lo anterior no se violaría ni se restringiría la autonomía.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
223	33	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 13. Parágrafo1.	<p>Consideramos de la mayor importancia mantener esta disposición en la Resolución; pues si los agentes que intervienen en la cadena no estuvieran obligados a tener en cuenta los valores de referencia y el VMR, los presupuestos máximos dejarían de ser una medida idónea para garantizar la eficiencia en el gasto en el sistema de salud. En este sentido, resulta pertinente poner de presente que el Ministerio de Salud y Protección Social tiene competencia para proferir la disposición que se comenta.</p> <p>En efecto, el artículo 5 de la Ley 1966 de 2019, establece la facultad del Ministerio de Salud y Protección Social para establecer valores y techos máximos, sin que su aplicación se entienda referida de manera exclusiva a las EPS.</p>		Por lo dispuesto en el artículo 240 de la ley 1955 de 2019 es el Ministerio de Salud y Protección Social quien define la metodología de presupuestos maximos, la cual esta contenida en el presente proyecto normativo, declara 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 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), por lo tanto si hace explicito el actor al cual va dirigido.
224	34	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 14.	<p>Patrimonio adecuado. Tal como se solicitó en las consideraciones generales, este artículo debería suprimirse, teniendo en cuenta que la resolución establece de manera transitoria una regulación de los presupuestos máximos como una administración de recursos de un tercero (ADRES) por parte de las EPS, orientación que se ve reflejada, entre otras definiciones, en que los ahorros no son ingreso de la EPS y, por el contrario, sólo se destinan a cubrir más servicios o desviaciones futuras que se puedan presentar. Así las cosas, conceptualmente es indiferente para estos efectos el indicador de patrimonio.</p>		Según las observaciones recibidas por distintos actores el artículo 13 en referencia al ahorro el Ministerio esta contemplando eliminarlo; por lo anterior se considera como ingreso a la operación el presupuesto maximo para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación en los componentes definidos en el presente proyecto normativo, dicho esto si tiene efecto sobre el patrimonio adecuado.
225	35	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 15.	<p>Mecanismo financiero y de seguros. Debe eliminarse este artículo, considerando que la forma en que se plantea en el proyecto el mecanismo de ajuste de la desviación lo realiza directamente la ADRES. Es curioso este artículo. Dice lo mismo que ya dice el artículo 240 de la Ley 1955. Y este artículo lo dice porque, como explicamos al principio, la figura de presupuestos máximos, en la ley, supone que se le transfiere a la EPS un recurso para que gestione unos riesgos en salud (los no cubiertos por la UPC), a la manera de una prima. Solo en ese contexto, tiene sentido que las EPS puedan buscar mecanismos financieros o de seguros para mitigar el riesgo que asumen. Pero si no lo asumen en verdad (como, comprensiblemente, pero ojalá de manera transitoria, lo hace el proyecto de resolución), esos mecanismos de mitigación lucen exóticos. Quizá esa sea la razón por la cual se mencionan, haciéndole eco a la ley, pero no se desarrollan ni enuncian ni precisan. En ese caso, es mejor suprimir este artículo y reactivarlo cuando estos presupuestos máximos tengan el tratamiento de una auténtica prima, a la manera de la actual UPC.</p>		La metodología de Presupuestos Máximos Anuales no es una prima, como su nombre lo indica es un presupuesto, en el cual se estima un valor requerido con el fin de obtener los resultados proyectados, en este caso la financiación de tecnologías y servicios de salud no financiados a través de la prima de seguros (UPC). Es por tanto vigente el artículo ya que reconoce que el Presupuesto Máximo es el valor que La ADRES transfiere a las EPS para que éstas realicen gestión y garanticen a sus afiliados dichos servicios, con la metodología descrita en el presente proyecto normativo. Por lo anterior el artículo se mantiene sin modificaciones.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
226	36	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 16.	Acceso. Es pertinente que la norma establezca la posibilidad que la EPS gestione diferentes formas de contratación de los servicios y tecnologías objeto de los presupuestos máximos. No obstante, es importante que se establezca la forma como ellos deben ser reportados garantizando que la trazabilidad desde la prescripción hasta el pago, puedan justificarse oportuna y completamente, y los cruces de bases de datos y los criterios de verificación tengan en consideración la información de los contratos diferentes al pago por evento. Por ejemplo, en los contratos de pago global prospectivo se establecen pagos mensuales por condición de manera independiente de las utilizaciones que se reportan posteriormente. Si eso no se tiene en cuenta, se corre el peligro de que se institucionalice una sola modalidad de contratación (pago por evento), que no siempre es la más eficiente desde el punto de vista del gasto		El pago global prospectivo y otras formas de contratación no se verán afectados ya que para determinar la modalidad se presentan herramientas como la nota técnica en ella contenida la frecuencia y las cantidades de atenciones, por otro lado se aclara que el presupuesto máximo esta dado para la financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, es por tanto lógico que los mecanismos de contratación serán el producto del análisis que cada EPS realice con base a sus históricos y herramientas que consideren pertinentes para garantizar la no superación del presupuesto máximo.
227	37	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 18.	<p>Medicamentos, APME, Procedimientos y servicios sociales complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo (techo).</p> <p>De manera general se debe ajustar la redacción para aclarar que sólo quedan incluidos los medicamentos y APME, (ratificamos lo expresado al principio de la comunicación en el sentido de que no se deben incluir los procedimientos con baja frecuencia y los servicios sociales complementarios), que finalmente se definan explícitamente en los anexos a la presente resolución.</p> <p>Para nuevas moléculas es importante precisar que su ingreso al universo de tecnologías que pueden ser costeadas por el SGSSS no puede ser automático y solo debe permitirse aquellas que agreguen valor, es decir, aquellas que mejoren los desenlaces en salud, la experiencia del paciente y aporten a la sostenibilidad del sistema. Una cosa es que por virtud del registro sanitario se puedan comercializar en el país, y otra, que el sistema deba pagar por ellas. Para este segundo ámbito, conviene que se realice la evaluación de manera previa.</p> <p>Así mismo debe contemplarse el manejo de aquellos casos en los cuales el INVIMA expide permisos para traer la tecnología por prescripción del profesional tratante. Debería quedar claro que,</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Numeral 2. Solicitamos se elimine este numeral, que debe pasar al artículo 19 porque, justamente como se menciona, ya existe en el país otra molécula en el presupuesto máximo que, hasta tanto se demuestre lo contrario, es superior terapéutica o clínicamente.</li><li>• En consecuencia, sugerimos un literal nuevo en el artículo 19 así:  o ix) Los medicamentos no incluidos en normas farmacológicas en el país o incluidos a partir de este acto administrativo que no sean terapéutica y clínicamente superiores a otro medicamento incluido en el presupuesto máximo. Estos medicamentos una vez surta el proceso de verificación de la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan, podrán ser incluidos en el presupuesto máximo o, si es inferior terapéuticamente, ser incluido como una exclusión de los recursos del sistema de salud.</li><li>• Numeral 4. Solicitamos eliminar este numeral por lo anteriormente argumentado de la inconveniencia de incluir los servicios sociales complementarios en techos. No obstante lo anterior, si se mantienen se debe aclarar el procedimiento para la prescripción de estos servicios en relación con la junta médica. Se pregunta entonces, si se está</li></ul>	<p>Con respecto a su solicitud se considera que no se debe eliminar toda vez que es necesario realizar estudios de equivalencia para poder demostrar superior igualdad o inferioridad a las moléculas existentes, por tanto el Ministerio esta contemplando en el numeral 2 ampliar el concepto en el cual se define que el IETS dispondrá de tres (3) meses para definir la superioridad, equivalencia o inferioridad respectiva. En todo caso, si no se dispone de la metodología o criterios relacionados con el artículo 72, antes mencionado, el IETS en conjunto con el ministerio definirán la metodología de evaluación respectiva.</p> <p>En todo caso si el medicamento, como resultado de la evaluación de tecnología: i) es inferior a otro se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud, ii) tiene equivalencia se financiará con cargo a los recursos de Presupuesto Máximo y será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición, iii) es superior y genera ahorros presentes y futuros en términos de ahorros para el sistema (reduce eventos adversos, evita reincidencias, reducción de días de internación, entre otros) respecto de la situación actual se considerará incluido dentro de los presupuesto máximos; por otra parte, en caso de ser superior y no generar ahorros al sistema a pesar de los beneficios del medicamento el Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la fracción adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por compra centralizada o por riesgo compartido.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
228	38	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 19	<p>tecnologías no financiadas. De acuerdo con la modificación propuesta en el artículo 18 anterior, solicitamos se adicione un nuevo numeral ix) ya presentado.</p> <p>Adicionalmente se presentan los comentarios a los numerales propuestos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Numeral i): No deben financiarse los vitales no disponibles. Por el solo hecho de que sea declarado vital no disponible no debe estar en el presupuesto máximo. La EPS no puede realizar ninguna gestión para gestionar el valor porque la regulación de valores de referencia sólo aplica a entidades nacionales. Estas moléculas son importadas directamente de un proveedor internacional.</li><li>• Numeral vi): Debe corregirse la referencia al párrafo 3 del Artículo 22 porque se refiere es al artículo 21 de la versión de resolución en comento.</li><li>• Deben aclararse los criterios para definir qué es un procedimiento nuevo en el país. Esta definición debería incorporar variables de tiempo, número o frecuencia de utilización de los mismos.</li></ul>		No se acepta la solicitud ya que se debe entender que en los registros de recobro/cobro se encontraron medicamentos vitales no disponibles y son precisamente sujetos de valor de referencia. Para su segunda solicitud se le informa que el Ministerio esta realizando la corrección que hace mención en el párrafo 3.
229	39	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 20.	<p>Garantía de los demás servicios y tecnologías en salud. En este artículo se señala que los servicios no financiados con UPC, ni financiados con presupuestos máximos, siempre y cuando no estén excluidos, deben ser garantizados a los afiliados y se continuará reconociendo y pagando de acuerdo con lo previsto en la Resolución 1885 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social. Es importante precisar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Se prescribe a través de MIPRES?</li><li>• ¿En el MIPRES se identificarán los servicios que van con cargo a presupuestos máximos y los que son objeto de recobro?</li><li>• ¿Se elimina MIPRES para presupuestos máximos y queda únicamente para estos servicios?</li></ul> <p>Insistimos en la necesidad de facturación por parte del proveedor de los servicios directamente a la ADRES, para que esta entidad realice el reconocimiento y pago de manera directa a la IPS o proveedor.</p>		MIPRES es una herramienta tecnológica que implementó el Ministerio de Salud y Protección Social para garantizar el acceso, reporte de prescripción, suministro verificación, control, pago y análisis de la información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios, descrita en la resolución 1885 de 2018, por lo cual seguira siendo utilizada para tal fin sin delegar la gestión a la EPS, ya que es el soporte de prescripciones y suministros por lo anterior no se eliminara ni cambiara sus funciones.
230	40	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 21, Párrafo 2.	Es muy importante la definición contenida en este párrafo para garantizar la información para una correcta toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud y la protección de los		El párrafo se construyo precisamente para que el criterio del médico este acorde a las Guías de Práctica Clínica (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; y que la formulación sea acorde a la atención de una patología en particular; generando una buena práctica en la prescripción.
231	41	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 21, Párrafo 3.	¿Cómo se diferencian los APME que están incluidos en el PBS de los que no están incluidos?		Como bien se ha explicado la fuente de información es la suministrada por la ADRES donde vinculan los registros que presentaron las EPS con respecto a recobros/cobros, por lo anterior los APME que no se encuentran en el PBS fueron registrados en la base mencionada.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
232	42	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 22, Parágrafo 2	Como se mencionó antes, es pertinente que se aclare cómo se incrementará el valor a reconocer en el presupuesto máximo de una vigencia corriente cuando una molécula se le apruebe otro nuevo uso autorizado en los UNIRS.		La resolución no realizará una modificación o reconocimiento por nuevos usos de una molécula que este contemplada en los UNIRS en la vigencia corriente, estos siguen la misma metodología descrita para todos los componentes.
233	43	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 24,	Debe precisarse que se encuentran incluidos en el presupuesto máximo no todos los que tengan registro sanitario del INVIMA sino sólo aquellos con registro sanitario que estén explícitamente en los listados de los anexos 3, 4 y 5 y que cumplan con las condiciones establecidas en el presente acto administrativo.		El artículo da alcance a los listados y anexos ya que como reza en el mismo "...puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo..." por lo tanto se da respuesta efectiva a su solicitud.
234	44	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	artículo 27	fórmulas magistrales Debe ser un parágrafo del artículo 25 o un nuevo artículo. En todo caso hay que revisar la numeración de éste y los siguientes artículos.		El Ministerio realizó los ajustes respectivos de numeración para el artículo en mención.
235	45	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 30.	Servicio farmacéutico. Si bien es claro que las EPS solo deben contratar con entidades habilitadas, no se le puede delegar una función propia del Estado, que es la de verificar y garantizar que en su funcionamiento las entidades responsables del manejo, conservación, distribución de medicamentos o en general de los procesos de servicio farmacéutico estén cumpliendo con los requisitos de habilitación. Ellas contratan con las entidades que el Estado habilitó por considerar que cumplan con los requisitos y será el Estado el responsable de garantizar que cumplan y sigan cumpliendo. En este sentido, se propone modificar la redacción. La habilitación por parte del Estado es, entre otras cosas, un mecanismo de protección a terceros. Si está habilitada, se presume su idoneidad. Sería redundante esta especie de "habilitación secundaria" por parte de las EPS.		No se refiere a una habilitación secundaria como usted plantea en la interpretación de este artículo, por el contrario es deber de la EPS cuando administran recursos garantizar que se preste la mejor atención a los usuarios, por lo tanto cualquier irregularidad es necesario reportarla por cualquier integrante del sistema general de seguridad social en salud, y como el presente proyecto normativo corresponde a Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Complementarios es necesario que se ajuste según lo dispuesto en la ley.
236	46	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 30 Parágrafo.	Si lo que se pretende con lo señalado en el parágrafo es definir cuáles son los requisitos que deben cumplir los operadores logísticos para habilitarse, se sugiere que se regule el tema de manera independiente, pues el objeto de la presente norma, es la actualización integral de los beneficios que se financian con cargo a la UPC.		No, como se expresa en el objeto: La presente resolución define la metodología del Presupuesto Máximo de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y fija el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) de ambos regímenes, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME), Procedimientos y Servicios Complementarios.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
237	47	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 31.	Concordancia entre la prescripción y la dispensación. Nos parece muy importante la inclusión de esta norma, lo cual redundará sin lugar a dudas en mayores eficiencias y racionalidad en el gasto. No obstante, es necesario hacer una regulación independiente que defina la forma en que deben ser dispensadas tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario, las cantidades exactas prescritas por el médico tratante, garantizando seguridad. Así mismo deberá regularse en aquellos casos en que no es viable el fraccionamiento, la forma en que la industria debe ajustarse para cumplir a cabalidad con lo aquí previsto.		La construcción del artículo responde a la correlación directa que debe existir entre las cantidades de medicamento que el personal de salud formula y lo que es dispensado al usuario. El ajuste, adecuación de dosis y fraccionamiento mediante reempaque de ser necesario es un proceso que el ente competente para tal fin (INVIMA) certifica, por lo cual es obligación de las EPS que en sus procesos contractuales de contratación se incluya el cumplimiento de estos estándares obligatorios de ley.	
238	48	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 34, numeral 1.	al igual que parágrafo 1 y 2. La regulación de los trasplantes que se incluyan en el presupuesto máximo debe ser igual a la que está establecida en la norma que regula los trasplantes incluidos en el plan de beneficios con cargo a la UPC.		Se debe entender que este proyecto normativo es para para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, por lo tanto si se deja igual al artículo 31 planteado en la resolución 3512 de 2019 estaría fuera de contexto; es por tanto importante resaltar que con cargo al presupuesto máximo se financian los estudios realizados a donantes no efectivos de aquellos trasplantes financiados con recursos de la UPC ya que se encontraron registros de recobro/cobro por este concepto.	
239	49	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 40.	Seguimiento. Consideramos que no se justifica el trato diferencial con las IPS pues en la medida en que participan en la ejecución de los recursos de la misma manera que los operadores logísticos, deberían ser incluidos dentro de los procesos de auditoría orientados a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.		<p>Respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES realizará un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>	
240	50	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 40. Parágrafo.	<p>Se sugiere adicionar en el parágrafo que la información se publicará también por IPS, profesionales tratantes y juzgados de tutela.</p> <p>Le solicitamos adicionalmente considerar que la implementación del proceso de seguimiento, monitoreo y auditoría que defina la ADRES pueda ser conocido e implementado con suficiente tiempo en las EPS toda vez que esta reglamentación afecta el proceso, por lo cual es requisito indispensable conocerlo de manera previa a su ejecución.</p>		No se acepta la propuesta, ya que como se aclaró en el apartado de acceso, las EPS como responsables de la gestión realizarán seguimiento, monitoreo y auditoría según lo estimen conveniente y de conformidad con los mecanismos de contratación y acuerdo de voluntades, aspecto que se sugiere incorporar en los acuerdos de voluntades. Como se explicó anteriormente con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS.	
241	51	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Artículo 41	deber de información. Debe indicarse que la obligatoriedad que tienen de presentar información de calidad (Ley 1966 de 2019) las IPS y los operadores logísticos, incluyendo cualquier dispensación de medicamentos.		Se recuerda que el Ministerio de Salud y Protección Social publicó el proyecto de resolución en el cual se estableció el proceso de reporte de información del presupuesto máximo. Este proyecto de acto administrativo estuvo colgado en la página web del Ministerio para comentarios hasta el 7 de enero de 2020. En él se establece que la plataforma PISIS será la herramienta para el cargue de información para monitoreo. Sobre el tema de calidad de la información se precisa que se realizará un constante monitoreo y control por parte de La Adres la cual generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.	
242	52	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Anexo 1.	1. Medicamentos y APME página 26. Se requiere corregir la fórmula de despeje del precio de recobro.		En virtud a las observaciones presentadas, y la de otros actores El Ministerio realizará revisión de las formulas contenidas en el presente proyecto normativo.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
243	53	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Anexo 1.	<p>Cálculo del presupuesto máximo, página 27 En las fórmulas para establecer el presupuesto máximo se definen dos hipótesis: que las cantidades estimadas por EPS sean mayores, menores e iguales a un <math>Q_{i,n,t}</math> que no se define en el texto de la resolución ni en el anexo. Este ajuste debería quedar definido en el texto de la resolución en tanto reduce el presupuesto máximo de aquellas EPS en las cuales la estimación de las cantidades como lo establece el artículo 6 son mayores a ese <math>Q_{i,n,t}</math>.</p> <p>Para definir el ajuste establece unas cantidades adicionales al Delta lo cual entonces nos lleva a preguntar ¿Cuál es el Delta de referencia? ¿Es uno para todo el sistema? Y por esto, ¿Al comparar este con las <math>Q_{i,n,t}</math> da unas cantidades adicionales? Esto es necesario aclararlo y especificarlo bien en el artículo 6. Esta fórmula es muy importante para verificar el presupuesto de cada EPS.</p>		<p>En el anexo no se definen 2 hipótesis, se expresan dos condicionales, los cuales tienen que ver con Q, el cual está definido al inicio del anexo: El Presupuesto Máximo Anual que se establece en la presente metodología fue construido a partir de los diferentes Grupos Relevantes en que se agruparon los medicamentos y APME. El valor del Presupuesto Máximo Anual 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 de tutela.</p> <p>Para efectos de la fijación del Presupuesto Máximo Anual se tiene en cuenta Valor de Referencia (VR) por Unidad Mínima de Concentración UMC de cada Grupo Relevante y las cantidades en Unidades Mínimas de Concentración (UMC).</p> <p>En cuanto a sus observaciones relacionadas con la definición de la cantidad total prospectiva y las estimaciones de las cantidades que la componen (inicial, ajustada y delta), se tiene previsto ajustar la forma de cálculo, pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa.</p>
244	54	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Anexo 1.	<p>Modelo estimado página 29. Se requiere especificar la variable "actividades" por cuanto mencionar que son "las actividades asociadas a la entrega de medicamentos" pareciera referirse a actividades puramente administrativas asociadas a la dispensación. Se sugiere sustituir por "prestaciones" o "prestaciones/afiliado".</p>		<p>En virtud a su observación al anexo donde se señala "actividades asociadas a la entrega de medicamentos" este Ministerio está contemplado realizar cambios en este apartado para dar alcance a dicha petición.</p>
245	55	31/12/2019	201942302096272	GUSTAVO MORALES COBO PRESIDENTE EJECUTIVO	ACEMI	Anexo 5.	<p>Listado de valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios. Es inconveniente que se establezca valores para rubros que no son específicos y que en la tabla se denominan "OTROS", "OTROS DISPOSITIVOS", "OTROS METABOLITOS" u "QUÍMICA SANGUÍNEA y OTROS FLUIDOS". Esta indeterminación abre la posibilidad de que se incluyan servicios que no han sido considerados en el cálculo del presupuesto máximo y podría generar conflictos en la definición de coberturas.</p>		<p>"Otros" hace referencia a las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de procedimientos y servicios complementarios de la tabla de referencia Mipres.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
246	1	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	• Artículo 3 – Inciso 3. Cantidad Inicial (Q inicial). • Artículo 3 – Inciso 5. Cantidades Ajustadas • Artículo 3 – Inciso 6. Cantidades del Delta • Artículo 6 – Inciso A. numeral ii) Cáculo de las unidades ajustadas • Artículo 6 – Inciso A. numeral iii) Cálculo de las cantidades del delta para 2019 • Artículo 6 – Inciso B. numeral iii) Cálculo de las cantidades del delta para 2019	Considerar la información disponible de 2019 para incluir en el cálculo de las cantidades del Delta, así como en el cálculo de las unidades ajustadas, y actualizar el monto de Presupuesto Máximo acorde a los nuevos valores. Tomar como punto de partida el año 2020 y no el 2019.	De acuerdo la definición de la cantidad inicial, expuesta en el Inciso 3 del Artículo 3, se entiende que ésta contempla la información de recobros/cobros a la ADRES desde enero de 2018 hasta junio 2019. Sin embargo, al analizar la forma en la que se calculan tanto las cantidades ajustadas como las cantidades delta se observa que sólo se está considerando la información disponible de 2015 a 2018.  Debería existir consistencia entre las tres definiciones y por ende las tres cantidades contempladas para calcular las cantidades prospectivas deben tener como base el mismo periodo de referencia (información de 2015 a segundo semestre de 2019) Las cantidades delta se calculan para el año 2019 y se menosprecia el efecto que la información del 2019 puede generar sobre el 2020.  No es claro cuál es la razón por la que se debe sumar dos veces las cantidades delta a las cantidades prospectivas. Resulta necesario calcular las unidades delta teniendo en cuenta la información disponible al segundo semestre de 2019, tener en consideración información proveniente de 2018 es menospreciar las dinámicas y la historia que se ha gestado a lo largo de 2019.	La Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES). Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema. En ese sentido, la metodología, en la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales, recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017, 2018 y 2019). Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura en dicho valor inicial, al cual se le adiciona el cálculo del recobro tardío (IBNR), que incluye parte de la información de 2019, con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado. Así mismo, se calcula el crecimiento promedio anual de las cantidades mediante técnicas econométricas de panel de datos con efectos fijos para cada grupo relevante; dicho crecimiento anual se aplica para encontrar las cantidades para el año 2020. De tal manera que, el cálculo de las cantidades contempla todos los aspectos a tener en cuenta, por lo que no se espera que se observen faltantes.  La información es suficiente y válida, sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos históricas muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo, lo anterior quiere decir que los cálculos de las cantidades reflejan las prescripciones que han sido pagadas por tanto suministradas, no hay cantidades sesgadas, son reales y de calidad.  El factor de las cantidades del delta calculado para el periodo t, da cuenta del comportamiento histórico de lo recobrado, con 33.713.766 registros administrativos en medicamentos y APME, que en el estado normal de las cosas, no pueden tener grandes variaciones a razón de: i) Los cambios en el comportamiento en el uso de servicios atribuibles a condiciones de salud o enfermedad que enfrenta la población asegurada, solo se reflejaría en situaciones extraordinarias, como epidemias o pandemias, que llevarían a cambios súbitos en los indicadores epidemiológicos de salud que deban ser considerados en forma específica; ii) Ley de grandes números: la frecuencia relativa de los diferentes resultados de un experimento aleatorio, tiende a estabilizarse en un solo número, el cual justamente determina la probabilidad. Si un estimador es consistente, se vuelve más confiable al tener tamaños de muestras grandes, en este caso no hay muestra sino el universo de datos completo; iii) Teorema del límite central: La variable aleatoria $\bar{Y}$ tiene distribución normal asintótica con media $\mu$ y varianza $s^2/n$ , en la medida en que el tamaño de muestra aumente.
247	2	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	• Artículo 3 – Inciso 5. Cantidades Ajustadas • Artículo 3 – Inciso 13. Método Chain-Ladder • Artículo 6 – Inciso A. numeral ii) Cáculo de las unidades ajustadas • Artículo 6 – Inciso B. numeral ii) Cáculo de las unidades ajustada	A la hora de distribuir las cantidades ajustadas por EPS, y hacer el cálculo del valor per cápita, es necesario considerar factores de riesgo adicionales a tan solo el género y la edad de la población. Es necesario contemplar aspectos clave como población con patologías de alto costo o población con enfermedades huérfanas.	El cálculo de las cantidades ajustadas con Chain-Ladder se hace con base en una agrupación de facturas, o una sola bolsa.  La distribución de acuerdo a la participación de cada grupo relevante en cada EPS asume un cálculo igual para todas las EPS en términos de la reserva técnica para estos casos. Lo anterior no contempla las variaciones en riesgos entre EPS, resultado de las poblaciones diferentes y cohortes que atienden.	La metodología es homogénea para todo el Sistema y no por EPS, al final arroja valores a transferir para cada EPS según el histórico reportado de los recobros/cobro el cual trae implícitas las condiciones epidemiológicas de la población afiliada a las EPS, que como ya se mencionó corresponde a más de 33 millones de registros administrativos; se parte del supuesto de la correcta y eficiente gestión de recobro de las EPS para todo lo prescrito, abarca el comportamiento de uso de las tecnologías y por consiguiente refleja los factores como riesgos, poblacionales y cohortes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
248	3	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 6 – Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS del régimen contributivo • Anexo 1 – Metodología para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito médico especial – APME • Anexo 6 – Presupuesto máximo recobros medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios	Publicación de anexos técnicos de la aplicación de la metodología propuesta para verificación y validación de los cálculos finales.	<p>Con el fin de garantizar la transparencia y legitimidad de la resolución y de lo en ella incluida es necesario publicar los anexos técnicos de la aplicación de la metodología con el fin de validar los resultados.</p> <p>Así mismo, es necesario publicar los resultados de los modelos econométricos utilizados para el cálculo de las cantidades delta con el fin de validar la bondad de ajuste de cada uno de los modelos. También, es necesario validar que el estadístico t y el p-valor del parámetro <math>\Phi</math> sea estadísticamente significativo en cada uno de los modelos y explique la variabilidad y el comportamiento de las UMC.</p> <p>Es importante aclarar de forma precisa y hacer ejemplos a qué se hace referencia sobre la variable Actividades, contemplada en el modelo para calcular las cantidades delta.</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>La metodología de presupuesto máximo quedará publicada como parte del acto administrativo, la cual hará parte de la nota técnica. Las bases de datos y descripciones de la misma están disponibles, desde diciembre de 2019, en la sección "Otros Estudios", ubicado en la parte inferior del siguiente enlace: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a></p> <p>Con respecto a la variable actividades, esta se refiere a los registros de la base de datos expresados en UMC de medicamentos por año. Dados los diversos comentarios recibidos al respecto se modificará esta palabra, dejando el término registros.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
249	4	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 6 – Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS del régimen contributivo Anexo 1 – Metodología para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito médico especial – APME • Anexo 6 – Presupuesto máximo recobros medicamentosos, APME, procedimientos y servicios complementarios	Se solicita hacer explícito cómo la incidencia está siendo tenida en cuenta en el modelo. Y cómo afecta el cálculo del Presupuesto Máximo.	La metodología no expone de forma explícita como la incidencia de una patología está siendo tenida en cuenta y cómo ésta genera un impacto sobre el Presupuesto Máximo de cada una de las EPS.	La unidad de análisis de la metodología se enfoca en las tecnologías en salud y servicios ordenados a los pacientes, por cuanto para la incidencia se proyecta incluir un artículo en el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS. El presupuesto máximo incluye el ajuste ex - post que incentiva el logro de resultados en salud.
250	5	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 6 – Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS del régimen contributivo • Anexo 1 – Metodología para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito médico especial – APME	Se solicita incluir un articulado donde se haga explícito que las EPS deben garantizar la gestión del riesgo y no enfocarse en hacer gestión financiera única-mente	La resolución no contempla explícitamente la obligación por parte de las EPSs a llevar a cabo una gestión del riesgo en salud. Si las EPS sólo se enfocan a hacer un gestión financiera se estaría generado un detrimento en la salud de la población, violando de esta manera el derecho fundamental a la salud.	Dentro de la normatividad vigente ya se contempla la gestión del riesgo de las EPS, específicamente en los artículos 14 de la Ley 1122 de 2017 y 2.5.2.3.1.1 del Decreto 780 de 2016, por consiguiente la presente resolución no desconoce ni exime de esta responsabilidad a las EPS, por lo contrario brinda elementos para una adecuada gestión del riesgo en salud a través de la asignación de presupuestos máximos.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
251	6	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 6 – Inciso B. numeral v) Metodología a valor de referencia para Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios  • Anexo 5 – Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	<p>Se solicita publicar el racional para utilizar el percentil 25 como el punto para definición de los valores de referencia para los PSSC (Procedimiento y Servicios Sociales Complementarios)</p> <p>• Se solicita publicar la base de datos con la que se llevó a cabo el ejercicio del cálculo de los valores de referencia para los Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios.</p>	<p>Con el fin de garantizar la transparencia y legitimidad del proceso regulatorio es necesario publicar la razón por la que se decide utilizar el percentil 25 de los PSSC para calcular los valores de referencia.</p> <p>Al utilizar indistintamente el percentil 25 para estas tecnologías en salud el Ministerio está menospreciando la estructura de costo inerte a cada una de las instituciones prestadoras de salud. Se está asumiendo que todas las Instituciones Prestadoras de Salud tienen una estructura idéntica y que por ende los costos de los Procedimiento y Servicios Sociales Complementarios deben ser los mismo, y adicionalmente está asumiendo que para todas las patologías el costo de un Procedimiento o Servicio Social Complementario en común debe costar exactamente lo mismo. Lo anterior pone en riesgo a los pacientes que por su condición de salud el costo del Procedimiento debe ser superior y que las EPS no reconocerán la terapia porque se sale de los Valores de Referencia preestablecidos.</p> <p>Así mismo, para garantizar la transparencia y legitimidad del proceso regulatorio es necesario que el ministerio publique las bases de datos que utilizó para definir el valor de referencia para los Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios, así como lo hizo en el ejercicio regulatorio de los Valores Máximos de Recobro (Resoluciones 1019 y 3078 de 2019)</p>	<p>Con relación a la sugerencia de publicar el origen de los percentiles para procedimientos y servicios complementarios, se debe mencionar que en la metodología de cálculo de valores de referencia, publicada en el proyecto de resolución, especifica que la selección de los percentiles se realizó según el número de oferentes del grupo relevante, sin distinción alguna entre los grupos relevantes respecto a la fijación del estadístico de tendencia central o de posición que define el valor de referencia, y busca esta elección disminuir la alta dispersión identificada en los recobros. Siguiendo este contexto, en el percentil diez para el caso de los grupos relevantes con un único oferente, se encontró que existen recobros con un valor inferior o igual a este percentil, identificando lo mismo para los grupos relevantes con dos o más oferentes, que tienen asignado el percentil 25 como valor de referencia.</p> <p>Es importante resaltar que el percentil seleccionado busca propender por un uso racional de los recursos que simultáneamente permita una alineación con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS, en concordancia con el artículo 5 de la Ley 1966 de 2019, donde se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el SGSSS, que reza: "En ningún caso la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), podrá reconocer y pagar servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC, salvo los recursos destinados al saneamiento de pasivos estipulado en la presente ley, cuando estos sean superiores a los valores y techos máximos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de una metodología que tenga en cuenta los valores recobrados o cobrados, y considerando incentivos por el uso eficiente de los recursos (...)".</p> <p>Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p>
252	7	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Anexo 3- Listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo de Presupuest o Máximo	<p>Excluir del listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo del Presupuesto Máximo los mercados relevantes que ingresaron al mercado durante el primer semestre de 2019 (nueva forma farmacológica)</p>	<p>La razón principal por la que se solicita la exclusión de dichas tecnologías para el cálculo del Presupuesto Máximo es la siguiente:</p> <p>1. El lanzamiento comercial de los mercados relevantes que se hizo en Colombia en 2019 no cuenta con suficiente información de cobros/recobros. Las cantidades iniciales de estos mercados relevantes son insignificantes con respecto al uso que debería tener un producto maduro. Adicionalmente, las cantidades delta y las cantidades ajustadas son 0, esto a raíz de que las susodichas cantidades sólo contemplan las dinámicas de los recobros/cobros hasta 2018. Lo anterior implica entonces que se está yendo en contra de la abogacía de la competencia, pues se están generando asimetrías en el mercado ya que no todos los productos gozan con las mismas condiciones y reglas de mercado.</p>	<p>El presupuesto máximo se calcula para todas las tecnologías recobradas entre 2015 y 2019.</p> <p>Su propuesta de "excluir del listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo del Presupuesto Máximo los mercados relevantes que ingresaron al mercado durante el 2019 (nueva forma farmacológica)", no es viable puesto que el presupuesto máximo se calcula para todas las tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, tal como lo ordena la Ley 1955 de 2019. Por lo anterior, no es posible hacer puntos de corte ni excepción alguna con los parámetros de inclusión para las estimaciones del presupuesto máximo.</p> <p>Para efectos de cálculo, cualquier tecnología recobrada es contemplada para el cálculo de presupuesto máximo por el hecho no estar cubierta con UPC. Es importante aclarar que, presupuesto máximo no constituye una cobertura, ni el valor de referencia estructura precio o tarifa. Los parámetros para identificar las tecnologías en salud y servicios no financiadas con cargo al presupuesto máximo se encuentran explícitos en el articulado.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
253	8	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Anexo 3- Listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo de Presupuesto Máximo – Mercado relevante 567	Excluir del listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo del Presupuesto Máximo el principio activo Dupilumab.	Las principales razones por las que se solicita la exclusión del medicamento para el cálculo del Presupuesto Máximo son las siguientes: 1. El lanzamiento comercial de Dupilumab en Colombia se hizo en abril de 2019, por lo que la información de cobros/recobros con la que cuenta el Ministerio sólo contempla, en el mejor de los casos, 3 meses. Las cantidades iniciales de este producto en estos tres meses son insignificantes con respecto al uso que debería tener un producto maduro. Adicionalmente, las cantidades delta y las cantidades ajustadas son 0, esto a raíz de que las susodichas cantidades sólo contemplan las dinámicas de los recobros/cobros hasta 2018. Lo anterior implica entonces que para esta terapia se está yendo en contra de la abogacía de la competencia, pues se están generando asimetrías en el mercado ya que no todos los productos gozan con las mismas condiciones y reglas de mercado. 2. La información con la que está construida el Presupuesto Máximo contempla los periodos de 2015 al segundo semestre de 2019. Al cierre del segundo semestre de 2019 Dupilumab sólo había sido recobrado/cobrado para una de sus indicaciones aprobadas en Colombia (Dermatitis Atópica). Sin embargo, para 2020 el medicamento, contará con más de una indicación (Asma en Adultos (actualmente aprobado por INVIMA) y jóvenes, pólipos nasales y extensión de dermatitis atópica en jóvenes) por lo que las cantidades iniciales calculadas no contemplan un incremento en el uso de este medicamento.	El Dupilumab se incluyó en el presupuesto máximo debido a que se encontró en la base de datos de recobros/cobros. Por lo expuesto en el punto anterior, no es posible acceder a su solicitud.	
254	9	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Anexo 1 – Metodología para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito médico especial – APME	La resolución no debe contemplar la posibilidad de que la ADRES o las EPS establezcan valores de referencia para medicamentos que actualmente tienen un precio regulado.	Al revisar la metodología se hace explícito que la ADRES o las EPS tendrán la potestad de definir valores de referencia, o en su defecto precios, a medicamentos que actualmente cuentan con un precio regulado (como lo establece cuando las Cantidades por UMC superan el techo). Lo anterior estaría alterando el orden normativo del Ministerio de Salud, pues dicha función le compete única y exclusivamente a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.	Aclarando su solicitud, se hace énfasis en que los valores de referencia no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Los valores de referencia tienen como objeto ser utilizados para el cálculo del presupuesto máximo; por tanto el presupuesto considera: i) los valores de referencia (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas, vi) Los procedimientos en salud, y vii) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas que no han sido observadas).	
255	10	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 8 – Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia Corriente	Incluir riesgos por patologías para evitar distorsiones o injusticias al momento de transferir pacientes con patologías de alto costo	La metodología propuesta sólo incluye un ajuste de riesgo por edad y sexo, para hacer un ejercicio de aseguramiento responsable, especialmente con las terapias de alto costo contenidas en el PBS sin cargo a la UPC, es necesario hacer un ajuste por riesgo que involucre la patología. De no hacer los ajustes por riesgo de las patologías se está generando inconscientemente un incentivo para limitar el acceso a condiciones de alto costo. La EPS receptora recibirá un monto per cápita promedio cuando debe hacer una cobertura de una patología de alto costo. No se refleja una estructura de solidaridad que amortigüe este efecto.	Dados los comentarios recibidos por diferentes actores del SGSSS, el Ministerio de Salud incorporará el ajuste ex - post en la metodología con incentivos a la gestión en salud.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
256	11	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 13 – No Superación del Presupuesto Máximo	En ninguna circunstancia se debe promover la generación de ahorros por parte de las EPS. La gestión de las EPS debe enfocarse en hacer un uso eficiente de los recursos para obtener los mejores resultados en Salud sin considerar si se generan o no ahorros en los Presupuestos Máximos. a EPS no deben buscar ahorros, eliminar la opción de que éstas puedan hacerlo. Lo que deben hacer es una gestión eficiente de los recursos disponibles.	Al exponer un potencial ahorro para las EPS se está fomentando el uso inadecuado de los recursos ya que se está incentivando a las EPS a la búsqueda de ahorros con lo que pueden eventualmente generar una utilidad líquida. Lo anterior puede generar una limitación para el uso adecuado de los medicamentos e iría en contra del derecho fundamental de la salud.	De una parte, en relación con sus inquietudes en lo concerniente al tema de ahorros y en virtud de las observaciones que diferentes actores del SGSSS hicieron a este artículo, el tema se eliminará.  De otra parte, se insiste en que el presupuesto máximo propende por los resultados en salud, tan es así que se incorporan indicadores para incentivos a la gestión clínica y los resultados en salud.  Igualmente, se recuerda que los recursos de la salud tienen destinación específica, como reza en el Artículo 25 de la Ley Estatutaria: "Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente".	
257	12	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 13 – No Superación del Presupuesto Máximo	¿Con base en qué información se establece el porcentaje de ahorro expuesto en el artículo 13?	No hay razones expuestas en el documento que sustenten los porcentajes expuestos por el Ministerio en Artículo 13, referente a la generación de ahorros y la devolución de los dineros públicos.	Se reitera que el tema de ahorros fue eliminado.	
258	13	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 13 – No Superación del Presupuesto Máximo	¿Cuáles serán los mecanismos que utilizará el Ministerio para garantizar que las Tutelas por lo servicios PBS – no UPC incrementen por cuenta de los incentivos propuestos por la resolución referentes a los ahorros de las EPS?	Durante los últimos años, según el estudio de la defensoría del pueblo, las tutelas generadas por la no prestación de las tecnologías en salud en la UPC han incrementado en frecuencia, superando aquellas que están en el PBS – no UPC.	El espíritu de este proyecto normativo es facilitar el acceso a las tecnologías en salud y servicios, lo cual propende por la reducción de tiempos de espera, sin dilaciones ni barreras administrativas, etcétera, las que en la actualidad conducen a los pacientes a recurrir a la tutela como mecanismo para acceder a la protección integral en salud; por el contrario, la EPS al recibir los recursos de forma ex-ante gestionará de antemano su modelo de atención y contratación, garantizando la continuidad, oportunidad y eficacia de prestación de las tecnologías que requieran sus pacientes, medidas que deben redundar en la reducción de las tutelas por no prestación de tecnologías en salud.	
259	14	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 18 – Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo; Inciso 1, "Medicamentos que se presentan en combinaciones fijas".	Las combinaciones a dosis fijas no incluidas el Presupuesto Máximo no deberían quedar incluidas implícitamente en él porque tienen una propuesta terapéutica diferencial. (Innovación)	Los productos de combinaciones fijas tienen una propuesta terapéutica diferencial frente a los medicamentos por separado, esto está respaldado por un programa de desarrollo clínico (investigación) y por lo tanto no pueden considerarse como incluidos implícitamente en el Presupuesto Máximo.	Según lo establecido en el artículo 41 de la Resolución 3512 de 2019 acerca de Combinaciones de dosis fijas (CDF), que a la letra dice: "Artículo 41. Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los medicamentos en combinaciones de dosis fijas de la siguiente forma: 1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF se encuentren contenidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica y, 2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igual o menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos, si se utiliza como monofármaco por separado.  El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la CDF financiada con recursos de la UPC."  Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con su consulta, queda claro que es necesario que para el caso de las CDFse describan de manera explícita los principios activos que la componen y si la indicación varía con respecto a los monofármacos se tendría como un medicamento que requiere de una evaluación específica para considerar su valor terapéutico y fuente de financiación.  Las CDF se entenderán financiadas con presupuesto máximo o con recursos de UPC en correspondencia con los requisitos de financiación de uno u otro mecanismo.	
260	15	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 18 – Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo	Para aquellos medicamentos innovadores que no cuentan con norma farmacológica y no son objeto de la evaluación por artículo 72 se sugiere dejar dos años en recobros/cobros y luego establecer el techo.	Es necesario garantizar un proceso actuarialmente responsable antes de definir los presupuestos máximos. El ejercicio estadístico propuesto no incorpora en el delta de utilización de medicamentos nuevos una muestra de comportamiento real de estas tecnologías durante las vigencias en estudio. Adicionalmente, cada medicamento nuevo atiende a unas dinámicas de penetración diferentes.	En primera instancia con respecto a la afirmación: "es necesario garantizar un proceso actuarialmente responsable" se recalca que, el Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado un proceso actuarial responsable, el cual tiene como base la información histórica de recobros/cobros, no una muestra sino el universo completo de los datos que dan cuanta de las prestaciones realizadas.  Para aquellos medicamentos que ingresen al país (los no comercializados) y que no tengan alternativa terapéutica, deberá presentarse por el interesado la respectiva evaluación de tecnología ante el IETS para su verificación, valoración de superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica. Entre tanto se tienen los resultados, este será financiado con presupuesto máximo.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
261	16	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 18 – Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo	Para aquellos medicamentos que actualmente cuentan con norma farmacológica pero no están en los presupuestos máximos por que no tienen un valor de referencia ni un precio de referencia internacional, se propone que éstos entren con un precio de referenciación internacional y luego de los dos años de haber estado en recobros/cobros establecer el techo. Lo anterior con el fin de garantizar un proceso actuarialmente responsable.	Al analizar la metodología se encuentra que existe un grupo de medicamentos que en la actualidad cuentan con norma farmacológica pero no se les ha definido un valor de referencia o no tienen un precio por referenciación internacional, por lo que no se encuentran contabilizados dentro del Presupuesto Máximo. Para este grupo de medicamentos es necesario establecer cuál será el método de pago porque la norma no es clara en cómo lo harán.	Mientras la tecnología se encuentre en norma farmacológica y aunque no existan reportes de recobro ni esté en el listado de valores de referencia, será financiada con el presupuesto máximo.
262	17	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios.	No debe ser competencia de las EPS decidir si una nueva tecnología en salud va a ser o no financiada con los recursos de los Presupuestos Máximos.  Los nuevos medicamentos deben ser financiados a través del cobro/recobro, lo que permite generar predictibilidad financiera para las EPS y un histórico adecuado para la incorporación posterior en techos.	La competencia de las EPS no considera la decisión sobre el financiamiento de una tecnología. Dejar esto en su responsabilidad, tal y como lo menciona el inciso 2 del presente artículo, ignora que actualmente no hay una normativa que reglamente la metodología del artículo 72 de la ley 1753 de 2015. El único actor que tiene potestad sobre lo mencionado previamente es la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. Así mismo, hay un claro conflicto de interés por parte de las EPS en decidir con respecto a la financiación de las tecnologías, al ser parte interesada desde el punto de vista financiero.	La EPS determina si realiza la adquisición de un medicamento con cargo al presupuesto máximo cuando dicho medicamento es equivalente terapéuticamente a otro ya existente, es decir no es superior terapéuticamente. Si fuese inferior terapéuticamente es candidato para iniciar el proceso de exclusión de la financiación con recursos del SGSSS, y si es superior terapéuticamente lo determinará el IETS. Por tanto, la evaluación de tecnología hecha por el interesado es el primer paso para determinar si la tecnología en salud está o no financiada con cargo a presupuesto máximo, y en el caso de equivalencia terapéutica, la EPS lo decidirá.
263	18	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos	Se solicita presentar de manera explícita en la resolución los factores que contendrán las auditorías focalizadas, así como los responsables en llevar a cabo su ejecución por parte de la ADRES.	En el presente artículo no es claro en qué consistirán las auditorías focalizadas, cuáles serán los factores a evaluar en su elaboración ni sus respectivos responsables.	Con respecto a su solicitud se hace el ajuste en el acto administrativo y se describen los mínimos para la metodología de seguimiento.
264	19	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos.	Se solicita eliminar el término entre otros pues da cabida a subjetividades en los entregables requeridos por la ADRES para la correcta ejecución de la auditoría. El presente artículo establece que: "Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de prescripción y suministros de MIPRES, y la epicrisis <u>entre otros</u> ".	El presente artículo menciona que la auditoría tendrá en cuenta (1) base de datos de prescripción y suministros de MIPRES, (2) la epicrisis (3) <u>entre otros</u> ", donde este último término puede ser subjetivo y considerado a conveniencia de los interesados.	Revisado el contenido del artículo acerca del seguimiento, control y monitoreo de los recursos, se decidió mantener sin modificación la expresión "entre otros", toda vez que La Adres es autónoma en definir la metodología de seguimiento, control y monitoreo, con la cual determinará los insumos específicos que requiere para la auditoría.
265	20	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos	Se sugiere incluir la metodología de la cuenta de alto costo en la auditoría que realice la ADRES para que sean considerados los resultados y desenlaces en salud por parte de las EPS.	En la arquitectura de la información se encuentra que su recolección para una correcta auditoría es compleja; sin embargo, esta información no es suficiente para velar por los resultados y desenlaces en salud que a su vez representan el derecho fundamental a la salud.	Como ya se mencionó para los dos comentarios anteriores, La Adres es autónoma en definir la metodología de seguimiento, control y monitoreo del presupuesto máximo. Previendo la necesidad de ajustar este proceso, la ADRES realizará un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta.
266	21	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos	Se solicita incluir un mecanismo bajo el cual las auditorías evalúen y por consiguiente garanticen la continuidad de los pacientes en sus tratamientos. Esto en aras de velar por el derecho fundamental a la Salud por parte del Ministerio.	No existe un incentivo ni mecanismo en la auditoría mencionado en el presente proyecto administrativo para garantizar el acceso oportuno a las tecnologías en salud ni la continuidad del mismo con la adherencia esperada.	En respuesta a su comentario y otros recibidos acerca de la incorporación de incentivos a la gestión clínica, esto se ha modificado en el texto de la resolución, tal como se mencionó en comentarios anteriores, y siguiendo el artículo 241 del Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1955 de 2019, que indica:  Es importante resaltar que la mencionada iniciativa contenida en el Plan de Desarrollo, incluyendo el artículo 240, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) la profundización de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la ley 1955).  Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
267	22	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 41. Deber de información.	Se solicita que previo a la ejecución de la auditoría, se garantice que la información registrada en RIPS sea estandarizada para todas las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud.	Las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud pueden generar diferentes RIPS para una misma prestación, lo cual puede generar disparidades al momento de auditar. La estandarización de los RIPS haría que la ejecución de los Presupuestos Máximos asignados a las EPS sean	La ADRES determinará la metodología para desarrollar la auditoría a partir de los presupuestos asignados y el seguimiento se hará desde lo registrado en MIPRES. Sin embargo, RIPS será exigido a las IPS.
268	23	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 42. Trámite de la información	Modificar las fechas para el reporte de la información requerida por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud. Se sugiere tomar como base el primer mes del año 2020 y asegurar que se contará con el personal adecuado para dar la información requerida.	La primera fecha para la solicitud de información a las EPS sobre su Presupuesto Máximo es diciembre de 2019, fecha en la que aún no está reglamentada el presente acto administrativo.	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 Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio la información, según se determinen oportunidad, periodicidad, calidad y vía requerida.
269	24	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Artículo 43. No envío de la información	Se solicita definir de manera explícita las medidas correctivas que podría adoptar la Superintendencia Nacional de Salud en caso de que las EPS no envíen la información en la oportunidad requerida.	El presente artículo establece que: "En caso de no ser enviada la información por parte de las EPS 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"; sin embargo, el término los correctivos es abierto y no establece claridad sobre las acciones que podría adoptar la Superintendencia.	La Superintendencia Nacional de Salud, entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, debe seguir con el cumplimiento de las funciones establecidas como cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. Este proyecto de acto administrativo no tiene la competencia para explicitar medidas correctivas que realice la Superintendencia. Por consiguiente no se accede a su solicitud.
270	25	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Consideraciones Generales	Incluir en los anexos el listado de los medicamentos que se encuentran con precio de referencia internacional y que fueron utilizados para el ejercicio del cálculo de Presupuestos Máximos	Es importante incluir en los anexos los medicamentos que tienen precio de referencia internacional que fueron utilizados para calcular el presupuesto máximo. Esto a su vez para darle certeza a los aseguradores de cuál es el precio que debe utilizar como referente para los medicamentos que forman parte de la resolución (Medicamentos con PRI) y no se encuentran en el listado del Anexo 3 – Listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo del presupuesto máximo.	La metodología tiene en cuenta los PRI conocidos y publicados en las circulares de CNPMDM. Se hace énfasis en que el precio tomado para el cálculo de los valores de referencia del presupuesto máximo incluye el margen adicional para las IPS.  Es importante resaltar que los mercados relevantes utilizados son los que no son financiados con cargo a la UPC. En este orden de ideas no se acoge su solicitud de incluir los PRI utilizados dado que un acto administrativo emitido por otra entidad no es el objeto del presente proyecto de resolución.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
271	1	31/12/2019	201942302096222	FABIO ENRÍQUEZ MIRANDA Representante Legal	MALLAMAS EPS-I	PRIMERO: En el Proyecto de Resolución no se evaluó las condiciones en las cuales no encontrábase los EPS que Operábamos en el Régimen Subsidiado antes de la entrada en vigencia de la Resolución 2635 del 2014 " Por la cual se define las condiciones para la operación de la movilidad entre regímenes" y es que no se consideró que desde que las EPS del Régimen Subsidiado operamos de manera	Año Mes Afiliados 2014 Diciembre 221 2015 Diciembre 1982 2016 Diciembre 4948 2017 Diciembre 7281 2018 Diciembre 10637 2019 Noviembre 12994	Por lo cual las prescripciones no son las mismas en el año 2014 al 2019 por la falta de afiliados y por ende se no estaría vulnerado el Derecho a la igualdad en el sentido que no se puede realizar un calculo en años en los cuales la EPS no tuvo afiliados o el número de ellos no permitía una radicación de Cobro o recobro adicionalmente por que el techo de presupuesto asignado no financiera ni el 1% de nuestra población del régimen Contributivo que a la fecha tenemos y la cual va en incremento .  Por lo cual solicitamos se revalúe el cálculo realizado con los años 2018 y 2019 en los cuales la EPS MALLAMAS tiene un número de afiliados representativos y se incremente el techo presupuestal máximos para el financiamiento de servicios NO PBS.	Respecto a su solicitud es necesario señalar que para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 para el régimen subsidiado, incluyendo la movilidad desde el régimen contributivo, este Ministerio solicitó directamente a las Entidades Territoriales y Empresas Promotoras de Salud (EPS) que operan en dicho régimen, la información de recobros/cobros correspondiente a las vigencias 2015 a 2019; para lo cual se habilitó la plataforma PISIS durante la última semana de septiembre de 2019 y se amplió el plazo de reporte hasta el 11 de octubre de 2019.  De igual manera, se requirió a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) el reporte de tutelas del régimen subsidiado, conformando así una base final de servicios recobrados.  Adicional a lo anterior, con relación al tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por Empresa Promotora de Salud (EPS) de origen, hacia un per cápita promedio nacional; eliminándose el Anexo 7 del proyecto de resolución sobre la estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.  Por otra parte, es preciso indicar que la metodología de cálculo del Presupuesto Máximo no se desarrolló por persona sino por cantidades suministradas de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios; tal como se dispone en el proyecto de acto administrativo.  Teniendo en cuenta lo anterior, no se considera procedente su requerimiento de reevaluar el cálculo e incrementar el Presupuesto Máximo que se transferirá a la Empresa Promotora de Salud Indígena (EPS-I) MALLAMAS para la vigencia 2020, en atención a las personas afiliadas.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
272	2	31/12/2019	201942302096222	FABIO ENRÍQUEZ MIRANDA Representante Legal	MALLAMAS EPS-I	SEGUNDO: Adicionalmente a lo anterior es importante manifestar que no es favorable para la EPS-I MALLAMAS que se realice el cálculo del presupuesto máximo Anual para el Régimen Contributivo por radicación de cobro o recobro ante el ADRES teniendo en cuenta que las IPS realizan la Radicación tardía por lo cual se solicita hacer el cálculo para la EPS teniendo en cuenta la cantidad	CTC AÑO 2015 2016 ENERO 0 0 FEBRERO 0 0 MARZO 0 0 ABRIL 0 0 MAYO 0 0 JUNIO 0 0 JULIO 0 0 AGOSTO 1 0 SEPTIEMBRE 0 0 OCTUBRE 0 0 NOVIEMBRE 0 2 DICIEMBRE 0 0 TOTAL 1 2  MIPRES AÑO 2017 2018 2019 ENERO 0 8 18 FEBRERO 0 8 22 MARZO 0 10 14 ABRIL 0 18 21 MAYO 11 24 16 JUNIO 10 22 33 JULIO 10 27 31 AGOSTO 15 18 40 SEPTIEMBRE 8 29 36 OCTUBRE 6 33 35 NOVIEMBRE 5 21 32 DICIEMBRE 6 31 30 TOTAL 71 249 328	Por lo anterior no se puede calcular el presupuesto máximo para el financiamiento de las tecnologías NO PBS para el régimen contributivo con recobros o cobro ante el ADRES , por que como se evidencia para estos años la EPS no radico por la falta de facturación.	Con referencia a su observación es importante recordar que no todas las prescripciones desembocan en el recobro/cobro de los servicios y tecnologías en salud suministradas a los pacientes; como consecuencia de ello, y en atención al artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, este Ministerio desarrolló la metodología de cálculo de los valores de referencia, y por ende, del Presupuesto Máximo, utilizando la información disponible tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado, la cual corresponde a una fuente oficial originada por el reporte de cada agente recobrante a la ADRES.  Es necesario señalar que la información es precisa, válida y suficiente para efectos de la aplicación de la metodología propuesta en el proyecto de resolución, en razón a que las bases de datos muestran que al sexto mes de prestación del servicio se recobra (radica) cerca del 97% del valor respectivo; en otras palabras, los cálculos no arrojan un valor que difiera de la realidad.  De igual manera, con relación al caso expuesto en su solicitud respecto a la información no radicada ante la ADRES, es indispensable advertir que la metodología establece el cálculo del IBNR (Incurred But Not Reported – Incurridos Pero No Reportados) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas, lo cual se traduce en la estimación de un valor desconocido; con ello se contempla el comportamiento de los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), independientemente de la Empresa Promotora de Salud (EPS) en la que se encuentran.  Así las cosas, considerando las precisiones previamente mencionadas, no es procedente afirmar que no se puede calcular el Presupuesto Máximo para el régimen contributivo, con la base de datos de recobros/cobros reportados por los agentes recobrantes a la ADRES.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
273	3	31/12/2019	201942302096222	FABIO ENRÍQUEZ MIRANDA Representante Legal	MALLAMAS EPS-I	TERCERO: así también es importante informa que para el año 2019 la EPS-I MALLAMAS cuenta con 12.994 afiliados al régimen contributivo de los cuales se evidencia un número representativo de afiliados con enfermedad es de Alto Costo o Huérfanas a continuación una muestra de ellos:	No Tipo ID Paciente ID Paciente PAPaciente SAPaciente PNPaciente SNPaciente Cie_cod Cie_des 1 CC 59832527 GARCIA NOGUERA CATHYA RUTH C509 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA 2 CC 71020770 LOPEZ RUIZ ANTONIO JOSE C049 TUMOR MALIGNO DEL PISO DE LA BOCA, PARTE NO ESPECIFICADA 3 CC 27090142 GOMEZ TULCAN ELCY DEL C73X TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES 4 CC 1004549223 CHAVEZ HERMOSO CARLOS ALEXANDER C73X TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES 5 CC 27380748 CASTILLO DELGADO MYRIAM DEL C503 TUMOR MALIGNO DEL CUADRANTE INFERIOR INTERNO DE LA MAMA 6 CC 37004918 ESTUPIÑAN VALLEJO NANCY LEONOR C762 TUMOR MALIGNO DEL ABDOMEN 7 CC 27169596 CERON CUARAN ELIZABETH FABIOLA C73X TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES 8 CC 1085900244 ENRIQUEZ BASTIDAS DIANA MILENA C73X TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES 9 CC 36994621 MORA GLORIA AMANDA C820 LINFOMA NO HODGKIN DE CELULAS PEQUEÑAS HENDIDAS, FOLICULAR 10 CC 36994621 MORA GLORIA AMANDA C820 LINFOMA NO	Pacientes relacionados que requieren servicios NO PBS para la recuperación de su salud y los cuales tiene un costo elevado que frente al valor asignado como techo máximo del \$ 19.513.770, no sería suficiente para una efectiva prestación del servicio de salud vulnerado los derechos fundamentales de nuestros afiliados y fragmentado e interrumpiendo la prestación del servicio de salud.  Por lo anterior consideramos que se debe volver a calcular el techo máximo anual para el Régimen Contributivo de los valores a trasferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que operan el Régimen Contributivo, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago Capitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios* establecido para la EPS -I MALLAMAS y se calcule teniendo en cuenta la cantidad de prescripciones que conforme al criterio del médico tratante se está requiriendo la cual va en ascenso desde que se habilito el MIPRES para el régimen contributivo , realizadas por la EPS-I MALLAMAS en los años 2017, 2018 y 2019.	Ante su solicitud, y teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, es indispensable advertir que la información por usted referida se revisará trimestralmente, razón por la cual será fundamental el registro de la misma en las bases de datos de suministros y facturación de MIPRES; como también será esencial para definir los posibles ajustes que se sucedan, previo al cumplimiento de considerar los Valores Máximos de Recobro (VMR), la defensa adecuada de las tutelas, y la gestión integral de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y el Presupuesto Máximo en la contratación.  Ahora bien, en relación con las enfermedades huérfanas se debe aclarar que desde la Ley 100 de 1993 todas las patologías están cubiertas; aspecto que la Ley Estatutaria recoge al declarar la salud como derecho fundamental.  En este acto administrativo se introduce un artículo que precisa la gestión de los servicios y tecnologías en salud relacionados con las enfermedades huérfanas, ello con el fin de facilitar la implementación de las otras estrategias que desarrolla este Ministerio en este tema.  En conclusión, este acto administrativo profundiza el cumplimiento de la Ley Estatutaria, acerca lo que hoy era individual al Aseguramiento, crea las condiciones para la integralidad, fortalece la autonomía médica y crea las condiciones para una mejor gestión.  Como consecuencia de lo anterior, no se considera procedente su requerimiento de recalcular el Presupuesto Máximo que se transferirá a la Empresa Promotora de Salud Indígena (EPS-I) MALLAMAS para la vigencia 2020, conforme a la cantidad de prescripciones del médico tratante.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
274	1	31/12/2019	201942302096252	Said MURAD MD Gerente Asuntos Corporativos y de Gobierno	SANOFI	Envían propuesta de ajuste a la metodología (anexo 1)	<p>Propuesta Anexo 1</p> <p>Modelo para el cálculo de presupuestos máximos para medicamentos y APME</p> <p>Contexto: la más reciente propuesta de cálculo de presupuestos máximos para medicamentos y APME es un esfuerzo metodológico que busca garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano, pero que no atiende a las realidades propias del aseguramiento en salud en Colombia, y desconoce las regulaciones de precios vigentes. Para acercar a los cálculos matemáticos y estadísticos a la realidad de la financiación y del acceso a medicamentos y APME que se encuentran por fuera del cargo a la UPC, ponemos en consideración esta propuesta que se muestra a continuación, y que obedece a un nuevo enfoque con respecto a la metodología actual.</p> <p>Propuesta: cálculo del presupuesto máximo</p> <p>Para efectos de la fijación de presupuestos máximos (que, aunque son calculados anualmente, se pagarán de manera mensual) de se van a tener en cuenta los precios y las cantidades por unidad mínima de concentración para cada EPS/EOC, así:</p> <p><math>[P_{Max}]_{(i,n,t)} = \sum_{s=1}^n 1^n \cdot (P_{(i,n,t)})^{s \cdot (1 + \frac{1}{n})}</math></p>	<p>Contexto: la metodología actual considera explícitamente que la ADRES o las EPS/EOC tendrán la potestad de definir valores de referencia o, en su defecto, precios a medicamentos que actualmente cuentan con un precio regulado (como lo establece cuando el gasto de cada EPS/EOC supera su presupuesto máximo, por ejemplo). Lo anterior estaría alterando el orden normativo del Ministerio de Salud, pues dicha función es de competencia única y exclusiva de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM). Por lo tanto, a continuación, proponemos unos precios alineados con la regulación vigente, y su respectiva actualización dadas las características propias de cada precio propuesto.</p> <p>Hacemos hincapié que el modelo de estimación se fundamenta en el histórico de los 33.163.536 registros de cada una de las EPS o entidades recobrantes a la ADRES, de 2015 al 2019, de los servicios prestados y facturados desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2018, más la información solicitada a los entes territoriales y EPS, lo que permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES.</p> <p>La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida, y los respectivos ajustadores provienen de los reportes que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de lo efectivamente recobrado, en otras palabras, lo suministrado. Es preciso señalar que, la información es suficiente y válida, que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo. El presupuesto prospectivo se fija entonces para el conjunto de tecnologías que pueden ser predecibles, que fueron observadas en años anteriores.</p> <p>En consideración a la propuesta de tomar en cuenta cantidades que necesitan agregarse al cálculo del Q inicial a partir del periodo t+1, haciendo referencia a un ajuste por incidencia de la condición de salud, este Ministerio ha analizado los diferentes comentarios de los actores del SGSSS y proyecta incluir un artículo en el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS. Para el efecto el Ministerio podrá diseñar mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o los que determinen el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio iniciará con la incorporación de estos incentivos en los mecanismos de VIH-SIDA, Renal, Cáncer y hemofilia severa-A, en los que se miden la incidencia entre otros indicadores epidemiológicos.</p> <p>Entrando a su propuesta metodológica, se resalta que la metodología desarrollada por este Ministerio parte de los Q iniciales sin auditar, es decir, que de existir un ejercicio de auditoría previo al cálculo el Q sería menor. El factor de las cantidades del delta, calculado para el periodo t, da cuenta del comportamiento histórico de lo recobrado, que en el estado normal de las cosas, no puede tener grandes variaciones a razón de:</p> <p>Los cambios en el comportamiento en el uso de servicios atribuibles a condiciones de salud o enfermedad que enfrenta la población asegurada, solo se reflejaría en situaciones extraordinarias, como epidemias o pandemias, que llevarían a cambios súbitos en los indicadores epidemiológicos de salud que deban ser considerados en forma específica,</p> <p>Ley de grandes números: la frecuencia relativa de los diferentes resultados de un experimento aleatorio, tiende a estabilizarse en un solo número, el cual justamente determina la probabilidad. Si un estimador es consistente, se vuelve más confiable al tener tamaños de muestras grandes,</p> <p>Teorema del límite central: La variable aleatoria Y^n tiene distribución normal asintótica con media μ y varianza σ^2/n, en la medida en que el tamaño de muestra aumente.</p> <p>En conclusión el cálculo de presupuesto máximo tiene fundamento en la teoría estadística y como se tienen en cuenta todos los registros administrativos, su propuesta del uso de un intervalo de confianza para proporciones no sería viable.</p> <p>Ahora bien, con respecto a su afirmación que el proyecto de resolución "no reconoce que las EPS/EOC deben gestionar mejoras en el diagnóstico", le aclaramos que el presupuesto máximo no vulnera el enfoque que tiene UPC hacia tecnologías en salud y servicios en las primeras líneas de tratamiento y diagnóstico, ni la autonomía de la voluntad de los profesionales de la salud, ya que ellos podrán seguir prescribiendo y diagnosticando de conformidad con lo que requiera el paciente teniendo en cuenta las guías, protocolos, evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a todas las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, puesto que tanto el Estado como la aseguradora asumen riesgos, y donde se espera que en dicha gestión de riesgo utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
275	1	31/12/2019	201942302096182 201942302096192	Adriana Robayo García Directora Ejecutiva	INSTITUTO DE EVALUACION TECNOLÓGICA EN SALUD	Artículo 18.	<p>El medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Igualmente, los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiados con cargo a dicha fuente.</p>	<p>No es claro en el documento cómo se van a considerar la financiación de las nuevas tecnologías en términos de superioridad, igualdad o inferioridad. Es necesario que se establezcan elementos metodológicos y conceptuales, que permitan establecer dicha igualdad, si es en términos de no inferioridad, bioequivalencia u otros. (Ver en documento anexo una aproximación preliminar).</p> <p>- No se hace alusión a las formas ni mecanismos de producción de los medicamentos, los cuales pueden afectar la efectividad y la adherencia a los mismos. Los cambios en estos procesos y prácticas de manufactura, a pesar de tratarse del mismo principio activo, si pueden alterar la efectividad, adherencia o discontinuación de medicamentos por eventos adversos o intolerabilidad por el paciente derivado de compuestos adicionales al principio activo, que no fueron considerados.</p> <p>- Se presume que todos los medicamentos que entren al país serán prescritos y financiados con presupuesto máximo, lo que no se debe pasar por alto, es que la efectividad y principalmente la seguridad de estos medicamentos revisada por INVIMA, se consideran esencialmente como teóricas y que las consecuencias clínicas aún no han sido claramente determinadas, lo que representa un riesgo importante para los pacientes. Debería, por tanto, existir un mecanismo de supervisión y de lineamiento, que claramente establezca criterios mínimos de seguridad y efectividad.</p>	<p>Este Ministerio se permite informar que respecto a su inquietud sobre la necesidad de establecer elementos metodológicos y conceptuales para la evaluación de la superioridad, equivalencia o inferioridad de un medicamento nuevo con respecto de otro ya incluido en el Presupuesto Máximo, en el articulado se realizará la aclaración en el sentido que 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.</p> <p>De la misma manera se precisa que 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.</p> <p>Igualmente se establece que La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS y que 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.</p> <p>Adicionalmente, se dispone que 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.</p> <p>Finalmente se aclara que 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</p> <p>Ahora bien, efectivamente se deben incentivar en los diferentes ámbitos los reportes de información de farmacovigilancia, sin embargo escapa al objeto de este acto administrativo puesto que ya se encuentra reglamentada, correspondiéndole al INVIMA como entidad competente en cuanto a la red nacional de farmacovigilancia y tecnovigilancia.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
276	2	31/12/2019	201942302096182 201942302096192	Adriana Robayo García Directora Ejecutiva	INSTITUTO DE EVALUACION TECNOLÓGICA EN SALUD	parágrafos del artículo 18:	<p>El parágrafo 1: Presenta un alcance muy amplio que no permite relacionar aspectos específicos que debería cumplir un medicamento para ser financiado con cargo al presupuesto máximo. Por consiguiente, se recomienda considerar en detalle algunos lineamientos sobre el origen, forma de fabricación y mecanismos de producción del principio activo, con el fin de tener claro en qué casos especiales no se pueden generalizar estos aspectos.</p> <p>- De igual forma, el lineamiento de unión a moléculas (profármacos) puede conllevar a interpretaciones confusas con el parágrafo 3 porque los profármacos también pueden ser sales que tienen una estructura química definida y que mejoran las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de principio activo. Por tal razón, se recomienda describir dentro del parágrafo las especificaciones y excepciones para una clara interpretación según las características de la molécula.</p> <p>- La calidad de las materias primas (incluido el principio activo) y el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufacturas (BPM) son condiciones relevantes en la elaboración de los medicamentos. Por consiguiente, es importante contemplar dentro del artículo 18 estos aspectos.</p> <p>- Finalmente, incluir si es el caso, consideraciones sobre pruebas de bioequivalencia, dado que el artículo 18 establece que los</p>		<p>Se reitera lo manifestado en la respuesta al comentario 2, por cuanto no se considera que la financiación ni la cobertura (ver artículo 38, Resolución 3912 del 26 de diciembre de 2019) deba verse afectada por el mecanismo de producción del medicamento teniendo en cuenta que los procesos de fabricación a pesar de encontrarse estandarizados y validados para un fabricante, no son exactamente iguales entre todos los fabricantes y la comercialización se basa en el cumplimiento de estándares para cada medicamento, definidos por la farmacopeas de referencia para nuestro país. La financiación depende de la misma conformación del grupo relevante y en tal sentido se reconoce diferenciación a nivel de principio activo y forma farmacéutica. Así aplica la misma financiación cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación autorizada. Lo que interesa es lo que hace el medicamento y no como se produce.</p> <p>En primer lugar es necesario aclarar que la unión a moléculas de un principio activo no es igual a hablar de profármacos. Un profármaco es una sustancia farmacológicamente inactiva o con muy baja actividad que al ser metabolizada en el organismo se convierte en un metabolito activo. La unión a moléculas parte de un principio activo. Adicionalmente, se reiteran las razones para no especificar el detalle, ya fueron explicada en la respuesta al comentario 2, en el sentido que no se considera que la financiación ni la cobertura (ver artículo 38, Resolución 3912 del 26 de diciembre de 2019) deba verse afectada por el mecanismo de producción del medicamento teniendo en cuenta que los procesos de fabricación a pesar de encontrarse estandarizados y validados para un fabricante, no son exactamente iguales entre todos los fabricantes y la comercialización se basa en el cumplimiento de estándares para cada medicamento, definidos por la farmacopeas de referencia para nuestro país. La financiación depende de la misma conformación del grupo relevante y en tal sentido se reconoce diferenciación a nivel de principio activo y forma farmacéutica. Así aplica la misma financiación cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación autorizada. Lo que interesa es lo que hace el medicamento y no como se produce.</p> <p>Escapan al objeto y alcance de esta resolución definir y establecer financiamiento basado en aspectos básicos de obligatorio cumplimiento definidos por otra entidad, que es la competente para tal efecto y que intervienen antes de que se autorice la comercialización de un medicamento en el territorio colombiano, tal y como sucede con el cumplimiento de las BPM o la calidad del principio activo y excipientes. Adicionalmente, en el comentario no se especifica claramente como considerar la calidad de la materia prima o como medir dichas calidades y como estas afectan la cobertura o financiación de los medicamentos.</p> <p>Las consideraciones de prueba de bioequivalencia escapan al alcance de esta resolución y ya se encuentran definidas y normadas. De ser necesario tendrán que tenerse en cuenta en el momento de definir la metodología para la validación de ETES que demuestren superioridad, equivalencia o inferioridad, aspecto que es factible considerar en esa instancia.</p>
277	3	31/12/2019	201942302096182 201942302096192	Adriana Robayo García Directora Ejecutiva	INSTITUTO DE EVALUACION TECNOLÓGICA EN SALUD	Comentario General	Existe adicionalmente vulnerabilidad para los pacientes en términos de la gestión que harán las EPS, la cual no es clara y que puede en consecuencia, retrasar o reducir el acceso de los pacientes a tratamientos. Consideramos entonces que se hacen necesarios, por tanto, mecanismos de vigilancia y control estrictos y explícitos para las EPS para evitar tales desvíos del fin de esta resolución.		<p>Como se mencionó anteriormente, la presente iniciativa de ninguna manera modifica la institucionalidad de la inspección, vigilancia y control que le compete a la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Adicionalmente, atendiendo su inquietud de incluir un seguimiento específico a los recursos que se van a destinar para el No PBS, se precisa que en el presente acto normativo se establece el seguimiento y monitoreo para ser realizado como mínimo a EPS, operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS, cada tres meses, en tanto lo anterior se ajustó el articulado bajo el título: "Seguimiento, control y monitoreo de los recursos" en el que se señala que 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, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.</p> <p>En concordancia con lo anterior, la pretensión del presupuesto máximo es mejorar el flujo de los recursos, incentivar la gestión y el estado de salud de la población.</p>
278	4	31/12/2019	201942302096182 201942302096192	Adriana Robayo García Directora Ejecutiva	INSTITUTO DE EVALUACION TECNOLÓGICA EN SALUD	Comentario General	Otro elemento que no es claro en el documento es sobre la devolución de los dineros no ejecutados por parte de las EPS por su gestión, es probable, que las mismas en aras de conservar el presupuesto asignado, justifique el uso de estas tecnologías, así sus indicaciones no sean las más adecuadas. Por lo tanto, se requieren rutas claras para que desde el MSPS se puedan dar los lineamientos para el uso adecuado de todas estas tecnologías (guías, lineamientos, protocolos, posicionamiento terapéutico, etc.), con el ánimo no sólo de auditar los presupuestos, sino, la seguridad de todos los colombianos candidatos al uso de las tecnologías.		Efectivamente, las probabilidades de usos sin que las indicaciones sean las más adecuadas existen, sin embargo la institucionalidad y la autonomía médica son aspectos que garantizan el uso adecuado. Por otra parte, el uso de la tecnología en salud más económica no indica per sé que su indicación sea inadecuada, puede ser incluso la más costosa. Adicionalmente, la eficacia, seguridad, dosificación, indicaciones, contraindicaciones, interacciones, y advertencias, relación beneficio-riesgo, toxicidad, farmacocinética y condiciones de comercialización, son realizadas por el INVIMA, en este sentido, debe aclararse que ni las guías de práctica médica ni los estudios de posicionamiento terapéutico obligan a la prescripción sino que son orientaciones basadas en evidencia, siendo mandatorio si, el cumplimiento de la prescripción en las indicaciones autorizadas en el país.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
279	5	31/12/2019	201942302096182 201942302096192	Adriana Robayo García Directora Ejecutiva	INSTITUTO DE EVALUACION TECNOLÓGICA EN SALUD	Comentario General	<p>Definición de Valor Terapéutico: Preliminarmente consideramos que para definir valor terapéutico se pueden considerar varias categorías: 1. El nuevo tratamiento es más efectivo y seguro que los actuales. 2. El nuevo tratamiento es más efectivo, pero igualmente seguro. O el nuevo tratamiento es más seguro, pero igualmente efectivo. 3. El nuevo tratamiento es igualmente efectivo y seguro.</p>	<p>Para definir efectividad y seguridad los estudios deben ser de alta calidad. Y los desenlaces deben ser críticos según la evaluación de la calidad de la evidencia y la graduación de la fuerza de las recomendaciones por medio del sistema GRADE - The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Ahora bien, para definir que es "más" o "igual" y salir un poco de la subjetividad podrían pensarse algunas posibilidades: 1. Definir en consenso sobre cuáles desenlaces se debe pensar la superioridad. 2. Definir un delta de superioridad: a partir de los metanálisis del mejor tratamiento actual versus el comparador se define un margen, sobre el cual hay que incrementar la efectividad, por ejemplo, en un 10% que debe superar el nuevo tratamiento. Por ejemplo, el tratamiento actual (versus placebo) reduce el riesgo en un 10%. Si le añadimos un 10% en consenso, el nuevo debería reducirlo en un 20% versus ese comparador o en un 10% versus el tratamiento actual. Para esto se considerarán los límites del intervalo de confianza, es decir el límite inferior debe superarse 10% (está es la lógica del estudio de no inferioridad, pero planteado como superioridad). El metanálisis aportaría los valores para calcular esos límites. 3. Usar la propuesta del Institute for Quality and Efficiency in Health Care - IQWiG de Alemania y de la U.S. Food and Drug Administration – FDA de Estados Unidos de Norteamérica, para definir valor adicional: ellos han propuesto ya unos desenlaces y unos valores. Estas</p>	<p>Sobre esta observación se espera que El IETS realice una propuesta al respecto, pues el articulado del proyecto normativo determina que El IETS debe realizar las evaluaciones respectivas y 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.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
280	1	31/12/2019	201942302096122	Verónica Montañez E. Gerente Línea Diagnóstica.	Grupo Amarey Nova Medical	Anexo 5	<p>1. De la verificación del anexo 5 encontramos que se encuentran registrados 4 códigos CUPS, que hacen referencia a estudios de biología molecular así:</p> <p>Artículo, numeral, inciso, anexo o aparte del proyecto normativo ID CUPS DESCRIPCIÓN</p> <p>· Solicitud de Aclaración</p> <p>ANEXO 5. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS</p> <p>Dentro de este anexo se encuentran los siguientes CUPS:</p> <p>- ID140 CUPS 898105 ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN BIOPSIA</p> <p>- ID142 CUPS 898225 ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO</p> <p>- ID143 CUPS 898205 ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO</p> <p>- ID 146 CUPS 898112 ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA</p> <p>¿Estos CUPS contemplan pruebas genómicas para Cáncer de mama?</p>	<p>La solicitud concreta es: en que CUPS específico queda contemplado el estudio genómico descrito:</p> <p>“Única prueba genómica de 21 genes para valoración Predictiva del beneficio de la Quimioterapia adyuvante con Quimioterapia y valoración Pronostica de recidiva tumoral en cáncer de mama en estadios tempranos”.</p> <p>Esta Prueba Genómica apoya el Diagnostico principal del CIE10 HISTORICO 2019 Código C509: TUMOR MALIGNO DE LA MAMA PARTE NO ESPECIFICADA: TR_ANIO_INI_VIGENCIA TR_CODIGO_ID_STR DIAGNOSTICO_COD_CUATRO_CARACTERES 2019 C509 TUMOR MALIGNO DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA</p>	<p>De conformidad a su solicitud, este Ministerio se permite confirmar que los CUPS en mención: CUPS 898105 ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN BIOPSIA, CUPS 898225 ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO, CUPS 898205 ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO, CUPS 898112 ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA, Efectivamente contemplan las pruebas genómicas para Cáncer de mama.</p>
281	1	31/12/2019	201942302096102	Angela María Arce Ramírez Gerente de producto	Grupo Amarey Nova Medical	Observación de carácter general. Transparencia por parte de la autoridad regulatoria.	<p>Para efectos de evaluar la propuesta de la autoridad regulatoria es necesario contar por parte del regulado con toda la información sobre la cual se fundamenta.</p> <p>Se solicita a la autoridad regulatoria publicar toda la información pertinente que soporta la propuesta normativa.</p>	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social no ha hecho pública la base de datos de los recobros por medicamentos, alimentos con propósitos médicos especiales (APME) ni procedimientos del período 2015 a 2019. Igualmente, y en particular para los APME, no ha publicado el listado individualizado de las presentaciones comerciales no financiadas con cargo a la UPC, incluidos en cada uno de los 13 grupos relevantes o categorías de APME.</p>	<p>La información para la definición de Valores Máximos de Recobro está dispuesta para su consulta pública a través de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a></p> <p>Se precisa que la información que será publicada para el cálculo de valor de referencia de los grupos relevantes APME no contempla el nombre del producto o código Mipres, solo los registros asociados a cada grupo relevante APME con los campos necesarios para el cálculo del valor de referencia.</p> <p>Lo anterior considerando que el proyecto de resolución de presupuesto máximo, establece que el Valor de Referencia - VR 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. Por lo tanto la metodología al no establecer un valor de referencia por nombre comercial o concentración, la base de datos no contempla dichos aspectos para el cálculo del valor de referencia.</p>
282	2	31/12/2019	201942302096102	Angela María Arce Ramírez Gerente de producto	Grupo Amarey Nova Medical	Considerando, pg. 3: “ (...) ADRES remitió al Ministerio de Salud y Protección Social la información histórica de los valores recobrados o cobrados durante las vigencias 2015 a 2019 (...) ”	<p>Las fórmulas de Alimentos con Propósitos Médicos Especiales (APME) Inmunex y Abintra son de reciente incorporación al mercado nacional; de manera que no se cuenta con observaciones de cuatro años de recobro.</p>	<p>Se esperaría que fueran incorporadas a la metodología de cálculo observaciones de precios de recobro con similar impacto temporal en cuanto a frecuencia y presencia en el mercado.</p> <p>Cuando se trata de tecnologías nuevas, y por esta razón, de baja frecuencia en la base de datos, los valores calculados no reflejarán su presencia actual en el mercado, siendo el valor calculado como precio o valor de referencia, característico de un mercado sustancialmente diferente.</p>	<p>En relación a las bases de datos de valores recobrados en los Alimentos para propósito médico especial, reiteramos que las fuentes de información para este proceso fueron:</p> <p>Base de datos de los recobros/cobros en estado aprobado que correspondan al periodo de referencia con el último corte de información disponible.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El periodo de referencia comprende las siguientes vigencias, entre el 1 de enero a 31 de diciembre del año 2015, 2016, 2017 y 2018.</li><li>- 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.</li></ul> <p>Para la conformación de los grupos relevantes se tiene en cuenta el listado de Registros Sanitarios de Alimentos para propósito médico especial.</p> <p>Aunado a lo anterior, la metodología del cálculo utilizada tanto para apme, medicamentos y procedimientos permite superar el año en el cual no hay información frente a un grupo relevante.</p> <p>Finalmente, se precisa que el Valor de Referencia - VR 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. Por lo tanto la metodología al no establecer un valor de referencia por nombre comercial o concertación la base de datos no contempla dichos aspectos para el cálculo del valor de referencia.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
283	3	31/12/2019	201942302096102	Angela María Arce Ramírez Gerente de producto	Grupo Amarey Nova Medical	Anexo 4. Listado de valores de referencia de Alimentos con Propósitos Médicos Especiales	Unificar conceptos normativos incluidos. Por ejemplo, "categoría" y "grupo relevante"	Por claridad normativa evitar conceptos no definidos. El concepto de "categoría" utilizado en el Anexo 4 aparece en la normativa como alternativa a "grupo relevante", sin estar definido en el proyecto de manera que al regulado le corresponde intuir que se trata de un concepto alternativo y sinónimo, sin estar explícitamente establecido como tal.	En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes. En este documento se incluirá la definición de cada una de las categorías previstas en la metodología de definición de grupos relevantes, para una mejor comprensión de cuales productos estarían en cada grupo relevante.
284	4	31/12/2019	201942302096102	Angela María Arce Ramírez Gerente de producto	Grupo Amarey Nova Medical	Anexo 4. Listado de valores de referencia de Alimentos con Propósitos Médicos Especiales	Los 13 grupos relevantes en los cuales se propone sean agrupados todos los registros sanitarios de Alimentos con Propósitos médicos especiales (Anexo 4) no se ajusta a la definición de grupo relevante.	La agrupación de categorías del Anexo 4, no contempla de manera íntegra todos los criterios que determinan la similitud entre fórmulas, establecida en el Artículo 3.	En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  En el proyecto de resolución en comento se define Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME como el 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.  Es así que para la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 que fueron financiados con recursos públicos de la salud.  Este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.  Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.
285	5	31/12/2019	201942302096102	Angela María Arce Ramírez Gerente de producto	Grupo Amarey Nova Medical	Anexo 4. Listado de valores de referencia de Alimentos con Propósitos Médicos Especiales	Los 13 grupos relevantes en los cuales se propone sean agrupados todos los registros sanitarios de Alimentos con Propósitos médicos especiales (Anexo 4) no se ajusta a la definición de grupo relevante.	De acuerdo con el numeral 11 del artículo 3 del proyecto normativo, la definición de grupo relevante de alimentos para propósitos médicos especiales (APME) utiliza como criterio de agrupación las siguientes: i) composición calórica; ii) concentración y especificidades de los macro y micronutrientes; y iii) uso específico.	En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  En el proyecto de resolución en comento se define Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME como el 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.  Es así que para la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 que fueron financiados con recursos públicos de la salud.  Este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.  Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
286	6	31/12/2019	201942302096102	Angela María Arce Ramírez Gerente de producto	Grupo Amarey Nova Medical			<p>La propuesta de grupos relevantes para APME no contempla los diferentes usos específicos como característica determinante de la pertenencia a uno y otro grupo, contradiciendo la propia definición establecida en el numeral 11 del artículo 3, del proyecto de normativa. La definición de grupo relevante para esta tecnología en salud determina que un grupo relevante se compone de APME "que tienen características similares en (...) el uso específico".</p> <p>Por ejemplo, En los casos de Immunex y Enterex Hepático, se trata de fórmulas nutricionales especializadas que no cuentan con sustitutos u homólogos de las mismas características que justifiquen una comparación técnica o finalidad de uso con otras formulaciones ofrecidas en el mercado nacional.</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el proyecto de resolución en comento se define Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME como el 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.</p> <p>Es así que para la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 que fueron financiados con recursos públicos de la salud.</p> <p>Este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.</p>
287	7	31/12/2019	201942302096102	Angela María Arce Ramírez Gerente de producto	Grupo Amarey Nova Medical			<p>De manera similar, si bien la definición de grupo relevante establece como criterio de similitud "la concentración y especificidades de los macro y micronutrientes", la agrupación indicada en el Anexo 4 del proyecto no utiliza este componente para establecer las distintas categorías de APME.</p> <p>Para el producto ABINTRA, por ejemplo, la categorización propuesta en el proyecto de regulación no permite valorar y diferenciar esta fórmula según los micronutrientes los cuales se encuentran en dosis terapéuticas específicas para cicatrización de acuerdo con requerimientos y son los que de forma integral generan una acción específica en la formación de tejido.</p> <p>De manera similar, para el APME Glutapak R, no serían valorados otros coadyuvantes como probióticos los cuales diferencian el uso del producto a nivel intestinal.</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el proyecto de resolución en comento se define Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME como el 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.</p> <p>Es así que para la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 que fueron financiados con recursos públicos de la salud.</p> <p>Este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.</p>
288	8	31/12/2019	201942302096102	Angela María Arce Ramírez Gerente de producto	Grupo Amarey Nova Medical	Anexo 4. Listado de valores de referencia de Alimentos con Propósitos Médicos Especiales	Revisar los APME incluidos en cada categoría para efectos del cálculo de su valor de referencia y publicar las variables incluidas en el cálculo.	<p>Los valores referenciados por gramo son excesivamente bajos y no tiene consistencia con el mercado respecto a las características de nutrientes y composición y uso específico en el soporte nutricional.</p> <p>Existen rangos en la clasificación que presentan una variación entre \$2.263 por gramo y \$10. Al regulado le resulta imprescindible conocer los micro datos a partir de los cuales se realizaron los cálculos para poder evaluar y comentar la propuesta de la autoridad regulatoria.</p>	<p>Es importante mencionar, que una vez excluidos los registros de los valores atípicos en UMC en la aplicación de la metodología, quedan un total de 12.638 registros. Los índices de precios tomados para llevar a precios constantes del año de vigencia 2020 los valores recobrados del respectivo año corriente, son los siguientes:</p> <p>De acuerdo a la variación del IPC serie histórica publicada por el Banco de la República:</p> <p>Para 2016: 1.057 Para 2017: 1.041 De acuerdo a la inflación esperada dentro del marco fiscal de mediano plazo: Para 2018: 1.033 De acuerdo a la meta de inflación establecida por el Banco de la República: Para 2019: 1.030 Para 2019: 1.031</p> <p>Es importante reiterar que el procesamiento de la base de datos descrita fue realizado en el software de minería de datos IBM SPSS Modeler 18.2 y la generación del resultado de VMR fue realizado en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.</p> <p>Por otro lado es indispensable señalar que el valor de referencia no constituye un precio de mercado, es un componente del cálculo del presupuesto máximo y la definición del mismo es a nivel de grupo relevantes por lo tanto no hace distinción por marca, presentación comercial ni concentración.</p> <p>Delante a la certeza de los cálculos, este ministerio público la base de datos de cálculo de valor de referencia en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social para que los actores interesados en el proceso llevarán a cabo el cálculo del valor de referencia para los diferentes grupos relevantes del proyecto administrativo. Adicionalmente el proceso de consulta pública del proyecto de acto administrativo se ha realizado en 2 oportunidades, La primera entre los días 16 de diciembre del año 2019 al día 02 de enero del año 2020 y la segunda entre los días 9 a 23 de enero, siendo este un espacio suficiente para tal efecto. Lo anterior les permite a los actores tener certeza sobre los cálculos, siendo un proceso claro y transparente, de igual forma como ocurrió con los medicamentos.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
289	9	31/12/2019	201942302096102	Angela María Arce Ramírez Gerente de producto	Grupo Amarey Nova Medical	Definición de grupo relevante para Alimentos de Propósitos Médicos Especiales. Artículo 3, Numeral 11, artículo	Establecer una definición explícita que permita al regulado conocer a priori en cuál categoría quedará agrupado el producto o fórmula de su interés.	El proyecto de normativa no establece una definición precisa de las categorías o grupos relevantes de los APME.  El nombre de cada una de las 13 categorías o grupos relevantes no permite establecer a priori los APME que caben en una u otra categoría. Se requiere establecer explícitamente las características específicas de cada APME incluido en cada categoría o grupo relevante. Los límites entre una categoría y otra deben ser explícitos.	Para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes. Se precisa que este Ministerio incluirá en el mencionado documento, la definición de cada una de las categorías previstas en la metodología de definición de grupos relevantes, para una mejor comprensión de cuales productos estarían en cada grupo relevante.
290	1	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSALUD	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado	- Incorporar el anexo de la "Metodología para establecer el Presupuesto Máximo por EPS de Servicios Sociales Complementarios para los Regímenes Contributivo y Subsidiado".	- La descripción del artículo 6 no presenta mayor detalle frente a la metodología para llegar a los valores de referencia de los conglomerados.	Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.  Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR).  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.
291	2	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSALUD	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado	- Ampliar la información sobre las características que hacen parte de cada uno de los conglomerados definidos para los servicios sociales complementarios contenidos en el Anexo N. 5.  Adicionalmente describir a que hace referencia el concepto de OTROS.		"Otros" hace referencia a las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de procedimientos y servicios complementarios de la tabla de referencia Mipres.  Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.
292	3	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSALUD	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado	- Ampliar la información sobre las características que hacen parte de cada uno de los conglomerados definidos para los servicios sociales complementarios contenidos en el Anexo N. 5.  Adicionalmente describir a que hace referencia el concepto de OTROS.		"Otros" hace referencia a las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de procedimientos y servicios complementarios de la tabla de referencia Mipres, y aplica la explicación dada en el punto anterior.  Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
293	4	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Titulo II- Metodología Y Definición Del Presupuesto Máximo, Y Transferencia De Los Recursos Para La Gestión De Los Servicios Y Tecnologías En Salud  Artículo 12. Transferencia del Presupuesto Máximo	Parágrafo: A partir del primer año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS.		Atendiendo a la observación realizada por ustedes y otros actores este Ministerio está evaluando realizar cambios en el artículo en mención, retirando el tema de las cuentas maestras por tanto la transferencia a las EPS será del 100% y este Ministerio dictaminará los días en los cuales se realizará dicha transferencia en el mes. Es importante recordar que el artículo en mención tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS.
294	5	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. Numeral 3.	- En caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso una gestión eficiente en cuanto a modelos de contratación, conformación redes y otras acciones como la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la expedición de la presente resolución		Este artículo trata de la No superación del presupuesto máximo, es preciso recordar que las acciones frente a modelos de contratación, conformación de redes son responsabilidad de las EPS y fueron tenidas en cuenta en el apartado ACCESO: "Las EPS como responsables de la gestión realizarán seguimiento, monitoreo y auditoría según lo estimen conveniente y de conformidad con los mecanismos de contratación y acuerdo de voluntades, aspecto que se sugiere incorporar en los acuerdos de voluntades." por lo tanto no puede considerarse la adición de su solicitud como justificación a la superación del presupuesto máximo. Con respecto a su segunda solicitud se aclara que en último artículo del presente acto normativo reza "La presente resolución rige a partir de su publicación".
295	6	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 15. Mecanismo Financiero y de Seguros.	Para mitigar el riesgo asociado a la gestión del Presupuesto Máximo, las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros, este mecanismo no restringe el reconocimiento de una posible desviación del presupuesto máximo, ni de presupuestarse el porcentaje definido para posibles desviaciones del presupuesto máximo)		La ley 1955 en el artículo 240 parágrafo reza "...Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC..." esto por tanto evidente que estos mecanismo no restringen las desviaciones que se puedan detectar; adicionalmente dentro del artículo refuerza diciendo "...En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada contemplado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015." Dicho lo anterior no se considerará adicionar al texto su observación.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
296	7	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 16. Acceso.	<p>Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, quienes deberán garantizar de igual manera por la optimización de los recursos asignados según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de atención, gestión, concertar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes. En todo caso las EPS podrán contratar en forma integral el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y financiados con cargo al Presupuesto Máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación.</p> <p>En todo caso las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud.</p> <p>Parágrafo 1: Las EPS e IPS como responsables de la gestión realizaran seguimiento, monitoreo y auditoría según lo estimen conveniente y de conformidad con los mecanismos de contratación y acuerdo de voluntades.</p>		<p>Con respecto a incorporar nominalmente a los otros actores en apartado ACCESO, el Ministerio está contemplando realizar ajustes en el artículo seguimiento, control y monitoreo. Por lo tanto se aclara que respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES realizará un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>
297	8	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 18. Numeral 4.	4. Los Servicios Sociales Complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente. En todo caso estos servicios deberán ser informados a <del>surir</del> el proceso de a la Junta		<p>Según las observaciones recibidas por distintos actores este Ministerio evaluará el numeral 4, del presente artículo referente a los servicios complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente, perteneciente a la red de prestación de servicios de salud de la EPS. 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.</p> <p>Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p>
298	9	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios.	<p>vii) Los Medicamentos y Procedimientos nuevos en el País.</p> <p>ix) Los procedimientos realizados fuera del país.</p>		<p>El trato de los medicamentos nuevos se relaciona en el artículo 18, ya que debe revisarse la superioridad, equivalencia o inferioridad; si existe principios activo y forma farmacéutica en el país. Para ello se realizara una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y este tendra tres (3) meses para definir la superioridad, equivalencia o inferioridad respectiva. Por lo anterior no se vincula la palabra medicamentos al numeral vii. Con respecto a los procedimientos realizados fuera del país, se aclara que el artículo 15 de la ley 1751 de 2015 afirma "... En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:...f) Que tengan que ser prestados en el exterior.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
299	10	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 31. Concordancia entre la prescripción y la dispensación	En cumplimiento a lo descrito en el artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del dispensador del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Número 780 de 2016, el dispensador no podrá entregar cantidades diferentes (ni mayores ni menores) a las requeridas para cumplir lo ordenado en la prescripción médica, amparándose en la presentación comercial de los medicamentos.  (La prescripción será de acuerdo a la presentación aprobada por el INVIMA y en caso de que no se de, el dispensador podrá entregar de acuerdo con el INVIMA ante presentaciones no fraccionables, en el ámbito ambulatorio.)		La construcción del artículo responde a la correlación directa que debe existir entre las cantidades de medicamento que el personal de salud formula y lo que es dispensado al usuario. La concordancia entre estas cantidades se encuentran fundamentadas en lo que ordena el Decreto Único Reglamentario del sector Salud. El ajuste, adecuación de dosis y fraccionamiento mediante reempaque de ser necesario es un proceso que el ente competente para tal fin (INVIMA) certifica, por lo cual es obligación de las EPS que en sus procesos contractuales de contratación se incluya el cumplimiento de estos estándares obligatorios de ley.  Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que el Decreto 780 de 2016 se encuentra en firme, el artículo 31 del Proyecto de Resolución de Presupuestos máximos no está modificando ni adicionando alguna reglamentación respecto al tema que actualmente no se encuentre vigente, por lo tanto no se adiciona la sugerencia propuesta.
300	11	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Título IV - Verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo  Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos.	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 hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses, al momento del cierre de la vigencia se deberá reconocer la desviación a que haya lugar.		Para dar respuesta a esta solicitud es necesario recordar que el proyecto normativo, en el artículo en mención hace relación al Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos, por lo tanto la sugerencia de incluir el tema desviación no es pertinente ya que estas fueron abordadas en el apartado Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, es necesario precisar que el propósito es la No superación del presupuesto máximo y para ello la EPS deberá implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión, una adecuada defensa judicial y procesos de auditoría permanente que garantice una eficaz y oportuna aplicación de los recursos. Adicionalmente como se explicó La ADRES generará alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.
301	12	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Mecanismo de operación para el régimen subsidiado mientras se publica la resolución	Establecer en la misma resolución el procedimiento que operará para el régimen subsidiado a partir del 1 de enero de 2020 (ARTÍCULO 231. COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LA NACIÓN)		El presente proyecto normativo operará para los dos regímenes en las fechas estipuladas, por lo tanto no se requiere hacer claridad entre el subsidiado y contributivo. El Ministerio está contemplando realizar ajustes al proyecto normativo así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.
302	13	31/12/2019	201942302096082	EILEEN PATRICIA GUZMÁN TOVAR Líder Cámara de la Salud	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Anexo Procedimientos	Razón por la cual el grupo y subgrupo tienen valores de referencia ver ejemplo: 236 378401 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADOR CARDÍACO \$ 26.486.574,25  237 3784 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADORES CARDÍACOS \$ 28.544.553,09		La diferencia de valores se encontró debido al reporte realizado de los procedimientos a 4 y 6 dígitos, que se obtuvieron del histórico de reporte a la ADRES de recobros/cobros de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC que las EPS realizaron. Atendiendo a su solicitud y la de otros actores y para efecto de los cálculos, solo se tomará los procedimientos a 6 dígitos, esto implica que aquellos que tengan 4 dígitos y que no se puedan agrupar serán tenidos en cuenta en "OTROS PROCEDIMIENTOS".

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
303	1	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	Anexo 6 " PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE LA VIGENCIA 2020 PARA EL REGIMEN CONTRIBUTIVO"	¿Los valores registrados corresponden a la financiación de los servicios y tecnologías No PBS de los usuarios que corresponden al régimen contributivo incluyendo la movilidad del régimen subsidiado?	El Título del anexo menciona presupuesto máximo del régimen contributivo, pero registran valores de las EPS del régimen subsidiado, lo que genera confusión en cuanto a la asignación, sobre entendiendo que el presupuesto para el régimen subsidiado se encuentra pendiente por definir	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p>
304	2	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	Anexo 6 " PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE LA VIGENCIA 2020 PARA EL REGIMEN CONTRIBUTIVO"	Si el valor asignado a Pijaos Salud EPSI en el anexo 6 es el definitivo para el financiamiento de las tecnologías en salud y servicios sociales complementarios No PBS del régimen subsidiado como del contributivo por movilidad, no se está asignado el costo real que debe asumir la EPSI por la prestación de estos servicios y tecnología NO PBS.	El valor registrado en este proyecto normativo refleja unos cálculos que al parecer solo incluyen el concepto de recobros realizados por la EPSI, pero no los costos que asumieron las Entidades Territoriales que manejan "modelo uno" o mal llamado Mixto, de acuerdo a lo dispuesto por la Resolución 1479, información de reporte exclusivo de estas Entidades al MSPS ya que la facturación no llegaba directamente a la EPS.	<p>Como mencionamos en el punto anterior, En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>De esta manera se estructuró la mejor información disponible. Se precisa que adicionalmente que el anexo 1 de la metodología establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported) para tener en cuenta aquellos servicios prestados no reportados, es decir se estima un valor desconocido.</p> <p>La solicitud de información para Régimen Subsidiado fue la del valor total facturado por la entidad recobrante ítem que refleja hasta el suministro y dispensación de la respectiva tecnología, y a su vez, todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor</p>
305	3	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	Anexo 6 " PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE LA VIGENCIA 2020 PARA EL REGIMEN CONTRIBUTIVO"	¿El presupuesto máximo asignado en el anexo 6 corresponde a un valor a girar mensual o anual a las EPS?		<p>El valor definido corresponde al presupuesto anual para cada EPS, el cual se girará mensualmente y se ajustará debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto La ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual.</p>
306	4	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	Anexo 5 "LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS"	Este anexo registra valores de referencia por servicio social complementario aplicado un valor hasta en 5 conglomerados por servicio social, pero es necesario conocer al detalle como aplica el valor asignado a cada conglomerado, ya que en "CUIDADOR" se manejan 5 conglomerados cada uno con valores diferentes ¿a qué se le aplica el valor del conglomerado 1 siendo el más económico y a que se le aplica el conglomerado 5 siendo el más costoso?	<p>Es necesario un instructivo que oriente a las EPS en el manejo de estos valores de referencia por conglomerados</p>	<p>Dada la heterogeneidad de los servicios complementarios se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.</p> <p>El Ministerio tiene contemplado elaborar una nota técnica que ilustre de forma detallada la conformación de conglomerados para servicios complementarios.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
307	5	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo. En cuanto al Régimen Subsidiado, se tendrá en cuenta el reporte de información suministrado o a través de la plataforma PISIS por 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.	Deberían hacer las conciliaciones entre las EPS y los entes territoriales, si esta no se da le están dando la credibilidad a estos últimos quienes como todos sabemos su información no es confiable y menos actualizada	Las sumas que se toman de los entes territoriales nunca están actualizadas, es de anotar que por ser públicas, sus datos se ajustaran a sus presupuestos sin importar si beneficia o no a las EPS y en nuestro caso la particularidad de ser Indígena.	<p>Se reitera que el cálculo para el presupuesto máximo se realiza 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 que incluye además la información histórica de los valores recobrados o cobrados respecto de las Tutelas del Régimen Subsidiado durante las vigencias 2015 a 2019 reportados por la ADRES a este Ministerio.</p> <p>De esta manera se estructuró la mejor información disponible. Se precisa que adicionalmente que en el anexo 1 de la metodología se establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported) para tener en cuenta aquellos servicios prestados no reportados, es decir se estima un valor desconocido.</p> <p>Se considera que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados.</p> <p>La solicitud de información para Régimen Subsidiado fue la del valor total facturado por la entidad recobrante ítem que refleja hasta el suministro y dispensación de la respectiva tecnología, y a su vez, todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Téngase en cuenta que hace parte de la base de datos conformada para el Régimen Subsidiado no solamente lo reportado por las Entidades Territoriales sino también los reportes que realizaron las EPS del Régimen Subsidiado, sin dejar de precisar que tal información tuvo los correspondientes procesos de verificación y validación por parte de este Ministerio.</p>	
308	6	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	Artículo 7. Presupuesto máximo para EPS que no tiene recobros/cobro. A las EPS que no tengan un registro de recobros/cobro para poder determinar un Presupuesto Máximo, se les asignará un presupuesto que se determinará	Antes de determinar esta metodología deberían socializar antes con cada beneficiario y participante del mismo con datos reales.	Al fijar este (percentil 25) , se multiplica por la población afiliada de la EPS que no tenga Presupuesto máximo. Se corre el riesgo que por no actualizar la información los entes territoriales algunas EPS no sean beneficiadas con el valor real que les correspondería	<p>Sea lo primero indicar que, el Ministerio de Salud y Protección Social realizó siete talleres para establecer la metodología del presupuesto máximo previos a la publicación del proyecto de acto administrativo, con todos los actores del SGSSS. La EPS Pijaos fue convocada a la reunión del 25 de octubre de 2019, a la cual asistieron, los Doctores Harold Rojas y Shirley Romo. Adicionalmente se abrió el espacio para aclarar dudas puntuales de los actores que así lo solicitaran.</p> <p>Ahora bien, en cuanto a la fijación del percentil 25, se precisa que el cálculo de presupuesto máximo, cuya metodología se describe en el presente proyecto normativo, no es un cálculo per cápita, el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
309	7	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	<p>Artículo 8. Del traslado del Presupuest o Máximo en la vigencia corriente. El Presupuest o Máximo se ajustará mensualme nte debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto la ADRES realizará los traslados de los presupuest os máximos según correspond a y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual.</p>	<p>Y cuando se presente las auditorias por bases de Datos, estos recursos se deberán reintegrar o su descuento será en forma automática?.</p>	<p>Se requiere que la información producto de las liquidaciones mensuales lleguen a las EPS en forma muy clara que permita hacer los análisis respectivos.</p>	<p>Como se menciona en el artículo 8° del proyecto de resolución, será la ADRES la entidad encargada de definir el procedimiento y operación de los giros y descuentos con ocasión de los lineamientos para el traslado de presupuesto máximo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
310	8	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia a de los presupuestos máximos. Para efectos del recaudo y transferencia a de los recursos de los presupuestos máximos de que trata esta resolución, cada una de las EPS creará cuentas maestras que se denominarán "Nombre EPS- Maestra de gestión del Presupuesto Máximo"	Determina que los rendimientos financieros son de Adres. La pregunta cada cuanto se deberá hacer la devolución de los mismos?	Se deben fijar plazos a fin de evitar los requerimientos de los entes de control	Respecto a las cuentas maestras se determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios. No obstante, vale señalar que el proyecto de resolución contempla en el Artículo 40: "Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos." Que, dentro del siguiente mes a la expedición de este 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.  Tal proceso será definido por ADRES, por lo que no se describe en el presente proyecto normativo.	
311	9	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	Artículo 11. Beneficiarios cuentas maestras del Presupuesto Máximo. Serán beneficiarios de la cuenta maestra del Presupuesto Máximo los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC	Y cuando el prestador sea beneficiario por servicios de la UPC y además preste servicios con cargo a este presupuesto que le decimos que no se le puede cancelar o lo debe asumir la EPS con los recursos de la UPC	Aclarar este interrogante.	Como mencionamos en el punto anterior, el Ministerio determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios. Los procesos y procedimientos para el manejo de los recursos del presupuesto máximo serán definidos por La ADRES dentro del mes siguiente a la publicación de este acto administrativo.	
312	10	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo.	2. En el caso que las EPS generen ahorros en la vigencia respectiva, las EPS devolverán o transferirán a La ADRES el 60% de los ahorros dentro de los tres Primeros meses de la vigencia siguiente.	Procedimiento para hacer la respectiva devolución y que soportes se deben adjuntar.	En relación con el tema de ahorros y en virtud de la observación de un posible incentivo de barreras de acceso, en atención a los comentarios y discusiones adelantadas con los diferentes actores, se determina eliminar el contenido del numeral 2 del artículo 13 del presente proyecto normativo.	



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
313	11	2/01/2020	202042300002362	LIDILIA ISABEL DIAZ CUELLOI	PIJAOS SALUD EPSI	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo.	3. para solicitar revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Este tipo de revisiones cada cuanto se pueden solicitar ¿ Que soportes se deberán adjuntar	En este punto es importante precisar que el artículo 40 del presente proyecto normativo contempla que 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 hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. Tal seguimiento debe generar alertas oportunas y auditorías por parte de ADRES. La EPS podrá solitar ajustes y serán atendidos y observados en contexto con el proceso de seguimiento y control desde ADRES.	
314	1	2/01/2020	202042300002402	Subdirección de Prestaciones Sociales	FONDO PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	ANEXO NUMERO 6 PRESUPUESTO MÁXIMO RECORROS MEDICAMENTOS, APME, PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Aumentar el valor asignado a entidad hasta la suma de \$ 985.427.410, (Novecientos ochenta y cinco millones cuatrocientos veinte siete mil cuatrocientos diez pesos)	Tenemos a cargo la prestación de servicios de salud a los pensionados y grupos familiares, dicha población en su gran mayoría corresponde a adultos mayores que gozan de especial protección por parte de Estado colombiano, los cuales son demandantes de servicios, procedimientos e insumos que se encuentran por fuera del plan de beneficios de salud. De acuerdo a los soportes radicados al Adres en nuestra entidad, identificamos que el monto anual aproximado de recobros redondea la cifra de \$985.427.410, por lo cual la cifra asignada por ustedes \$ 464.168 es inconveniente y no acorde con la realidad para el fondo ya que no se encuentra dentro de un rango que permita a la entidad poder cubrir los gastos que no están cubiertos dentro del plan de beneficios de salud.	Antes de dar una respuesta más detallada a su solicitud, es preciso mencionar que, con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  Ahora bien, respecto a su observación es necesario señalar que la iniciativa de Presupuestos Máximo es parte de una estrategia integral que busca en su conjunto profundizar el ejercicio del derecho a la salud y a contribuir al acceso a las tecnologías y servicios en salud. Dicha iniciativa en lo fundamental desarrolla de forma objetiva la Ley Estatutaria.  Esta estrategia cambia la forma como se gestionaban un conjunto de servicios y tecnologías en salud, las que hoy se prescriben por la herramienta MIPRES. Se avanza de un mecanismo individual que en la operación causaba problemas en el flujo de recursos, en la financiación de parte de los actores, interpretación del derecho, ambiguo en las responsabilidades y gestión fraccionada; a uno integral, con un flujo de recursos expedito, evitando ambigüedades en la garantía del derecho. Se avanza de un mecanismo individual a uno colectivo.  Por otra parte se debe partir del hecho que las personas residentes en el país tenemos derechos a las tecnologías y servicios en salud que estén autorizadas en el país. El acto administrativo en consulta pública precisa que tecnologías se financian con una fuente determinada, evita ambigüedades e interpretaciones subjetivas.  Este acto administrativo soluciona desde la perspectiva de los medios un problema que hoy afecta la gestión de la salud en la cadena, es la disponibilidad de recursos.  Se debe resaltar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de las facturas presentadas por las entidades recobrantes a la ADRES.  Para finalizar, se debe advertir que este acto administrativo en ningún caso se constituye en una barrera de acceso; al contrario, crea las condiciones para que efectivamente los pacientes puedan tener disponibilidad sin dilaciones (giro ex ante, facilita la programación, entre otras).	
315	1	2/01/2020	202042300002972 202042300003072	José Fernando Ocampo	José Fernando Ocampo		considero que el artículo de cuentas maestras y de no superación de presupuesto máximo en lo que hace referencia al ahorro se deben eliminar. Lo anterior porque afectaría la gestión del riesgo de las EPS, adicionalmente como están escritos los artículos, todas las pérdidas serían a cargo de las EPS sin que el ministerio asuma riesgos. En otras palabras las EPS siempre pierden independientemente que geren un ahorro con resultados en salud.		Respecto a sus observaciones es necesario señalar que, dentro de la normativa vigente ya se contempla la gestión del riesgo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), específicamente en los artículos 14 de la Ley 1122 de 2017 y 2.5.2.3.1.1 del Decreto 780 de 2016; por consiguiente, el proyecto de resolución no desconoce ni exime de esta responsabilidad a las EPS. Contrario a ello, brinda elementos para una adecuada gestión del riesgo en salud a través de la asignación de los Presupuestos Máximos, en atención al artículo 240 de la Ley 1955 de 2019.  Sin embargo, considerando las observaciones realizadas por distintos actores respecto al tema de los ahorros, y en virtud de un posible incentivo de barreras de acceso, este Ministerio acoge su solicitud e informa que dicho ítem será eliminado; razón por la cual los artículos que hacen referencia a las cuentas maestras serán suprimidos del proyecto de resolución, así como será modificado lo relacionado con la "No superación del Presupuesto Máximo".	
316	2	2/01/2020	202042300002972 202042300003072	José Fernando Ocampo	José Fernando Ocampo		Otra observación es que se debe incluir un artículo por procesos, procedimientos, gestión o resultados en salud no sólo para esta iniciativa si no articulandola con la UPC y finalmente, para el próximo año se debería tener una sola resolución de UPC y presupuestos máximos		Con relación a sus comentarios es preciso indicar que, en el texto del proyecto de resolución se incorporará un inciso con el fin de realizar ajustes ex - post por resultados en salud, en el marco de la integralidad de la prestación de servicios; es decir, integrando las fuentes de financiación dado que los resultados en salud son el producto de un conjunto de acciones que no dependen exclusivamente de los recursos asociados al Presupuesto Máximo o a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).	
317	3	2/01/2020	202042300002972 202042300003072	José Fernando Ocampo	José Fernando Ocampo		por otra parte sugiero evaluar el artículo de traslados para incentivar que las EPS hagan una mejor gestión durante el año, el cambio que sugiero es que cuando la persona se traslade a una EPS se lleve consigo el valor de la atención del recobro.		Respecto al tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por Empresa Promotora de Salud (EPS) de origen, hacia un per cápita promedio nacional; eliminándose el Anexo 7 del proyecto de resolución sobre la estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.  Así las cosas, no se considera procedente efectuar la modificación sugerida por usted, al texto del proyecto de resolución.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
318	1	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	CONSIDERANDOS: Que de conformidad al artículo 187 de la Ley 100 de 1993 sobre los pagos moderadores es: "Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso	¿Cuál será el mecanismo para definir el copago? ¿Será discrecionalidad de cada asegurador?	El usuario del sistema de salud debe conocer con exactitud su participación en la fuente de financiación cuando a ello hubiere lugar.	Para determinar los copagos se debe entender como reza en el proyecto normativo ..."Así, todas las prestaciones y servicios independiente de su fuente de financiación están sujetos al cobro de pagos moderadores (copagos y cuotas moderadoras)..."; en cuanto al mecanismo se debe recordar que este se encuentra definido en el acuerdo 260 de 2004 y sus respectivas actualizaciones.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
319	2	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	Artículo 13 parágrafo 1: los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta el valor de referencia o el valor máximo de recobro de la presente resolución; adicionalmente, las EPS deberán considerar ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el Presupuesto Máximo no se supere	Se debe aclarar que VMR no constituye una regulación de precios para los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor de acuerdo a la resolución 3078	El texto da a entender al VMR como una regulación de precios.	Respecto a los valores contenidos en el presente proyecto normativo se aclara que son valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge datos de las facturas que contiene los valores de los servicios prestados y reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. En virtud a su observación y la de otros actores referente al parágrafo en mención el texto queda de la siguiente forma: Los actores del sistema deberán tener en cuenta el valor de referencia de la presente resolución o los contenidos en la resolución (xx) o la que sustituya, modifique o adicione. Así mismo, las EPS deberán prever los ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el Presupuesto Máximo no se supere.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
320	3	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	Artículo 16: Para garantizar el acceso a los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de atención, gestión, concertar guías o protocolos de atención y.	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo se controlará la ejecución de recursos para que estos no terminen financiando servicios de PBS - UPC especialmente en los contratos integrales?</li><li>• Las guías deberán tener validación de la sociedad científica relacionada con la patología seleccionada.</li><li>• Debe garantizarse la actualización de las guías por lo menos una vez cada año.</li><li>• Debe garantizarse el no constreñimiento a las decisiones del profesional de la salud tratante</li></ul>	Por la importancia que adquieren en las tecnologías No PBS las guías, modelos de atención y mecanismos de pago entre aseguradores y prestadores debe quedar una normatividad clara en la materia, definiendo responsables en su definición y elaboración y definiendo parámetros claros en el diseños de éstas	<p>Para su primera pregunta se recuerda que la fuente de información es la base de recobro/cobro que cada EPS ha diligenciado por medio de la plataforma MIPRES, por lo tanto se garantiza que los recursos son destinados para las tecnologías no financiadas por la UPC, adicionalmente como se precisa en el Título IV se determinará un control y seguimiento de la transferencia de los recursos. Será pues la ADRES quien desarrollara dicho control, las auditorías y demás actividades pertinentes.</p> <p>Con respecto a su inquietud sobre las guías se informa que en la pagina del Ministerio se puede consultar las GPC, su elaboración y el año de publicación así mismo puede encontrar la guía metodologica para la elaboración de guías de practica clinica con evaluación económica en el sistema general de seguridad social en salud colombiano, en su paso 18 se documentan la forma de actualización y los tiempos. Es claro que cada institución puede tener guías y protocolos sin embargo es importante recordarle que los Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo deben tener un estudio que demuestre 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 de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan.</p> <p>Con respecto al no constreñimiento a las decisiones del profesional de la salud tratante, debemos aclarar que como se consigna en el parágrafo 2 del artículo referente a prescripción se insiste en la necesidad de seguir guías de practica clinica, guías de atención integral y protocolos o cualquier otro documento que responda a la atención de una patología sin que establezca como una restricción a la autonomía profesional, sino que estos sean un apoyo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
321	4	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	Artículo 16. Para garantizar el acceso a los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de atención, gestión, concertar guías o protocolos de atención y...	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo y quienes controlarán las guías de manejo? ¿Intervendrá el IETS?</li><li>• Cómo se controlará la transferencia total de riesgo en los contratos EPS - IPS<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo controlaran y reglamentaran las guías, modelos y protocolos de atención tan heterogéneos que pueden surgir?</li></ul></li></ul>	Por la importancia que adquieren en las tecnologías No PBS las guías, modelos de atención y mecanismos de pago entre aseguradores y prestadores debe quedar una normatividad clara en la materia, definiendo responsables en su definición y elaboración y definiendo parámetros claros en el diseños de éstas	Como se explico en la respuesta anterior el Ministerio de salud y Protección Social tiene a disposición las guías de practica clinica que se pueden consultar en el siguiente enlace <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/calidad-atencion-en-salud-home.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/calidad-atencion-en-salud-home.aspx</a> , en cada una de ellas podrá referenciar el equipo desarrollador y la participación del IETS, por lo tanto cuando usted se refiere a quienes "controlarán" se debe aclarar que la realización de las mismas tienen una metodología lo que permite la independencia, rigurosidad y transparencia de la información allí contenida; la intervención del IETS se realizará conforme a lo consignado en el presente proyecto normativo.  Acerca del control de la transferencia de recursos y su distribución EPS - IPS, esta dirección se permite informar que dando alcance a su solicitud y la de otros actores en el artículo concerniente a seguimiento y control reiterando que con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
322	5	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	Artículo 18-2. Si un medicamento no está incluido en normas farmacológicas si representan un beneficio económico para el pagador reemplazando a una tecnología ya disponible? Debe aclararse que en este sentido es requisito el registro sanitario	¿Podrían utilizarse medicamentos no incluidos en normas farmacológicas si representan un beneficio económico para el pagador reemplazando a una tecnología ya disponible? Debe aclararse que en este sentido es requisito el registro sanitario	La evaluación de superioridad, inferioridad o igualdad terapéutica debe ser realizada exclusivamente por el Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias IETS	Atendiendo a la observación realizada por usted y otros actores el Ministerio está contemplando la posibilidad de cambio de este artículo haciendo explícito la evaluación que debe realizar el IETS para determinar la superioridad, inferioridad o igualdad terapéutica, así mismo el tiempo que se dispondrá para ello. No obstante se recuerda que en artículo publicado se enuncia "en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan". Para dar alcance a su pregunta se debe recalcar que las normas farmacológicas son de obligatorio cumplimiento y la tecnología en cuestión debe tener registro sanitario.

**RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**

Nº	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
323	6	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	Artículo 18 Parágrafo 1. Los medicamentos cuya financiación se define en el presente acto administrativo con cargo al Presupuesto Máximo, se consideran financiados con dicha fuente, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por ácidos	El parágrafo debe aclarar que moléculas que ingresan para otras indicaciones diferentes a las ya registradas en el país NO se consideran incluidas en el presupuesto máximo. Deben quedar en el acto administrativo los medicamentos controlados por PRI , en el listado solo aparecen los de VMR	Es importante aclarar el alcance del acto administrativo	En este artículo es claro el alcance y como se determina en el apartado 1. El medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Lo anterior es importante ya que las indicaciones no generarán cambios en la estructura de la molécula en cuestión, por lo tanto es sujeta de tener el valor de referencia. Por lo anterior no se vincula su observación. Con respecto a los PRI, se pueden consultar en las circulares expedidas por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM.
324	7	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios. A continuación, se relacionan los medicamentos y APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo:	Al acto administrativo debe anexarse las tecnologías controladas por PRI	En el acto administrativo no se relacionan las tecnologías cuyo precio ha sido controlado vía PRI por la CNPMDM	Se informa que el PRI es el precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM, y es por tanto la comisión por sus circulares expedidas donde se relacionan dichas tecnologías, a continuación se deja el enlace donde usted podrá ingresar a los documentos publicados por la comisión: <a href="http://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/sistema-informacion-preciosmedicamentos.aspx">http://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/sistema-informacion-preciosmedicamentos.aspx</a>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
325	8	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	Artículo 21, Prescripción. La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que cumplan las condiciones descritas en este	Debe quedar explícito que la prescripción de los productos no financiados con recursos de UPC deben ser registrados en la plataforma MIPRES	MIPRES es una herramienta que permite dar trazabilidad a la gestión asociada a la pertinencia de uso y al oportuno suministro.	De acuerdo con su comentario le informamos que en la resolución 1885 de 2018 se establece el procedimiento para que los profesionales de la salud debidamente inscritos en ReTHUS2 realicen la prescripción u ordenación de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, es por ello que explícitamente en el presente proyecto normativo en el campo de seguimiento, control y monitoreo de recursos se relaciona la herramienta MIPRES: "Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de prescripción y suministros de MIPRES, y la epicrisis entre otros."
326	9	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	Artículo 24, Registro sanitario. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un medicamento o a 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.	Debe anotarse que en ese caso el medicamento podría ser recobrado a ADRES según la Res 1885/2018.	Si el medicamento o APME tiene registro INVIMA y no está en la lista de exclusiones es una tecnología que hace parte del Plan de beneficios en salud	Se debe entender que los medicamentos que fueron reportados a la base de recobro/cobro son sujetos de la metodología expuesta en el presente proyecto normativo, si la tecnología en salud no es una exclusión y tiene historico en las fuentes de información descritas en el artículo 5 se contemplan en presupuestos maximos como fueron expresados en el artículo 18.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
327	10	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	Artículo 26. Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos y APME. Los medicamentos y APME contenidos en los grupos relevantes definidos en los anexos 3 y 4 de la presente resolución, al igual que otros que también se consideren financiados con dicho Presupuesto máximo según lo dispuesto en este acto administrativo, deben ser garantizados de manera efectiva, oportuna	¿Cuáles serían los indicadores para medir lo planteado en este artículo? Que sanción tendría quien los incumpla?	Alcanzar resultados en salud de acuerdo a la evidencia que los sustenta tiene una estrecha relación con la garantía de que la tecnología se entregue de manera efectiva, oportuna e ininterrumpida de acuerdo al criterio del profesional de la salud tratante.	La medición de la continuidad en el suministro esta contemplada en artículos posteriores de la resolución. Como se puede evidenciar en el control y monitoreo "... 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." Por lo anterior citado es esta entidad quien dará las pautas de esas mediciones y su consulta permanente.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
328	11	2/01/2020	202042300003042	Antonio L. Acosta A. Access Lead Colombia	Bristol Myers Squibb	Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos. 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	Debe plantearse la necesidad de que este monitoreo incluya una evaluación de desenlaces en salud y perspectiva de los pacientes. Lo anterior para el control de eventuales incentivos generados en la posibilidad de apropiación del 40% de los recursos no ejecutados al final de la vigencia.	El proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo deben ser partes integrales del presente acto administrativo	<p>Respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES realizará un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
329	1	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Inclusión de criterios para la medición de resultados en salud	<p>Inclusión de nuevo artículo</p> <p>Artículo XX. Seguimiento, control y monitoreo terapéutico y de gestión clínica por parte de las EPS. Dentro del mes siguiente a la expedición del presente acto administrativo, el Ministerio de Salud desarrollará, implementará y publicará en su página web el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo frente al seguimiento terapéutico y gestión clínica de los medicamentos utilizados con cargo a los recursos del presupuesto máximo asignado. El seguimiento, control y monitoreo se realizará determinando factores e indicadores de gestión clínica que permitan evidenciar que la ejecución de estos recursos genera mejoras en la gestión clínica. En todo caso, el presupuesto máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.</p> <p>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 el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la facultad de inspección, vigilancia y control que la Superintendencia Nacional de Salud ejerza según sus competencias.</p>	<p>La metodología no prevé el seguimiento de resultados en salud y se limita solo a seguimiento financiero. Por esta razón, insistimos en la necesidad de crear los incentivos correctos para el uso eficiente de los recursos no PBS que serán entregados a los aseguradores, donde se premie la gestión clínica (pago por resultados) y la calidad.</p> <p>Es necesario que esta metodología garantice que se está generando el mayor valor en salud por cada peso invertido, lo cual implica la medición de los resultados en salud Vs. el gasto.</p>	<p>De acuerdo con los comentarios recibidos la metodología de presupuesto máximo tiene previsto el realizar ajustes Ex-post de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.</p> <p>De otro lado, la gestión clínica aborda diferentes ámbitos como: la calidad, la seguridad del paciente, los procesos de cuidado individual, interrelación entre especialidades, y es propia, si se quiere, de cada individuo, abarca un espectro más amplio que la mera financiación de determinadas tecnologías en salud. Además, obedece a aspectos institucionales que las EPS pueden desarrollar tales como: los modelos de atención, la práctica médica, procesos administrativos como contratación de redes y auditorías, así como otros aspectos a considerar dentro de sus negociaciones, que redundan en la efectividad de los tratamientos. Con base en lo anterior, la gestión clínica supera el objeto de este proyecto de acto administrativo, siendo improcedente su propuesta.</p>
330	2	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Considerando 7	Solicitamos se precise en el articulado cuál será el mecanismo para definir el copago, y cuál será la entidad encargada de definirlo.	Es necesario dar claridad al sector sobre el mecanismo de copago al que se hace referencia y si este se definirá por el MinSalud o por las EPS	El mecanismo para definir el copago sigue siendo cumpliendo las mismas reglas establecidas en la Resolución 1885 de 2018.
331	3	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Considerando 8 y 10	Solicitamos precisar cuál será el monto total para el reconocimiento de los servicios y tecnologías no PBS	Lo anterior es motivo de revisión, dado que el presupuesto máximo (anexo 6) sugiere un total de <b>3,6 Billones de pesos</b> para la vigencia 2020, no obstante, en presentaciones previas realizadas por el Ministerio de Salud sobre el histórico de recobros asociados a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC en el régimen contributivo se estimaba en <b>4,4 Billones de pesos</b> para 2018, en ese sentido, si el cálculo de presupuesto máximos contempló un periodo más amplio (2015 – junio 2019), no es claro por qué se presenta un déficit de al menos <b>0,8 Billones de pesos</b> .	<p>El monto total estimado como presupuesto máximo de las tecnologías no financiadas con UPC, ni exclusiones, es de 3,9 billones.</p> <p>A su afirmación de "se presenta un déficit de al menos 0,8 billones de pesos" se aclara que, el presupuesto máximo se calculó con la metodología descrita y con base en el histórico y el universo completo de datos, por lo tanto no hay déficit y no se reconocen recursos por ineficiencia.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
332	4	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Considerando el artículo 13	Considerando el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 y artículo 48 de la Ley 1757 de 2015 se solicita respuesta de fondo, para conocer las acciones implementadas por ADRES en su gestión que garanticen la calidad de información y disponer de la información anonimizada de las vigencias 2015 a 2019 remitida al MSPS, previo a su reglamentación en el presente borrador	Se ha mencionado de forma reiterativa que la información de recobros tiene errores relevantes al comparar su información con transacciones reales y publicadas en SISMED. También se ha mencionado que la información publicada se encuentra procesada de tal manera que es imposible replicar el ejercicio regulatorio publicado en los VMR y posterior elaboración del presente borrador de resolución. Por otra parte, el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 que indica que: "La ADRES ajustará sus procesos administrativos, operativos, de verificación, control y auditoría <u>para efectos de implementar lo previsto en este artículo</u> (subrayado fuera de texto)". Lo anterior requerimiento normativo dirigido al ADRES, se vincula al artículo 48 de la Ley estatutaria 1757 de 2015 en donde se establece la rendición de cuentas en búsqueda de <b>transparencia de la gestión de la administración pública</b>	En procura de mejorar la calidad de información que sea empleada en presupuesto máximo, la fuente a partir de la implementación será MIPRES con sus módulos de prescripción, suministro y facturación; así que todo lo que se ordene al paciente financiado con presupuesto máximo deberá estar en esta herramienta registrado, facilitando de esta forma el seguimiento, monitoreo, control y auditoría en los términos que la ADRES defina en su metodología.  La fuente de la información corresponde a SII MYT (Sistema de información integral de medicamentos y tutelas), la cual se alimenta con la información que las EPS diligencian en los formatos MYT01 y MYT02, los cuales corresponden al medio magnético que, junto con los soportes, presentan ante la ADRES para recobrar los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. Dado que algunos campos contienen datos sensibles de naturaleza comercial y financiera e información personal de los afiliados (tipo y número de identificación del afiliado, nombre completo, diagnóstico, fecha de la prestación, nombre de la tecnología, cantidad suministrada, etc.) y están sometidos a reserva legal, cuya circulación por regla general está restringida, tal como disponen los numerales 3 y 5 del artículo 24 de la Ley 1437 de 2011 y el artículo 6 de la Ley 1581 de 2012 no es posible publicarla.  De otro lado, la ADRES publicará el procedimiento asociado al giro de los recursos así como el asociado a la metodología para monitorear y generar alertas respecto al comportamiento de la prescripción, suministro y facturación de los servicios que se financian con los presupuestos máximos, además de la presentación de informes periódicos a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud
333	5	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 3. Definiciones 20. Valor Máximo: Corresponde al menor valor por UMC o por Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.	Teniendo en cuenta que la metodología de VMR señala que aquellos medicamentos que cuenten con referenciación internacional (PRI) no serán sujetos a esta metodología (la de VMR), solicitamos se precise en el articulado que precio prevalecerá para aquellas tecnologías que están en el listado de VMR y en el de este ejercicio de regulación de precios iniciado durante el 2019. Así mismo, solicitamos a la CNPMDM que públicamente precise cómo se maneja la coexistencia de dos precios de mercado en menos de 3 meses, ya que varias moléculas fueron sometidas de manera paralela a VMR y PRI	Hemos insistido en la necesidad de dar predictibilidad al sector manteniendo <b>una única metodología de regulación de precios</b> , sin embargo, a la fecha coexisten dos regulaciones que tienen como efecto la definición de un precio de mercado para los medicamentos (VMR y PRI)	Se aclara que, VMR es diferente de VR (Valor de Referencia) y dicho VMR no es objeto de este proyecto de resolución; por un error tipográfico quedó expresado VMR en el proyecto de acto administrativo, lo cual se corrigió.  En cuanto al uso del PRI o VR se precisa que, el cálculo del Presupuesto Máximo se realiza con el menor valor de ellos lo que en la metodología se ha denominado Valor Máximo. El PRI es tomado como insumo para la metodología junto con el ajuste adicional por IPS y transformado a UMC. Para facilitar la lectura, la definición de Valor Máximo quedará ajustada especificando que se trata del menor valor por UMC o por procedimientos y servicios complementarios seleccionado 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.  En consecuencia, el proyecto de Presupuesto Máximo y la información de valores de referencia incluidos en el proyecto de acto administrativo no se constituyen per se en una regulación de precios, por cuanto los valores presentados son específicos para el cálculo y surgen a partir de la información reportada por las EPS a La ADRES en las facturas recobradas, valores en los que se entienden incluidos elementos como el suministro de la tecnología en salud al paciente.  Por lo anterior, al no constituirse en una regulación de precios, el precio de venta debe ser definido por quien corresponda y no se maneja la coexistencia de dos precios de mercado, tal como usted afirma. En este orden de ideas no procede la consulta a la CNPMDM.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
334	6	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 3. Definiciones 21. Valor de Referencia (VR): corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC establecido en las circulares de control de precios para los medicamentos regulados por control directo (PRI), definidos por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM a su vez, los medicamentos que no cuenten con PRI pero si con VMR, este sería su valor de referencia, en ningún caso el valor podrá ser inferior a estos valores ya referidos. Anexos 3 y 4 del presente acto administrativo, 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 sociales complementarios.	Solicitamos modificar esta definición 21. Valor de Referencia (VR): corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC establecido en las circulares de control de precios para los medicamentos regulados por control directo (PRI), definidos por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM a su vez, los medicamentos que no cuenten con PRI pero si con VMR, este sería su valor de referencia, en ningún caso el valor podrá ser inferior a estos valores ya referidos. Precisar el percentil que será utilizado para el caso de los procedimientos y servicios sociales complementarios	Estos medicamentos ya fueron sometidos a control de precios por Circular 03 o VRM y debe ceñirse a la normatividad vigente.  El borrador de resolución no especifica el percentil que se utilizará y hace referencia a “corresponde al percentil xx”	Siguiendo las sugerencias recibidas de parte de diferentes actores del SGSSS, se modificó la definición de valor de referencia, el cual corresponde al valor por UMC de cada grupo relevante de medicamentos y APME o PRI; 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.
335	7	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 3. Definiciones	Solicitamos se incluya entre las definiciones que se considerará <b>alternativa terapéutica</b> , precisando que este término no será equiparable a comparador administrativo.		La alternativa terapéutica corresponde a la gama de medicamentos existentes en el país, por lo que será del alcance de las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS la ilustración de cada caso. Por lo anterior no se incluye la definición de alternativa terapéutica.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
336	8	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo.	<p>Realizar el cálculo de Presupuesto Máximo en el régimen subsidiado mediante el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS, aumenta el riesgo sobre las inequidades existentes que padece la población afiliada a este régimen (Pág. 13, Informe rendición de cuentas 2018, MSPS).</p> <p>Dada la asincronía entre la cantidad y el reporte de información entre las dos plataformas de reporte No PBS, se debería calcular teniendo en cuenta el valor per cápita del régimen contributivo con un perfil de riesgo comparable, dejando un tiempo de transitoriedad, que permita calibrar con datos de cada EPS del régimen subsidiado.</p>	<p>La Defensoría del pueblo en 2018 en su informe de tutelas en salud, mostró que 81,3% de las tutelas fueron por servicios contenido en PBS. Lo cual genera preocupación, debido al alto porcentaje de acciones legales para el acceso a tecnologías en salud que están en la protección colectiva, siendo un proxi de inequidad en el acceso de tecnologías no PBS.</p> <p>(<a href="https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf">https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf</a>)</p> <p>En la misma línea, el MSPS en su informe de gestión 2018, manifiesta "Las inequidades existentes entre los regímenes contributivo y subsidiado y la falta de una actualización integral del plan de beneficios habían sido advertidas por distintos estamentos sociales y estatales, incluida la Corte Constitucional."</p> <p>(<a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-informe-gestion-2018.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-informe-gestion-2018.pdf</a>)</p> <p>"La muestra estuvo conformada por tutelas distribuidas así: al régimen contributivo le fueron interpuestas el 39,19 por ciento de las acciones, al subsidiado el 48,15 por ciento y a otros regímenes el 12,66 por ciento. La información fue recolectada durante los años 2018 y 2019"</p> <p>(<a href="https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf">https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf</a>)</p> <p>El INS ha reportado: "Se evidencian desigualdades sociales en la ocurrencia de eventos de notificación obligatoria, las cuales desfavorecen a la población afiliada al régimen subsidiado. En esta población, se reportaron 82,31 casos</p>	<p>La metodología de Presupuestos Máximos del proyecto de resolución, se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información reportada por las EPS a la ADRES, la cual corresponde a la mejor disponible.</p> <p>Es así que, para efectos del cálculo, se aplicó la información de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual da cuenta del histórico de uso de servicios (incluye tutelas), estructurandose de esta manera la mejor información disponible y necesaria para la implementación de la metodología de presupuestos máximos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
337	9	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado. ii) Se calculan las cantidades ajustadas para cada Grupo Relevante Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios el método de Chain-Ladder (método del triángulo) a partir del comportamiento nacional. Lo anterior	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 el año 2018.	Las EPS tienen 3 años para presentar las facturas, por lo que también pueden faltar facturas 2017.  Se solicita conocer el % de datos faltantes y el n total de cada grupo relevante.	Se precisa que las bases de datos corresponden a las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019, así mismo la metodología establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACION DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
338	10	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 7. Del Presupuesto o Máximo Anual de las vigencias siguientes. Del Presupuesto o Máximo Anual de las vigencias siguientes. El Presupuesto o Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en la inflación del último año publicada por el DANE. Adicionalmente, se tendrán en cuenta los comportamientos epidemiológicos de la población. ... en el evento que no se disponga de información del suministro de los medicamentos,	El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en la inflación del último año publicada por el DANE. Adicionalmente, se tendrán en cuenta los comportamientos epidemiológicos de la población.	La meta de inflación históricamente ha sido del 3%, sin embargo, en los últimos años esta meta no se ha cumplido y ha estado por encima de este valor por lo tanto ajustar por el valor medio del rango de la meta de inflación no es una medida que se ajuste a la realidad de la economía colombiana. El ajuste estaría subestimado teniendo en cuenta el comportamiento 2019. Sumado a lo anterior, recomendamos revisar la recomendación de IETS en evaluaciones económicas donde el valor de ajuste es superior (5%), con base en criterios económicos. El objetivo de la meta de inflación es parte de la política monetaria del Banco de la República donde se define un esquema de inflación objetivo, no es su objetivo el ajuste por pérdida de poder adquisitivo, por lo cual se estaría utilizado una variable proxy, en lugar de utilizar el valor observado y publicado por el Banco de la República. La inflación total, o inflación observada mide la evolución del costo promedio de una canasta de bienes y servicios representativa de consumo final, expresado en relación con un período base. (https://www.banrep.gov.co/es/estadisticas/inflacion-total-y-meta) En la gráfica se puede observar que, aunque se tiene un control dentro de la banda estimada del 1% de la meta, la mejor forma de hacer el ajuste es por la inflación observada.	Los valores de referencia no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es para efectos de cálculo de presupuesto máximo de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno. El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas. El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitirá el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta. Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Los valores de referencia presentados en Presupuesto máximo han sido indexados a 2020 y las cantidades reflejan la participación de las EPS en particular. Con respecto al valor de ajuste del 5 % de las evaluaciones del IETS, esta tasa se usa para horizontes temporales de largo plazo, el porcentaje que se defina es discrecional y se hace con base en las revisiones bibliográficas en la literatura a nivel internacional.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
339	11	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República en el evento que no se disponga de información del suministro de los	El ajuste para las vigencias futuras debe tener en cuenta la caracterización e identificación de nuevos pacientes en las diferentes cohortes, prevención, la carga de enfermedad y el perfil de riesgo en salud de la población de cada asegurador. Hacerlo únicamente por IPC, desconoce las necesidades de uso de tecnologías no PBS, la siniestralidad de los pacientes, la movilidad de pacientes entre aseguradores y regímenes, entre otras.	Se soporta esta solicitud conforme al firme propósito de fortalecer la gestión del riesgo, lo cual involucra el fortalecimiento de la caracterización de pacientes y la identificación temprana de nuevos pacientes, estas desviaciones pueden estar por encima de un 7% según el tipo de cohorte. Además de desconocer los costos de carga de la enfermedad de pacientes alto costo que son trasladados entre aseguradores.	<p>La metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible, la cual es reportada por las EPS a la ADRES; se parte del supuesto de la correcta y eficiente gestión de recobro de las EPS para todo lo prescrito, abarca el comportamiento de uso de las tecnologías y por consiguiente refleja los factores como los procedimientos de baja frecuencia, servicios complementarios prescritos por tutela y carga de enfermedad que usted menciona.</p> <p>Igualmente se aclara que el Presupuesto Máximo no desconoce la movilidad de pacientes entre aseguradores y regímenes dado que se ajustará el presupuesto mensualmente por el traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto, la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual.</p> <p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
340	12	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 8. Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente. El Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual. Para determinar el	El ajuste per cápita por grupo etario es insuficiente, este "ajuste de riesgo" sin incluir ajuste por carga de enfermedad, no reconoce la carga adicional por siniestralidad, alto costo o enfermedades huérfanas. Se considera realizar una ponderación adicional por estos conceptos.  El anexo 7 evidencia los grupos de riesgo por edad, desconociendo el riesgo por patología, el uso de recursos, costo de manejo que son diferenciales.	La dinámica de traslado de usuarios según información de EPS en los últimos 2 años a estado cargada con un alto porcentaje de siniestralidad, no se tiene en cuenta los costos per cápita de pacientes que hay para las patologías priorizadas por la CAC.	Actualmente el Ministerio de Salud de Protección Social trabaja en el análisis de diferentes ponderadores de riesgo que permitan ajustar con mayor predictibilidad la siniestralidad del SGSSS. Sin embargo, mientras estos estudios rinden sus frutos, se empleará en presupuestos máximos los mismos ponderadores de riesgo de UPC.  Los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS. Para el efecto el ministerio diseñó mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud.  Por lo expuesto no se acepta su sugerencia de incluir otros ajustes en este momento.
341	13	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 9. Definición del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 por cada EPS para el Régimen Contributivo.	No se especifican los mismos parámetros para el régimen subsidiado, solicitamos que se hagan explícitos.		Dados los comentarios recibidos por diferentes actores del SGSSS, los parametros del presupuesto máximo de Regimen Subsidiado estuvieron publicados para comentarios hasta el 16 de enero de 2020.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
342	14	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos. 6. Los ingresos de la cuenta maestra no podrán superar el monto autorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social por concepto de presupuesto máximo.	En el artículo 10, literal 6 limita los ingresos de la cuenta maestra al presupuesto máximo, lo cual va en contra del artículo 13 numeral 1 que establece la posibilidad de ajuste del monto asignado a las EPS previa justificación del mismo, de acuerdo al riesgo determinado.		Revisada su observación y concordancia con otros comentarios recibidos, se retira el tema mencionado en el artículo 10.
343	15	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Art 12. Transferencia del Presupuesto Máximo.  Parágrafo: A partir del segundo año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS.	En el año 2, las EPS recibirán no un 100% sino un 95% de su presupuesto máximo de acuerdo con la redacción. En la razón a lo anterior, solicitamos se explique por qué no se destina un presupuesto adicional equivalente al porcentaje requerido para el manejo de contingencias o desviaciones de los presupuestos máximos de las EPS.		Acerca de la transferencia de recursos para el presupuesto máximo se ha determinado a raíz de las observaciones recibidas que, la ADRES definirá e implementará el proceso de transferencia del total del presupuesto máximo a cada EPS durante la vigencia fiscal distribuido en los primeros diez días del mes, así mismo determinará las condiciones de ajuste del presupuesto.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
344	16	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. <i>Para que no se presente la superación del Presupuesto Máximo las EPS deben gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos además deberán:</i> 1. En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia 2. <i>En el caso que las EPS generen ahorros en la vigencia respectiva, las EPS devolverán o transferirán a La ADRES el 60% de los ahorros dentro de los tres primeros meses de la vigencia siguiente. Los recursos transferidos a La ADRES se utilizarán para financiar las posibles superaciones de los presupuestos máximos de las EPS; previa verificación y justificación de las contingencias y desviaciones respectivas. En caso de que las EPS superen los valores del 60% la transferencia se realizará en forma proporcional a la desviación. En el evento que existan recursos disponibles sobre los recursos devueltos o transferidos a la ADRES, una vez cubiertos los</i> máximos	Solicitamos se modifique el Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. Para que no se presente la superación del Presupuesto Máximo las EPS deben gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos además deberán: 1. En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia 2. <i>En el caso que las EPS generen ahorros en la vigencia respectiva, las EPS devolverán o transferirán a La ADRES el 60% de los ahorros dentro de los tres primeros meses de la vigencia siguiente. Los recursos transferidos a La ADRES se utilizarán para financiar las posibles superaciones de los presupuestos máximos de las EPS; previa verificación y justificación de las contingencias y desviaciones respectivas. En caso de que las EPS superen los valores del 60% la transferencia se realizará en forma proporcional a la desviación. En el evento que existan recursos disponibles sobre los recursos devueltos o transferidos a la ADRES, una vez cubiertos los</i> máximos	El artículo deja explícito que los incentivos de la gestión del presupuesto máximo por EPS incluidos en el presente acto administrativo, solo contemplan incentivos financieros en busca de medidas frontales de contención del gasto que desconocen que la sostenibilidad financiera del sistema debe contemplar eficiencia en el uso de recursos y adicionalmente, medición de resultados y calidad en salud. De lo contrario, las medidas derivarán exclusivamente en contención del gasto que no significa sostenibilidad como se especifica en los literales 1 y 2, dejando el incentivo de ahorro ligado exclusivamente a un margen financiero, sin importar su relación con la atención integral del paciente y la búsqueda de su mejor estado de salud. Lo anterior genera una desviación frente a la triple meta en salud que ha sido el eje estratégico de este Ministerio. Adicionalmente se identifica un incumplimiento frente a la Ley del PND 1955 de 2019 que en su artículo 241 estipula la obligación del Min Salud a definir un mecanismo de pago por resultados en salud que genere incentivos a la calidad, no solo a resultados financieros. Lo cual además fue una de las recomendaciones más importantes del informe del Banco Mundial presentado en Q4 2019 sobre Calidad en Salud en Colombia. En referencia a los aspectos particulares del artículo tenemos los siguientes comentarios:1. En el literal 1 no se define la metodología en la que las EPS o ADRES pueden realizar los ajustes a los valores de referencia, ni como se determina el riesgo de superar	En relación con la solicitud de modificar lo concerniente al tema de ahorros y en virtud de la observación de un posible incentivo de barreras de acceso se acoge la solicitud sobre el tema de los ahorros, y en tanto lo anterior este tema se eliminará. Siguiendo con su observación con respecto al artículo 241 del Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1955 de 2019, reiteramos que se incorporará en el texto un inciso con el fin de realizar ajustes ex-post por resultados en salud en el marco de la integralidad de la prestación de servicios, es decir, integrando las fuentes de financiación pues los resultados en salud son el resultado de un conjunto de acciones que no dependen exclusivamente de esta fuente de financiación.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
345	17	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. Para que no se presente la superación del Presupuesto Máximo las EPS deben gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos.		El borrador de Resolución contempla que "el porcentaje restante (40%) de lo ahorro generado por la EPS serán utilizados por las EPS para financiar los posibles riesgos de superación de los Presupuestos Máximos, así como para financiar las tecnologías previstas en el artículo 18 de la presente resolución". En el numeral 2 del artículo 18, se mencionan los medicamentos no incluidos en nomas farmacológicas en el país, <b>que forman parte de la innovación que llegará al país</b> , por tanto, su financiación causa preocupación debido a que se cubrirían con el presupuesto máximo en el evento que las EPS generen ahorro – con una baja proporción en la distribución de ese rubro -.  Por otra parte, de no darse lo anterior, existe incertidumbre sobre la vía de financiación, toda vez, que no se dispone de una metodología clara para la definición de valor terapéutico.	Se reitera que el tema de ahorros tratado en el artículo 13 fue eliminado.
346	18	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo 1. En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia.	Solicitamos se precise a qué hace referencia la expresión "realizar los ajustes a los valores de referencia", así como quien deberá adelantar estos ajustes y con base en cuáles serían los criterios	Es necesario dar claridad al sector respecto a los ajustes que se espera se adelanten a los valores de referencia	La expresión "realizar los ajustes a los valores de referencia" prevé la probabilidad de superación del presupuesto máximo de cada EPS. Es allí donde La Adres, al realizar la función asignada de seguimiento, monitoreo y auditoría, alerta si el presupuesto será superado y realiza los ajustes a los valores de referencia de acuerdo con los criterios que esa entidad defina.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
347	19	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo Parágrafo 1: los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta el valor de referencia o el valor máximo de recobro de la presente resolución; adicionalmente, las EPS deberán considerar ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el Presupuesto Máximo no se supere.	Solicitamos se precise en el articulado que los VMR y/o Valores de referencia no constituyen una regulación de precios para los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor de acuerdo a la resolución 3078	Hemos insistido en la necesidad de dar predictibilidad al sector manteniendo una única metodología de regulación de precios, sin embargo, a la fecha coexisten dos regulaciones que tienen como efecto la definición de un precio de mercado para los medicamentos (VMR y PRI)	<p>Como ya se mencionó, el proyecto de acto administrativo para el Presupuesto Máximo no se constituye per se en una regulación de precios, lo cual permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Se reitera que VMR es diferente de VR, y dicho VMR no es objeto de este proyecto de resolución.</p> <p>Para una mejor comprensión de la metodología y de los resultados de presupuesto asignado y de las fuentes de información y en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución. Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes. Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
348	20	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 16. Acceso. Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de atención, gestión con enfoque de riesgo, concertar desarrollar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes. En todo caso las EPS podrán contratar en forma integral el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y financiados con cargo al Presupuesto Máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación. En todo caso las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud, incluyendo los servicios y tecnologías en salud para enfermedades raras, en virtud de los artículos 8 (integralidad) y 11 (sujetos de especial protección) de la Ley 1751 de 2015. Parágrafo 1: Las EPS como responsables de la gestión	Proponemos la siguiente modificación en la redacción: <b>Artículo 16. Acceso. Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de atención, gestión con enfoque de riesgo, concertar desarrollar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes. En todo caso las EPS podrán contratar en forma integral el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y financiados con cargo al Presupuesto Máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación. En todo caso las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud, incluyendo los servicios y tecnologías en salud para enfermedades raras, en virtud de los artículos 8 (integralidad) y 11 (sujetos de especial protección) de la Ley 1751 de 2015. Parágrafo 1: Las EPS como responsables de la gestión</b>	El lograr el alcance de lo estipulado en el artículo 16 sobre la responsabilidad de las EPS para establecer "modelos de atención, gestión, concertar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes" sin conectarse al establecimiento de metas clínicas, de resultado en salud y de calidad en la atención; va en contra de la Ley del PND 1955 de 2019 que en su artículo 241 estipula la obligación del Min Salud a definir un mecanismo de pago por resultados en salud que genere incentivos a la calidad, no solo a resultados financieros. En el parágrafo 1 del artículo se debe preservar que la autonomía médica y garantizar que la auditoria no sea un elemento de constricción del acto médico con un criterio financiero exclusivamente.	A la propuesta de contratar en forma integral UPC y presupuesto máximo, se informa que ello hace parte de la autonomía de las EPS y proveedores en un acuerdo voluntades. El mecanismo de presupuesto máximo no tiene el alcance para inducir a algún tipo específico de contratación. Presupuesto máximo es parte de la profundización del derecho a la salud, pero no es la única estrategia para esta. En el caso de enfermedades raras, se garantiza el tratamiento de los pacientes que ya venían siendo tratados, la definición de pruebas oro standar y la definición de rutas. Se debe señalar que, los pacientes nuevos deberán estar o ser inscritos en el censo respectivo, vía SIVIGILA, y que el gobierno se guarda la potestad de reconfirmar diagnósticos, entre otros. En cuanto a los sujetos de especial protección, el Presupuesto Máximo no hace excepción alguna a las ya establecidas en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, no obstante para los sujetos migrantes está determinada la financiación en salud en la Ley del PND 2018-2022, artículo 232. El presupuesto máximo no vulnera la autonomía de la voluntad de los profesionales de la salud, ya que ellos podrán seguir prescribiendo de conformidad con lo que requiera el paciente, como lo hacen en la UPC, teniendo en cuenta las guías, protocolos, evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a todas las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, a través de diferentes mecanismos de protección del derecho a la salud (colectiva e individual), en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.
349	21	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 16. Acceso.	Solicitamos se precise:- ¿Cómo y quienes controlarán las guías de manejo? ¿Intervendrá el IETS?-. ¿Cómo se controlará la transferencia total de riesgo en los contratos EPS's-IPS's?-. ¿Cómo se controlará la ejecución de recursos para que estos no terminen financiando servicios de PBS UPC especialmente en los contratos integrales?-. ¿Cómo se controlará la integración vertical de la EPS para efectos de garantizar que no se limite, restringa o afecte el acceso a las tecnologías en salud? ¿Cómo controlaran y reglamentaran las guías, modelos y protocolos de atención tan heterogéneos que pueden surgir?	Se requiere dar claridad al sector sobre este tema	¿Cómo y quienes controlarán las guías de manejo? ¿Intervendrá el IETS? Se debe aclarar que ni las guías de práctica médica ni los estudios de posicionamiento terapéutico obligan a la prescripción sino que son orientaciones basadas en evidencia, siendo obligatorio así el cumplimiento de la prescripción en las indicaciones autorizadas en el país. El IETS continuará asesorando al Ministerio de Salud para la toma de decisiones fundamentada en evidencia científica, elaboración de guías, protocolos, evaluaciones de tecnologías en salud, entre otros documentos. ¿Cómo se controlará la transferencia total de riesgo en los contratos EPS-IPS? Dado el rol que asumen las EPS a través del aseguramiento en salud, habida cuenta que bajo lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2017 y el artículo 2.5.2.3.1.1 , numeral 3.2, literal f), del Decreto 780 de 2016 , son responsables de gestionar el riesgo en salud, esto es, deben realizar seguimiento de los riesgos relacionado con el cumplimiento de sus funciones, encontrándose como parte de ellos, "la implementación de herramientas e indicadores para la gestión de riesgos de la población afiliada, la gestión de calidad en el proceso de atención al interior de su red y el seguimiento de resultados en el estado de salud de su población afiliada, acorde con los estándares y la periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social". ¿Cómo se controlará la ejecución de recursos para que estos no terminen financiando servicios de PBS UPC especialmente en los contratos integrales? El control inicia con los procesos de monitoreo, seguimiento y auditoria que realice La Adres; adicionalmente, el Ministerio validará la ejecución del presupuesto máximo a partir de las prescripciones y los suministros registrados en el MIPRES. ¿Cómo se controlará la integración vertical de la EPS para efectos de garantizar que no se limite, restringa o afecte el acceso a las tecnologías en salud? Esta norma no modifica las disposiciones del artículo 15 de la Ley 1122 de 2007 respecto de la regulación de la integración vertical, por lo que es válida y no podría excluirse la opción de que las EPS puedan prestar los servicios directamente. ¿Cómo controlarán y reglamentarán las guías, modelos y protocolos de atención tan heterogéneos que pueden surgir? Se reitera que el presupuesto máximo no vulnera la autonomía de los profesionales de la salud, ni la determinación del prestador de definir modelo de atención o soportar la documentación para habilitación de los servicios de salud, ni exime la responsabilidad de las EPS de gestionar el riesgo en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación, de acuerdo con lo que requiera el paciente, tal como lo hacen en la UPC, teniendo en cuenta la disponibilidad y acceso a todas las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
350	22	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando los contenidos en el artículo 20 del presente acto administrativo. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que: 1. El medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Igualmente, los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiados con cargo a dicha fuente. 2. Los medicamentos no incluidos en normas farmacológicas en el país y aquellos que sean incluidos a partir de la expedición de este	Solicitamos la modificación del artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando los contenidos en el artículo 20 del presente acto administrativo. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que: 1. El medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Igualmente, los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiados con cargo a dicha fuente. 2. Los medicamentos no incluidos en normas farmacológicas en el país y aquellos que sean incluidos a partir de la expedición de este	El numeral 2, establece que - negrita y cursiva fuera del texto original- <i>"sí un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo. será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo, por lo cual no será objeto de cobro. La superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. En todo caso, entre tanto se surte la verificación de la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo. Si el medicamento es inferior terapéuticamente se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS."</i>  <i>Teniendo en cuenta que no se dispone una metodología clara sobre la implementación del artículo 72 de la ley 1753, se recomienda los medicamentos que no han sido incluidos en normas farmacológicas,</i>	De acuerdo con los comentarios recibidos por los diferentes actores del SGSSS, la redacción de las especificaciones para los servicios o tecnologías financiados con presupuesto máximo ha sido ajustada, para mayor claridad, en aspectos como que el medicamento no incluido en normas farmacológicas antes de la expedición de la resolución o luego de esta, será la EPS quien determine en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo y no será objeto de recobro/cobro; la superioridad, equivalencia o inferioridad en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud (ETS) por el interesado, luego verificada por el IETS. En todo caso, entre tanto se surte la verificación de la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo.  La ADRES financiará las ETS y el IETS dispondrá de tres meses para definir la superioridad, equivalencia o inferioridad. Si los resultados arrojan que el medicamento: es inferior a otro se pasará al procedimiento de exclusión de los recursos del sistema de salud, si tiene equivalencia se financia con cargo Presupuesto Máximo y será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición, si es superior y genera ahorros presentes y futuros en términos de ahorros para el sistema (reduce eventos adversos, reducción de días de internación, entre otros) respecto de la situación actual se considerará incluido dentro de los presupuesto máximos.  Por último a su afirmación que no se afecte el acceso a medicamentos que impacten positivamente los resultados en salud y calidad de vida de la población, resaltamos que las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
351	23	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 18. Medicamentos, APME; Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo Parágrafo 5. 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 sin	Este valor de tratamiento no tiene medidas de temporalidad, ni unidades de medida (evento, per cápita, etc.) que permitan realizar la comparación objetiva entre tecnologías.	Es importante definir los parámetros para realizar una adecuada comparación de los costos entre los diversos tratamientos, al igual que definir el proceso que le permite al asegurador justificar que los son menores o iguales para incluirlos con cargo al presupuesto máximo.	Para aquellos medicamentos que ingresen al país (los no comercializados) y que no tengan alternativa terapéutica, deberá presentarse por el interesado la respectiva evaluación de tecnología ante el IETS para su verificación, valoración de superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica. Entre tanto se tienen los resultados este será financiado con presupuesto máximo.  El IETS verificará la evaluación de tecnologías en salud que presente el interesado, la evaluación se orienta a realizar la determinación de superioridad, equivalencia o inferioridad de medicamentos y analizará procedimientos nuevos, así como la estimación del valor. El IETS realizará la metodología específica en un tiempo límite de 3 meses contados a partir de la solicitud.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
352	24	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios	Solicitamos la modificación del artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios. A continuación, se relacionan los medicamentos y APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo: i. Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia. ii. Las tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC. iii. Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine este ministerio. iv. Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya. v. Las tecnologías	En línea con la propuesta de modificación del artículo 18	En relación con la propuesta de modificación del artículo se hicieron ajustes para mayor claridad de lo no financiado por presupuesto máximo, en línea con los aportes de los diferentes actores del SGSSS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
353	25	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 21. Prescripción  Parágrafo 2. (negrita y cursiva fuera de texto original) "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 (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; y en	Solicitamos mayor claridad en este parágrafo, ya que no se precisa a que se refiere el término posicionamiento terapéutico.  Adicionalmente, solicitamos se precise en el articulado que la prescripción de los productos no financiados con recursos de UPC debe ser registrada en la plataforma MIPRES		<p>Por una parte, la definición de posicionamiento terapéutico se ha venido trabajando en conjunto con el IETS y el Ministerio, se encuentra en proceso de publicación, y dado que como no hace parte del propósito de este proyecto de acto administrativo su solicitud no es acogida. Sin embargo, se relaciona la definición de posicionamiento terapéutico elaborada: "es un análisis crítico informado en evidencia, de fuentes públicamente disponibles con respecto a una categoría terapéutica de fármacos (por ejemplo, agentes antihipertensivos) o una clase de fármacos (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [IECA]) para respaldar un relacionamiento terapéutico entre medicamentos de la misma categoría o clase para optimizar la prescripción de dichas tecnologías en términos de sus beneficios, riesgos y costos. El alcance y la profundidad del proceso de posicionamiento terapéutico están determinados por las necesidades del sistema de salud. Los resultados finales del posicionamiento terapéutico del Minsalud y el IETS incluyen un informe completo (revisión de efectividad, seguridad y análisis económico) y un informe resumido para los profesionales de la salud". Tomado de: Cañón (et al). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y Ministerio de Salud y Protección Social. Documento no publicado.</p> <p>Por otra parte se aclara que la herramienta MIPRES seguirá funcionando para el registro de las prescripciones de productos no financiados por la UPC. Esta herramienta será indispensable para el monitoreo y seguimiento a partir de las prescripciones y los suministros registrados en ella.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
354	26	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 21. Prescripción  Parágrafo 2. (negrita y cursiva fuera de texto original) "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 (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; y en	Así mismo: . Si no se cuenta con GPC, GAI y protocolos para el país, deben contemplarse GPC, GAI y protocolos internacionales de referencia . Precisar cuál es la vigencia de las GPC, GAI y protocolos nacionales y cómo se garantiza la actualización oportuna de éstas para mejorar la calidad y la oportunidad de los pacientes . ¿Cómo define el MSPS el uso y posicionamiento terapéutico una buena práctica de prescripción? Solicitamos definir estos conceptos . ¿Cuál es la definición y el alcance de los procesos de autorregulación de las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de salud?		<p>Sobre "Cuál es la vigencia de las GPC, GAI y protocolos nacionales?" y su periodicidad de actualización, debe señalarse inicialmente que el artículo 21., parágrafo 2., señala que: "deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio (...)". Estas recomendaciones adoptadas por el Ministerio, están contenidas en las GPC, GAI y protocolos elaborados por esta entidad en concurrencia con el IETS y publicadas en la página institucional de ambas entidades, en estas guías se puede identificar la fecha de elaboración, año de publicación y la forma de actualización y los tiempos; no obstante, el parágrafo propuesto, no limita al uso de evaluaciones de tecnologías realizadas por el IETS que resulten orientadoras para la prescripción médica, por el contrario, amplía el espectro de referentes al señalar que es válido usar "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".</p> <p>De otra parte, en consideración a la dinámica del desarrollo del conocimiento científico y la imposibilidad de que el Ministerio pueda disponer de la totalidad de GPC o GAI permanentemente actualizadas, el texto del parágrafo atiende a estas limitaciones señalando que los destinatarios de la norma deben hacerlo "en lo posible y según criterio del médico tratante". En la pagina del Ministerio se puede consultar las GPC, su elaboración y el año de publicación así mismo puede encontrar la guía metodologica para la elaboración de guías de practica clínica con evaluación económica en el sistema general de seguridad social en salud colombiano, en su paso 18 se documentan la forma de actualización y los tiempos.</p> <p>Ahora bien, sobre su inquietud de: "A qué corresponden los "Informes de formulación?"., los mismos se encuentran dentro de la metodología de elaboración de las GPC, GAI y protocolos, y constituyen el soporte a través del cual los estudios comparativos que se realizan, definen las ventajas y desventajas de una determinada tecnología frente a otra, utilizadas para una finalidad específica.</p> <p>Respecto a su solicitud de definición de posicionamiento terapéutico, el término se refiere al "análisis crítico informado en evidencia, de fuentes públicamente disponibles con respecto a una categoría terapéutica de fármacos (por ejemplo, agentes antihipertensivos) o una clase de fármacos (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [IECA]) para respaldar un relacionamiento terapéutico entre medicamentos de la misma categoría o clase para optimizar la prescripción de dichas tecnologías en términos de sus beneficios, riesgos y costos. El alcance y la profundidad del proceso de posicionamiento terapéutico están determinados por las necesidades del sistema de salud. Los resultados finales del posicionamiento terapéutico del Minsalud y el IETS incluyen un informe completo (revisión de efectividad, seguridad y análisis económico) y un informe resumido para los profesionales de la salud". Tomado de: Cañon (et al). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y Ministerio de Salud y Protección Social. Documento no publicado. Como ya es conocido, el IETS continuará asesorando al Ministerio de Salud para la toma de decisiones fundamentada en evidencia científica, elaboración de guías, protocolos, evaluaciones de tecnologías en salud, entre otros documentos</p> <p>Finalmente, en cuanto a la pregunta de "¿Cuál es la definición y el alcance de los procesos de autorregulación de las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de salud? (...)", debe atenderse a lo señalado en el artículo 17. Autonomía Médica, de la Ley 1751 de 2015, en la cual se predica que el ejercicio médico debe estar cobijado por la garantía del profesional de la salud para decidir la intervención que amerite cada paciente, pero dentro de un marco de autorregulación, ética, racionalidad y considerando la evidencia científica. Esta autorregulación del profesional, se extiende a las sociedades científicas que los agremian, en virtud de la conciliación permanente de alternativas de manejo que se decantan al interior de las mismas. En síntesis, el alcance de autorregulación de profesionales de la salud se encuentra enmarcado desde el perfil y competencias de los mismos hasta el condicionamiento que las asociaciones y agremiaciones usan para la vinculación de los mismos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
355	27	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 25. Prestación Integral en Salud. La financiación de los medicamentos que hacen parte del Presupuesto Máximo incluye todo lo necesario e insustituible para garantizar la correcta y oportuna administración. 2. Cualquier forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante. 3. Toda forma de almacenamiento, transporte, dispensación	Se solicita corregir la redacción del presente artículo, de forma que quede explícito, que los servicios para la oportuna y correcta administración de los medicamentos con cargo a los presupuestos máximos, al igual que el costo logístico asociado a su suministro (literales 2 y 3), no se encuentran incluidos dentro de los precios definidos para cada medicamento y se continuarán reconociendo de forma independiente de acuerdo a los requerimientos de administración.	Servicios que se reconocen adicional al costo del medicamento, bajo esta redacción estaría incluida en el precio techo de los medicamentos. Esto pasa también con los costos logísticos que se estarían incluyendo, sin ningún ajuste en los precios máximos.	Aclarando su solicitud, se hace énfasis en que los valores de referencia no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Los valores de referencia tienen como objeto ser utilizados para el cálculo del presupuesto máximo; entonces el presupuesto considera: i) los valores de referencia (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) las tutelas, v) Los procedimientos en salud, y vi) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas que no han sido observadas).  El modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES, y se puede inferir que lleva implícito la totalidad de los costos de producción, envase, transporte, comercialización, dispensación final e importación, entre otros. Es importante resaltar que 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.  Por lo anterior su solicitud de que estos conceptos se reconozcan de forma independiente no es aceptada.
356	28	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 32. Analgesia, anestesia y sedación	Se sugiere, una adición en la redacción del articulado (negrita y cursiva fuera del texto original)  Artículo 32. "Analgesia, anestesia y sedación. La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC; así no se encuentren explícitamente descritos en el anexo 3, en virtud del principio de integralidad, cuando se requieran para la realización o utilización de los servicios y tecnologías en salud contenidos en el presente acto administrativo. Estos servicios y tecnologías en salud se tendrán en cuenta en el cálculo que se establezca para procedimientos en salud del Presupuesto Máximo"		No se acoge la propuesta de adicionar "en virtud del principio de integralidad", dado que la integralidad es transversal en el acto administrativo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
357	29	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 40 Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos	<p>Se recomienda, una adición en la redacción del articulado (negrita y cursiva fuera del texto original)</p> <p>Artículo 40 Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos "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, así como la adherencia y los resultados en salud. El seguimiento, Control y monitoreo se realizará determinando factores que permitan evidenciar la ejecución de estos recursos hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.</p> <p>En todo caso, si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de prescripción y suministros de MIPRES, y la</p>		En la metodología de presupuesto máximo se tiene previsto el realizar ajustes Ex-post de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
358	30	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Artículo 42. Deber de Información . Será responsabilidad de la EPS suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación 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 de Servicio de Salud	Excluir este artículo y generar una Resolución con la creación del nuevo reporte incorporado en SISPRO.	En cumplimiento del Art 112 de la Ley 1438, la información debe ser requerida en un anexo técnico para ser incluida en SISPRO. La creación de reportes alternos y directos al ADRES o a la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas va en contra de esta disposición normativa.  El cumplimiento de la Ley 1437, se debe crear un único sistema de información que puede ser utilizado por ambas entidades. No es viable la creación del reporte de la misma información a dos entidades públicas diferentes para un mismo fin.	El Ministerio de Salud y Protección Social publicó el proyecto de resolución en el cual se establecía el proceso de reporte de información del presupuesto máximo. Este proyecto de acto administrativo estuvo publicado en la página web del Ministerio para comentarios hasta el 2 de enero de 2020. En él se establece que la plataforma PISIS será la herramienta para el cargue de información para monitoreo. Por lo expuesto no se acoge su solicitud.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
359	31	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	ANEXO 1. METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPOSITO MEDICO ESPECIAL-APME Q: Cantidades totales de la EPS/EOC expresadas en UMC de cada Grupo Relevante Q inicial: Cantidades iniciales de la EPS/EOC por cada Grupo Relevante QIBNR: Cantidades ajustadas de la EPS/EOC	<p>Solicitamos se precise qué criterio se tuvo en cuenta para tomar 2018 como Q inicial</p> <p>Consideramos que partir de recobros de las EPS ante ADRES para definir cantidades es inapropiado porque:</p> <p>1. Valor queda sujeto a calidad y cantidad de recobros efectiva</p> <p>2. ADRES ha reportado que no todas las EPS tienen buen rendimiento en recobros, con lo cual muchas tecnologías se consumieron, pero no han sido reportadas</p> <p>3. La cantidad queda sesgada por una variable de orden administrativa</p> <p>4. Dado el rezago en auditoria de ADRES, no debe castigarse la estimación de cantidad por estos temas administrativos</p> <p>Por lo anterior, la recomendación es tomar cantidades reales de prescripciones en MIPRES que reflejan y se sincronizan mejor con el acto médico y dan mayor fidelidad al dato y menos supuestos que subestimen el valor final.</p>		<p>Solicitamos se precise qué criterio se tuvo en cuenta para tomar 2018 como Q inicial</p> <p>La construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017, 2018 y 2019), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, debe recordarse que se utilizaron todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores producto de estas auditorias.</p> <p>Consideramos que partir de recobros de las EPS ante ADRES para definir cantidades es inapropiado: i) Valor queda sujeto a calidad y cantidad de recobros efectiva, ii) ADRES ha reportado que no todas las EPS tienen buen rendimiento en recobros, con lo cual muchas tecnologías se consumieron, pero no han sido reportadas, iii) La cantidad queda sesgada por una variable de orden administrativa, iv) Dado el rezago en auditoria de ADRES, no debe castigarse la estimación de cantidad por estos temas administrativos. Por lo anterior, la recomendación es tomar cantidades reales de prescripciones en MIPRES que reflejan y se sincronizan mejor con el acto médico y dan mayor fidelidad al dato y menos supuestos que subestimen el valor final.</p> <p>La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrado, en otras palabras, lo suministrado. Es preciso señalar que, la información es suficiente y válida, que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97% del valor respectivo, lo anterior quiere decir los cálculos de las cantidades reflejan las prescripciones que han sido pagadas por tanto suministradas, no hay cantidades sesgadas, son reales y de calidad.</p> <p>Por lo expuesto no se acoge su solicitud.</p>
360	32	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	ANEXO 1. METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPOSITO MEDICO ESPECIAL-APME  <i>Precio de recobros en función de la cantidad de UMC</i>	<p>El Precio de recobro es variable entre EPS porque incluye copago/cuota moderadora y comparador administrativo que, debido a la carencia de estos, se usan una multiplicidad de tecnologías como comparadores con precios diferentes.</p>		<p>Se explica que para la metodología de presupuesto máximo, los valores de referencia involucran los reportes hechos por todas las entidades que cobran a La Adres más los reportes allegados por las entidades territoriales y EPS en torno al Régimen Subsidiado, por consiguiente, no se hace cálculo específico por EPS; por tanto, la siguiente afirmación carece de sustento a la luz de los datos y de la metodología aplicada: "el precio de recobro es variable entre EPS". Igualmente, se aclara que los valores de referencia no constituyen un precio de mercado. Dado lo anterior no se acoge la solicitud.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
361	33	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	ANEXO 1. METODOLÓGIA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPOSITO MEDICO ESPECIAL- APME  Valor Máximo: Corresponde al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.  $P_{i,n,t} \leq VGR_{it}^{*} \cdot \frac{P_{i,n,t}}{VGR_{it}^{*}}$	Esto corresponde al valor de referencia, pero se lista de forma diferente en el tto (VR, VGR, etc). Se solicita homogenizar la descripción.  La propuesta es: porqué se tienen que hacer estimaciones de valor si hay medicamentos para los cuales, si tienen precio regulado por control directo o VMR, ese debería ser su precio como insumo para el cálculo del techo. No debe haber un P <sup>i,n,t</sup> , ya que esto además se configura en una nueva regulación de precio que está por fuera de la regulación vigente, afectando la trazabilidad y competitividad del mercado.		En cuanto a la observación relacionada con el valor de referencia al interior de la fórmula de Valor Máximo como VGR, efectivamente la cita corresponde al Valor de Referencia (VR). Por lo que se va a incorporar el ajuste respectivo.  Ante su propuesta de "por qué se tienen que hacer estimaciones de valor si hay medicamentos para los cuales si tienen precio regulado por control directo o VMR, ese debería ser su precio como insumo para el cálculo del techo (...)", se debe precisar que la metodología propuesta en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, parte de reconocer el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos, aspecto que a todas luces es insostenible, por ello, en busca de la eficiencia se propone para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC , tener en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES).  El Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro. Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.
362	34	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	ANEXO 1. METODOLÓGIA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPOSITO MEDICO ESPECIAL- APME  P <sup>***i,n,t</sup>  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	Este segundo ajuste el precio (P <sup>***i,n,t</sup> ) además de impactar negativamente al proveedor de tecnologías bajo una metodología que excede el alcance de regulación de precios. Algunos temas por considerar son:  1. Existe aún gran incertidumbre frente a la caracterización poblacional en términos epidemiológicos, con lo cual esta medida desconoce esta variabilidad natural dada por el proceso de gestión del riesgo que es dispar entre EPS; sumado a las diferencias por ejemplo en número de casos con diversas patologías.  2. Al ser esta la primera estimación del presupuesto techo, generar estos dobles ajustes le resta claridad al método, ya que el ajuste de ser requerido debería ser en el valor total del presupuesto máximo, generando una adición de presupuesto y no un ajuste en la variable P <sup>***</sup> . Por lo anterior, hacer un piloto que permita en vida real testear los porcentajes de variación que pueden presentarse en poblaciones y por ende consumo de tecnologías es una necesidad imperiosa para no generar barreras de acceso a tecnologías que sean pertinentes clínicamente.		1. Existe aún gran incertidumbre frente a la caracterización poblacional en términos epidemiológicos, con lo cual esta medida desconoce esta variabilidad natural dada por el proceso de gestión del riesgo que es dispar entre EPS; sumado a las diferencias por ejemplo en número de casos con diversas patologías.  Se reitera que el valor de referencia calculado no corresponde a un precio de mercado. Con respecto a su afirmación de "la incertidumbre frente a la caracterización poblacional en términos epidemiológicos", la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible, la cual es reportada por las EPS a la ADRES; se parte del supuesto de la correcta y eficiente gestión de recobro de las EPS para todo lo prescrito, abarca el comportamiento de uso de las tecnologías y por consiguiente refleja los factores como los procedimientos de baja frecuencia, servicios complementarios prescritos por tutela, carga de enfermedad y comportamiento epidemiológico.  2. Al ser esta la primera estimación del presupuesto techo, generar estos dobles ajustes le resta claridad al método, ya que el ajuste de ser requerido debería ser en el valor total del presupuesto máximo, generando una adición de presupuesto y no un ajuste en la variable P <sup>***</sup> . Por lo anterior, hacer un piloto que permita en vida real testear los porcentajes de variación que pueden presentarse en poblaciones y por ende consumo de tecnologías es una necesidad imperiosa para no generar barreras de acceso a tecnologías que sean pertinentes clínicamente.  En cuanto su propuesta de generar adición de presupuesto, es preciso resaltar que el presupuesto máximo podrá ser ajustado por traslados, asignación de afiliados, indicadores de gestión, solicitudes que presente la EPS y resultados del seguimiento que realice la ADRES, según las metodologías que presenten ADRES y Minsalud.  Adicionalmente, se establecen en el acto administrativo alternativas para la no superación del presupuesto máximo como son: la gestión, los modelos de atención, diseño de guías, la defensa judicial adecuada, la prioridad para el uso de tecnologías UPC.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
363	35	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	ANEXO 1. METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPOSITO MEDICO ESPECIAL-APME  <i>Cantidades Ajustadas Ajustador cantidades entregadas pero no reportadas DIBRRI n</i>	<p>Solicitamos se precise cuál es la fuente de información las cantidades entregadas, pero no reportadas, teniendo en cuenta que MiPres no fue utilizada como fuente. Si se hace por la estimación de Chain Ladder solicitamos se haga pública la ficha técnica que sustenta la sensibilidad del método.</p> <p>Solicitamos se precise qué porcentaje de datos por año existen y cuantos fueron faltantes. Esto porque la calidad de la estimación depende de estas variables de forma sustancial.</p>		<p>Tal como lo señala en su comentario la metodología utilizada para el cálculo de las cantidades aun no reportadas a la ADRES en las bases de recobros/cobros, fue la de Chainn Ladder, que se describe en el anexo del acto administrativo con la metodología de presupuesto máximo.</p> <p>A partir de la implementación del presupuesto máximo, será MIPRES la principal herramienta para la captura de la información de ambos regímenes.</p> <p>Es preciso señalar que, la información de cálculo es suficiente, más de 33 millones de registros, y válida, que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo, con lo cual se precisa el porcentaje de datos existentes y faltantes que usted solicita.</p>
364	36	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Anexo 3. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO	<p>Algunos medicamentos contenidos en el anexo 3, no fueron sometidos a consulta pública de acuerdo con lo establecido en la metodología de cálculo del valor máximo de recobro, así mismo, no fue compartida la base de datos con lo cual no es posible replicar el ejercicio de los valores de referencia aquí publicados.</p> <p><i>No resulta claro cómo se establecerá el reconocimiento y pago de tecnología que no cuentan con un comparador explícitamente definido en el ANEXO 3 "listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo del presupuesto máximo", por tanto, podrían presentarse discrecionalidad en la interpretación e implementación de la norma.</i></p> <p><i>Solicitamos el anexo tenga en cuenta el estándar de datos definido en la resolución 3166</i></p>		<p>El presupuesto máximo es una metodología diferente e independiente a la aplicada para el cálculo de VMR, no obstante, en forma previa a la publicación del proyecto de acto administrativo (16 de diciembre), fueron desarrollados siete talleres con el objeto de conocer sus expectativas y observaciones frente al Presupuesto Máximo a construir, desarrollar e implementar en el país, dirigidos a los diferentes grupos de actores del sistema de salud (EPS de contributivo y subsidiado, industria, operadores farmacéuticos, sociedades científicas, organizaciones de pacientes e IPS).</p> <p>En cuanto al uso del estándar de datos si se está utilizando y asignando por parte de este Ministerio según se reciben las solicitudes, puntualmente la Dirección de Medicamentos y Tecnologías asigna el IUM, identificador único del medicamento. Por lo pronto se está realizando reportes de información empleando el CUM, dado que las bases de datos historicas de recobros permite la identificación de CUM, más no de IUM; no obstante en la medida que se vaya realizando el proceso ante el Inrima y el Ministerio será tenido en cuenta en la base de datos de presupuesto máximo en cumplimiento de lo estipulado en la Resolución 3166 de 2015.</p>
365	37	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Anexo 5. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS	<p>La metodología para definir los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios no contiene los anexos técnicos que soportan los valores de referencia del Anexo 5. Por lo cual solicitamos la publicación de la ficha técnica, como se publica para otro tipo de procesos, por ejemplo, medicamentos.</p>		<p>Los valores de referencia de los servicios complementarios se encontrarán en la nota técnica de presupuesto máximo. Dada su solicitud a continuación se presenta información complementaria:</p> <p>Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2.</p>
366	38	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Periodo de transición	<p>Solicitamos se incluya como parte del articulado un periodo de transición para la aplicación de esta nueva metodología.</p>		<p>De acuerdo a su petición se informa que no habrá periodo de transición puesto que este acto administrativo es el resultado de lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", Ley 1955 de 2019, en los artículos 237, 238, 239 y 240, por lo que en este orden de ideas se requiere celeridad en la implementación de los presupuestos máximos para las tecnologías no financiadas con cargo a la UPC en ambos regímenes.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
367	39	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Innovación farmacéutica	Precisión sobre el manejo de la innovación farmacéutica	Es necesario reconocer que la <b>innovación farmacéutica, en muchos casos, cambia el curso de la enfermedad y no constituye una alternativa terapéutica para medicamentos que ya están disponibles, así apunte a una misma tecnología.</b>	Este acto administrativo no pretende limitar, ni frenar la innovación farmacéutica, de hecho dados los comentarios de los diferentes actores del SGSSS, este Ministerio modificará el artículo que trata el tema de Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo.	
368	40	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Seguimiento	Se debe contar con las herramientas que le permitan al Ministerio hacer seguimiento a esta metodología	- La metodología <b>no incluye un periodo de transición</b> , ni permite <b>puntos de corte para evaluar el impacto de la implementación de los techos.</b>	Habrá seguimiento a la ejecución del presupuesto máximo por parte del Ministerio de Salud, la Adres, la Superintendencia Nacional de Salud con sus funciones de inspección, vigilancia y control, así como también al interior de cada EPS, además de las recomendaciones que genere la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud a partir de los informes periódicos de la ADRES.	
369	41	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Seguimiento	Se debe contar con las herramientas que le permitan al Ministerio hacer seguimiento a esta metodología	Adelantar una evaluación trimestral (máximo semestral) por parte del Ministerio, que le permita realizar los ajustes que se requieran e informar públicamente a todos los agentes del sector del avance del tema.	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 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.	
370	42	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Seguimiento	Se debe contar con las herramientas que le permitan al Ministerio hacer seguimiento a esta metodología	En cuanto aspectos técnicos es importante resaltar que el cálculo de las cantidades (demanda) utilizó datos históricos sobre los cuales existe controversia, y no incorpora variables como la incidencia o prevalencia.	La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, y la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible que abarca el comportamiento de uso de las tecnologías y por consiguiente refleja los factores como los procedimientos de baja frecuencia, servicios complementarios prescritos por tutela, carga de enfermedad y comportamiento epidemiológico. El seguimiento se realizará valiéndose de la herramienta MIPRES.	
371	43	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Transitoriedad	Solicitamos la inclusión del siguiente artículo:  Artículo xx. Transitorio. Todas las tecnologías y procedimientos en salud que no se encuentren explícitamente incluídas dentro del cálculo del valor del presupuesto máximo, deberán continuar con el procedimiento de cobro hasta tanto sean incluídas dentro de esta metodología.		Para efectos de cálculo, cualquier tecnología recobrada es contemplada en el presupuesto máximo por el hecho de no estar cubierta con UPC. Teniendo en mente lo anterior, es importante aclarar que, el presupuesto máximo no constituye una cobertura, ni el valor de referencia estructura precio o tarifa. Es así que se plasmaron los parámetros para identificar las tecnologías en salud y servicios no financiadas con cargo al presupuesto máximo y las que sí son financiadas con el presupuesto máximo.  Complementando lo anterior, en cuanto a la garantía de los demás Servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC y diferentes a los financiados por presupuestos máximo, estos continuarán siendo garantizados a los afiliados bajo el principio de integralidad, y su reconocimiento y pago se efectuará en los términos de la Resolución 1885 de este Ministerio, y Resolución 094 de 2020.  Por lo descrito anteriormente, no se acoge su solicitud.	
372	44	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Medicamentos incluidos en el presupuesto máximo	Solicitamos se incluya como parte de los anexos el listado de medicamentos incluídos en el presupuesto máximo y que cuentan con PRI.	Si bien los medicamentos con PRI, según lo señalo Minsalud en las reuniones de socialización se encuentran incluídos en el presupuesto máximo, se debe dar claridad cuáles son los medicamentos que fueron tenidos en cuenta para su cálculo.	De una parte, la metodología de presupuesto máximo tiene en cuenta los PRI conocidos y publicados en las circulares de CNPMDM, sumados al margen adicional para las IPS, por tanto no es exactamente igual el valor de PRI. De otra parte, los mercados relevantes utilizados en el presupuesto máximo son aquellos no financiados con cargo a la UPC. En este orden de ideas, no se acoge su solicitud de incluir los PRI utilizados debido a que estos corresponden a un acto administrativo emitido por otra entidad y no son objeto del presente proyecto de resolución.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
373	45	2/01/2020	202042300003092	CATALINA BELLO DURÁN Directora de Acceso y Sostenibilidad	AFIDRO	Modificación a la metodología  VER DOCUMENTO ENVIADO	<p>Solicitamos se tenga en cuenta la siguiente propuesta: (Modificación) Artículo 3.</p> <p>Definiciones: Para efectos de la aplicación de la propuesta metodología, se deben adoptar las siguientes definiciones:</p> <p>Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME: Permanece igual</p> <p>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.</p> <p>Cantidad Inicial (Q_inicial): Corresponde a las cantidades de UMC de un grupo relevante reportadas por la ADRES en el año inmediatamente anterior, adicionando dos factores adicionales: (1) las cantidades ajustadas de UMC para el mismo grupo relevante que no fueron reportadas en el año inmediatamente anterior y (2) las cantidades requeridas de UMC del grupo relevante para cerrar barreras de acceso en el mismo año.</p> <p>Se considerará que estas cantidades iniciales corresponden solamente al 70 % de las cantidades requeridas para el tratamiento de los pacientes. El restante 30 % corresponderá a las cantidades requeridas para cerrar barreras de acceso, que se adicionan para obtener una aproximación de cantidades iniciales que garanticen la reducción de la brecha de acceso a servicios de salud de los pacientes en Colombia (ver Anexo 1).</p> <p>Cantidades reportadas por la ADRES (Q_(i,n,t-1)): Corresponde a las cantidades de UMC de un grupo relevante reportadas por la ADRES al Ministerio relacionadas con las prestaciones realizadas en el año 2018. Estas cantidades incluye las suministradas vía tutela en cada periodo. 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. En el caso de medicamentos y APME se expresan en unidad mínima de concentración UMC de cada Grupo</p>	<p>La más reciente propuesta de cálculo de presupuestos máximos para medicamentos y APME es un esfuerzo metodológico que busca garantizar la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano, pero que no atiende del todo las realidades propias del aseguramiento en salud en Colombia, y desconoce las regulaciones de precios vigentes.</p> <p>Para acercar a los cálculos matemáticos y estadísticos a la realidad de la financiación y del acceso a medicamentos y APME que se encuentran por fuera del cargo a la UPC, ponemos en consideración esta propuesta que se muestra a continuación, y que obedece a un nuevo enfoque con respecto a la metodología actual.</p> <p>La metodología actual considera explícitamente que la ADRES o las EPS/EOC tendrán la potestad de definir valores de referencia o, en su defecto, precios a medicamentos que actualmente cuentan con un precio regulado (como lo establece cuando el gasto de cada EPS/EOC supera su presupuesto máximo, por ejemplo). Lo anterior estaría alterando el orden normativo del Ministerio de Salud, pues dicha función es de competencia única y exclusiva de la Comisión Nacional de</p>	<p>En cuanto a su sugerencia relacionada con el planteamiento de ajustes a la metodología diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social, vale advertir que en atención al artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 se diseñó la metodología objeto de esta Resolución, en ella no se establecen precios sino valores de referencia que parten de los valores de recobro/cobro hechos al SGSSS, por lo tanto, nunca deben considerarse como precio de mercado.</p> <p>El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados. Es preciso señalar que, si bien el proyecto de Resolución de presupuestos máximos es parte de la profundización del derecho a la salud, no es la única estrategia para dicha profundización. El Ministerio está desarrollando propuestas en relación la potenciación de centros de excelencia o referencia y la definición de rutas.</p> <p>El propósito de la mencionada disposición normativa (artículo 240) consiste, entonces, en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles, hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual, se fortalecerán la gestión de la EPS y la atención integral del paciente.</p> <p>Es importante resaltar que la iniciativa contenida en el artículo 240, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) la profundización de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la ley 1955).</p> <p>El presupuesto prospectivo considera entonces: i) los Valores Máximos de Recobro/cobro –VMR (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM, iii) las cantidades recobradas, iv) las cantidades de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas y vi) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas no han sido observadas).</p> <p>Hacemos hincapié que el modelo de estimación se fundamenta en el histórico de los 33.163.536 registros de cada una de las EPS o entidades recobrantes a la ADRES, de 2015 al 2019, de los servicios prestados y facturados desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2018, más la información solicitada a los entes territoriales y EPS, lo que permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES.</p> <p>La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida, y los respectivos ajustadores provienen de los reportes que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de lo efectivamente recobrado, en otras palabras, lo suministrado. Es preciso señalar que, la información es suficiente y válida, que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo. El presupuesto prospectivo se fija entonces para el conjunto de tecnologías que pueden ser predecibles, que fueron observadas en años anteriores.</p> <p>En consideración a la propuesta de tomar en cuenta cantidades que necesitan agregarse al cálculo del Q inicial a partir del periodo t+1, haciendo referencia a un ajuste por incidencia de la condición de salud, este Ministerio ha analizado los diferentes comentarios de los actores del SGSSS y proyecta incluir un artículo en el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS. Para el efecto el Ministerio podrá diseñar mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o los que determinen el Ministerio de Salud y Protección Social. El Ministerio iniciará con la incorporación de estos incentivos en los mecanismos de VIH-SIDA, Renal, Cáncer y hemofilia severa-A, en los que se miden la incidencia entre otros indicadores epidemiológicos.</p> <p>Entrando a su propuesta metodológica, se resalta que la metodología desarrollada por este Ministerio parte de los Q iniciales sin auditar, es decir, que de existir un ejercicio de auditoría previo al cálculo el Q sería menor. El factor de las cantidades del delta, calculado para el periodo t, da cuenta del comportamiento histórico de lo recobrado, que en el estado normal de las cosas, no puede tener grandes variaciones a razón de:</p> <p>Los cambios en el comportamiento en el uso de servicios atribuibles a condiciones de salud o enfermedad que enfrenta la población asegurada, solo se reflejaría en situaciones extraordinarias, como epidemias o pandemias, que llevarían a cambios súbitos en los indicadores epidemiológicos de salud que deban ser considerados en forma específica,</p> <p>Ley de grandes números: la frecuencia relativa de los diferentes resultados de un experimento aleatorio, tiende a estabilizarse en un solo número, el cual justamente determina la probabilidad. Si un estimador es consistente, se vuelve más confiable al tener tamaños de muestras grandes,</p> <p>Teorema del límite central: La variable aleatoria Y” tiene distribución normal asintótica con media <math>\mu</math> y varianza <math>\sigma^2/n</math>, en la medida en que el tamaño de muestra aumente.</p> <p>En conclusión el cálculo de presupuesto máximo tiene fundamento en la teoría estadística y como se tienen en cuenta todos los registros administrativos, su propuesta del uso de un intervalo de confianza para proporciones no sería viable.</p> <p>Ahora bien, con respecto a su afirmación que el proyecto de resolución “no reconoce que las EPS/EOC deben gestionar mejoras en el diagnóstico”, le aclaramos que el presupuesto máximo no vulnera el enfoque que tiene UPC hacia tecnologías en salud y servicios en las primeras líneas de tratamiento y diagnóstico, ni la autonomía de la voluntad de los profesionales de la salud, ya que ellos podrán seguir prescribiendo y diagnosticando de conformidad con lo que requiera el paciente teniendo en cuenta las guías, protocolos, evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a todas las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, puesto que tanto el Estado como la aseguradora asumen riesgos, y donde se espera que en dicha gestión de riesgo utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
374	1	2/01/2020	202042300003152	Maria Alejandra Chaparro Market Intelligence & Sales Performance Manager Healthcare	Messer Colombia S.A.	Anexo Técnico, ID 557. Establece un Valor Máximo de Recobro para el gas Dióxido de Carbono equivalente a \$7.320,780 por kg.	Excluir del Anexo Técnico el Dióxido de Carbono.	Los argumentos son los siguientes: 1. En el entendido que la metodología está vigente, se tiene que no se cumplen los requisitos de priorización. En efecto, el tamaño del mercado es pequeño. Una aproximación a este valor se observa en la Tabla 1, anexa a esta comunicación, junto a su tasa anual de crecimiento medida en pesos corrientes. 2. Se reconoce que esta aproximación al comportamiento del recobro se estima a partir del reporte de MESSER a SISMED. Esto en razón a que MESSER es el único concurrente en el mercado cuyo reporte está ausente de errores que explican la elevada dispersión de precios y valores observada tanto en SISMED como en la información de recobros hecha pública por la autoridad regulatoria, a partir de los cuales calculó los VMR incluidos en el proyecto de resolución. La Tabla 2, anexa, muestra los valores unitarios por unidad de medida que se obtienen de la base SISMED y la Tabla 3, los estadísticos de la distribución de valores unitarios recobrados utilizados por la autoridad regulatoria. 3. De lo anterior, a juicio objetivo de MESSER, se considera que el valor máximo de recobro calculado para el Dióxido de Carbono además de no cumplir los criterios de priorización, estarían afectados por un error en los datos de entrada utilizados. 4. El medicamento en referencia es 100% de producción nacional.	Con relación a su solicitud es preciso mencionar que, con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  En razón a lo anterior, se informa que el Valor Máximo de Recobro (VMR) calculado para el ID 557 DIÓXIDO DE CARBONO – GAS será revisado, y en caso de ser necesario será ajustado de conformidad.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
375	2	2/01/2020	202042300003152	Maria Alejandra Chaparro Market Intelligence & Sales Performance Manager Healthcare	Messer Colombia S.A.	Anexo Técnico, ID 707. Establece un Valor Máximo de Recobro para la combinación de gases Helio/Oxígeno equivalente a \$45.261 por m3	Excluir del Anexo Técnico la combinación de gases Helio/Oxígeno.	Los argumentos que justifican la propuesta de MESSER, en orden de relevancia, son los siguientes: 1. La combinación de gases es intensiva en materia prima importada. El establecimiento de un techo en la cadena de suministro implica que el oferente nacional de producto terminado no puede ajustar sus precios ante la volatilidad de la tasa de cambio. 2. El principal proveedor de materia prima importada (helio) es Estados Unidos. El precio CIF por unidad de medida (\$/m3) de la importación originada en ese país, puesto en puerto colombiano, si bien baja respecto del máximo observado en el período de referencia (abril-mayo de 2017), a diciembre de 2018 su valor unitario se ubica en \$11,906 con media móvil de \$12,492. (Gráfico 1) 3. Este valor unitario de importación de la principal materia prima del medicamento en cuestión es significativamente superior al VMR calculado por la autoridad regulatoria para el producto final (\$45,261 por m3) 4. Los mismos argumentos sobre dispersión de los inputs utilizados en el cálculo del VMR expuestos en la justificación del caso Dióxido de Carbono aplican a la combinación Helio/Oxígeno. Las Tablas 3 y 4 anexas, muestran que los precios por unidad de medida de la base de recobros utilizada y los valores SISMED que pudieran utilizarse como una aproximación al valor recobrado no son consistentes con los precios unitarios prevalecientes en el mercado, lo cual sugiere errores en los inputs. 5. El principio activo en mayor	Respecto a su requerimiento es preciso mencionar que, con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  Como consecuencia de lo anterior, se informa que el Valor Máximo de Recobro (VMR) calculado para el ID 707 HELIO/OXIGENO - GAS será revisado, y en caso de ser necesario será ajustado de conformidad.
376	3	2/01/2020	202042300003152	Maria Alejandra Chaparro Market Intelligence & Sales Performance Manager Healthcare	Messer Colombia S.A.	Anexo Técnico, ID 557. Anexo Técnico, ID 707.	En caso de que la autoridad regulatoria encuentre mérito para incorporar los gases al régimen del Proyecto de Re-solución, a pesar de las justificaciones presentadas anteriormente, solicitamos estudiar el cálculo aproximado de Valores Máximos de Recobro, realizado por MESSER a partir de precios y cantidades reportados a SISMED, libres de errores; y, evalúe corregir su cálculo.	1. Se trata de un ejercicio ilustrativo, por cuanto sólo toma los datos reportados por MESSER a partir de los cuales se simula el precio recobrado que debería prevalecer en el mercado; valores, precios y cantidades libres de errores. Los precios reportados por MESSER, que son los del inicio de la cadena de comercialización, son ajustados mediante la aplicación de un margen teórico y bajo según el comportamiento habitual de las transacciones "aguas abajo" de la cadena, para estimar el precio unitario al final de la cadena, esto es, el recobro. 2. A partir de esta estimación, se calculó el VMR aplicando la metodología establecida para el efecto por la autoridad regulatoria (Tabla 6, Anexa). 3. Los valores teóricos así obtenidos, son \$10,164 por Kg de Dióxido de Carbono y \$ 183,744 para la combinación Helio-Oxígeno. 4. MESSER considera que estos son un valor aproximado al VMR correcto. 5. Este cálculo no implica que MESSER considere justificada la inclusión de los gases medicinales de interés en el régimen regulado de Valores Máximos de Recobro por los argumentos arriba expuestos.	Teniendo en cuenta lo previamente mencionado, se reitera que los Valores Máximo de Recobro (VMR) calculados para el ID 557 DIÓXIDO DE CARBONO – GAS y el ID 707 HELIO/OXIGENO – GAS serán revisados, y en caso de ser necesario serán ajustados respectivamente.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
377	1	3/01/2020	202042300007952	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	GESTARSAL UD		De manera atenta solicitamos información frente a las bases de datos que se tuvieron en cuenta para la asignación del presupuesto de Régimen subsidiado, así como también la información que reportaron los Entes territoriales, con el fin de realizar la verificación técnica y la metodología aplicada para esta asignación.		En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.	
378	1	3/01/2020	202042300007992 202042300007972 202042300008002	Juan Camilo Forero Gerente de Economía de la Salud e Investigación de Resultados	Amgen Biotecnológica	Artículo 6	Para el cálculo de las cantidades ajustadas se utiliza el método Chain Ladder; este estima la información faltante en casos en los que no se ha entregado la facturación para prestaciones efectuadas durante el periodo facturado. Este método tiene ciertas limitantes inherentes a la calidad de las asunciones aplicadas para escoger los factores promedio según recobros pasados. El éxito de una adecuada estimación dependerá de la exactitud de la data suministrada, la cual puede reflejar o no variaciones por aspectos del entorno (regulatorios, legales, tasa de recobros, variaciones epidemiológicas, etc). 1. ¿Se han tenido en cuenta factores externos de este tipo, para guiar la toma de decisión sobre los factores promedio de recobro a aplicar para el ajuste? 2. ¿Cuál es el criterio con el cual se escogen los factores externos?	El método Chain Ladder se utiliza en este caso para estimar la información faltante en casos en los que no se ha entregado la facturación para prestaciones efectuadas durante el periodo facturado. No es claro si el criterio predominante se está escogiendo como el más fiel a la realidad. Finalmente, el extremo escogido afectará el promedio de acuerdo con la naturaleza de las medidas de tendencia central.	La metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible, la cual es reportada por las EPS a la ADRES; por lo cual se parte del supuesto de la correcta y eficiente gestión de recobro de las EPS para todo lo prescrito, abarca el comportamiento de uso de las tecnologías y por consiguiente refleja los factores externos que usted menciona en los cuestionamientos.	
379	2	3/01/2020	202042300007992 202042300007972 202042300008002	Juan Camilo Forero Gerente de Economía de la Salud e Investigación de Resultados	Amgen Biotecnológica	Artículo 6, Apartado IV, Sección A	En esta sección se describe cómo calcular la cantidad total prospectiva por grupo relevante de cada EPS para la vigencia de 2020 (periodo t+1; siendo t = 2019), sumando cantidad inicial + cantidad ajustada + 2 veces la cantidad del delta. No obstante, no es claro cómo será el racional para periodos posteriores al año 2020. 1. Sugerimos aplicar anualmente el cálculo logarítmico completo para el Delta de cantidades de UMC por grupo relevante, en lugar de duplicar el delta como una constante para periodos posteriores a 2020.	La razón es que el cálculo completo tiene en cuenta una función de las actividades de entrega de medicamentos y una tasa de crecimiento en el tiempo; estos supuestos pueden mostrar variaciones importantes en el tiempo (tasas de diagnóstico, cambios demográficos, cambios en la práctica clínica, entre otros).  A su vez esto es relevante si se considera que a partir del segundo año de entrada en vigor esta Ley, se dispondrá del 5% del total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones. Al no tener un adecuado ajuste en el delta para cada vigencia se puede castigar en mayor medida a la	La Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera La ADRES. Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019.	
380	3	3/01/2020	202042300007992 202042300007972 202042300008002	Juan Camilo Forero Gerente de Economía de la Salud e Investigación de Resultados	Amgen Biotecnológica	Artículo 6, Apartado IV, Sección A	En el cálculo del delta de cantidades de UMC por grupo relevante, no es claro cuál es la definición y el alcance de "las actividades asociadas a la entrega de medicamentos" y cómo se parametriza en la ecuación. De igual manera no son claros los coeficientes considerados para la estimación de crecimiento (Tasa Delta). 1. Solicitamos que se aclare la definición y forma de parametrización de "las actividades asociadas a la entrega de medicamentos". 2. Solicitamos que se aclare cuáles son los valores de los coeficientes (Phi) para estimar las tasas de crecimiento en el tiempo.	En ausencia de la definición y valores de los elementos mencionados no se puede replicar el ejercicio de estimación del delta de cantidades de UMC por grupo relevante.	En cuanto a su solicitud de "que se aclare la definición y forma de parametrización de las actividades asociadas a la entrega de medicamentos", le indicamos que esta se refiere al número de registros de la base de datos expresados en UMC, de medicamentos por año. Dada su apreciación ha sido corregido el texto.  La interpretación del coeficiente estimado corresponde a la tasa de crecimiento instantáneo de las diferentes unidades de medida de los grupos relevantes del modelo planteado. Para identificar la tasa de crecimiento anual de los grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida se aplica el antilogaritmo, se le resta uno y a este resultado se multiplica por 100, según lo establecido en la resolución.  $[TASA\ DELTA(j,t)=\{(((Exp(\Phi))-1)^*100)\}]$  Ahora, la interpretación corresponde a la tasa de crecimiento porcentual anual en Unidades Mínimas de Concentración (UMC) de cada una de las diferentes unidades de medida que tienen los grupos relevantes.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
381	4	3/01/2020	202042300007992 202042300007972 202042300008002	Juan Camilo Forero Gerente de Economía de la Salud e Investigación de Resultados	Amgen Biotecnológica	Anexo 3	1. En la tabla de los Valores de Referencia (Valores Máximos de Recobro) por grupo relevante, sería útil tener descrito explícitamente cuántos oferentes se contemplaron para hacer el cálculo final. 2. De igual manera sugerimos anexar a la misma Resolución, la lista de grupos relevantes cuyo Valor de Referencia por UMC fue establecido a partir del control directo (PRI – Precio de Referenciación Internacional).	1. El VR está sujeto a un ajuste dependiendo del número de oferentes por mercado relevante. Teniendo como objetivo la mayor transparencia posible en el proceso es pertinente conocer esta información para aumentar la precisión de los resultados obtenidos y su verificación por parte de los actores involucrados. 2. Si bien toda la información anteriormente mencionada está disponible, tenerla especificada en la norma permite una adecuada verificación de los resultados obtenidos y aporta transparencia al proceso.	El alcance de los valores de referencia es para el cálculo de los presupuestos máximos y no es dirigido para el número de oferentes. Estos se hallaron con los CUM que se encuentran en la tabla del INVIMA, y de allí es donde se toma el número de oferentes para hallar el percentil. Es importante resaltar que, estas bases son sometidas al proceso de estandarización, que se refiere a la revisión y ajuste de las variables que se requieren para el cálculo en cada registro de la base seleccionada.  Adicionalmente, se aclara que el PRI está incluido en las circulares expedidas por la CNPMDM, por consiguiente, no es posible incluirla en este proyecto de acto administrativo.
382	5	3/01/2020	202042300007992 202042300007972 202042300008002	Juan Camilo Forero Gerente de Economía de la Salud e Investigación de Resultados	Amgen Biotecnológica	Anexo 1, Sección 1	En esta sección se establece cómo calcular el valor total del recobro por grupo relevante donde:  Valor total del recobroit = cantidad de UMCi,n,t*Precio recobroi,n,t  Posteriormente se define que:  Precio recobroi,n,t = cantidad de UMCi,n,t/ Valor total del recobroit  El cálculo correcto si seguimos la lógica de la primera ecuación para el precio del recobroi,n,t debería ser:  Precio recobroi,n,t = Valor total del recobroit / cantidad de UMCi,n,t/  1. Solicitamos que se haga el ajuste pertinente e igualmente se ajuste el resultado de los valores totales de recobro por grupo relevante en caso de que este error esté presente también en los cálculos.	Esta inconsistencia puede afectar el resultado del cálculo de valor total de recobro por grupo relevante.	Agradecemos su comentario en torno a la inconsistencia digitada, la cual procederemos a corregir.
383	1	3/01/2020	202042300008012	Ivan Andrés Higuera S. HE&R Manager Colombia and México Medical Devices	Abbott Laboratories & St Jude Medical	Anexo 5	En el grupo enmarcado en la categoría 3767 "IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO" se agrupan procedimientos de diferente complejidad y utilizando tecnologías médicas diferentes, motivo por el cual, consideramos que no es prudente agruparlos y asignar un solo valor de referencia, Y si así fuera el caso, en la base de datos publicada en <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> (base de datos presupuestos máximos – 2019), no se identifica la frecuencia de los procedimientos que se tomaron para esta agrupación (3767) y conocer su ponderación.	Los sistemas de soporte agudo circulatorio que están aprobados para 30 días de uso, se consideran dentro del procedimiento: 376701 IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) UNIVENTRICULAR. Mientras que el dispositivo de asistencia ventricular izquierda definitivo, usado como puente a trasplante o en forma definitiva en pacientes donde el trasplante cardiaco no es una opción, se consideran en el procedimiento: 376703 IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA DEFINITIVO (DISPOSITIVO CONECTADO DIRECTAMENTE AL CORAZON E IMPLANTADO DENTRO DEL CUERPO) UNIVENTRICULAR.  Son dos procedimientos de complejidad diferente, utilizados en pacientes al igual con indicaciones médicas diferentes, como consecuencia los dispositivos han sido desarrollados con tecnologías basados en estas necesidades. Por lo anterior los precios de los dispositivos difieren uno de otro sustancialmente.	Respecto a su solicitud es preciso indicar que, considerando las observaciones realizadas por distintos actores respecto al tema, y con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR); los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  En razón a lo anterior, se informa que la clasificación de los procedimientos será ajustada con el objeto de dar mayor claridad.  Sin embargo, se debe tener en cuenta que los valores utilizados son una referencia para poder determinar los Presupuestos Máximos y provienen de la información de recobros/cobros reportada a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES); por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los demás agentes recobrantes.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
384	2	3/01/2020	202042300008012	Ivan Andrés Higuera S. HE&R Manager Colombia and México Medical Devices	Abbott Laboratories & St Jude Medical	Anexo 5	El valor de referencia asignado al grupo 3767 "IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO" no tiene en cuenta el valor del dispositivo.	Algunos prestadores facturan de forma independiente el dispositivo del procedimiento médico como tal; este puede ser el motivo para que el valor de referencia que se asignó haya quedado tan bajo. Consideramos se debe encontrar una forma alternativa para establecer el valor de referencia que permita evidenciar el valor correcto del procedimiento que incluya el valor del dispositivo.	Con relación a su observación es indispensable advertir que, para efectos del cálculo de los valores de referencia de procedimientos se tuvo como base los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes a la misma; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.	
385	1	3/01/2020	202042300008092	Andrés Beltrán	INMUNOTEK COLOMBIA S.A.S.	Por la cual se define la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se establece el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que operan el Régimen Contributivo, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Captación en los	Solicitar la revisión y modificación de los criterios que se tuvieron en cuenta al momento de establecer el valor máximo de recobro para el ID 230,231 y 232, relacionado a la Inmunoterapia con extracto alérgico por vía subcutánea y sublingual.	A continuación, se enumeran las variables que se deben considerar para asignar los valores máximos de recobro para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiadas con la Unidad de pago por capitación:  1. Las patologías de tipo alérgicas a nivel epidemiológico están en aumento, y el tratamiento de la Inmunoterapia, es el único capaz de revertir la sintomatología alérgica y mejorar la calidad de vida del paciente 2. los costos de importación de INMUNOTEK COLOMBIA superan en el recobro máximo que se le asigna a esta clase de productos de acuerdo al ID 232, los precios de mercado de los diferentes laboratorios que comercializan e importan esta clase de productos oscilan entre \$112.000 y \$135.000. 3. Este tipo de productos son medicamentos vitales no disponibles, ya que en el país no existe producción local que permita cubrir el 100% de la demanda. 4. Tener en cuenta el valor por la dispensación, supervisión y suministro del tratamiento por parte del especialista en alergología clínica.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  En razón a lo anterior, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.  Por otra parte, es preciso indicar que este acto administrativo en ningún caso se constituye en una barrera de acceso; al contrario, crea las condiciones para que efectivamente los pacientes puedan tener disponibilidad sin dilaciones (giro ex ante, facilita la programación, entre otras).  Así las cosas, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud; quien entre otras cosas debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Adicionalmente, es evidente que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) ostentan hoy la función de la gestión integral de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la Unidad de Pago por Captación (UPC), y de los recursos que hoy la ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.  Para finalizar, se debe aclarar que el Presupuesto Máximo se define por cada Empresa Promotora de Salud (EPS) por todos los servicios y tecnologías en salud que haya prestado; por lo tanto, la gestión del recurso será competencia de la misma.	
386	1	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Artículo 7	Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República en el evento que no se disponga de información del suministro de los medicamentos, APME de los valores por UMC de cada EPS para cada Grupo Relevante. La ADRES comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el Presupuesto Máximo Final por cada EPS.	Incorporar el ajuste P*Q donde P considere IPC salud y Q contemple el comportamiento país con ajuste por carga de enfermedad y selección adversa  Ajuste por riesgo de ocurrencia de eventos en salud	Según las observaciones recibidas por distintos actores el numeral 4 se modifica de la siguiente forma: 4. Los servicios complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente, perteneciente a la red de prestación de servicios de salud de la EPS. 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.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
387	2	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Artículo 10.	Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos. Parágrafo: Los recursos administrados en las cuentas maestras aquí previstas pertenecen al aseguramiento en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que tienen el carácter de inembargables, en los términos establecidos en el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia.	Establecer mecanismo de vigilancia estrecha al flujo de recursos por parte de la eps a los prestadores y ante el incumplimiento, de alguna EPS. En EPS bajo medida de vigilancia especial debe enviarse los recursos por giro directo al prestador con la oportunidad definida para el giro de presupuesto máximo Aseguramiento de recursos en el SSSS para la red prestadora de servicios de salud	No se acepta su solicitud en cuanto a adicionar medicamentos, ya que solo los no financiados con cargo a presupuesto máximo son: Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia, los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada o por medio de acuerdos de riesgo compartido según lo determine este ministerio, los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya siendo este último limitado hasta que se defina su financiación por presupuestos maximos.  Con respecto a los procedimientos realizados fuera del país, se aclara que el artículo 15 de la ley 1751 de 2015 afirma "... En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:...f) Que tengan que ser prestados en el exterior.  Teniendo en cuenta su observación y la de otros actores, en el articulado se tiene previsto incorporar que, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.  Con respecto a su última observación se acepta y se corrige la numeración del articulado.
388	3	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Artículo 13.	Parágrafo 4: La ADRES deberá definir los procedimientos para determinar el riesgo de superación de los Presupuestos Máximos.	El pago al prestador se debe asegurar dada la responsabilidad de aseguramiento de la EPS y en la medida que la superación de techos no debe comprometer la prestación de servicios  Continuidad de atención	La construcción del artículo responde a la correlación directa que debe existir entre las cantidades de medicamento que el personal de salud formula y lo que es dispensado al usuario. La concordancia entre estas cantidades se encuentran fundamentadas en lo que ordena el Decreto Único Reglamentario del sector Salud. El ajuste, adecuación de dosis y fraccionamiento mediante reempaquete de ser necesario es un proceso que el ente competente para tal fin (INVIMA) certifica, por lo cual es obligación de las EPS que en sus procesos contractuales de contratación se incluya el cumplimiento de estos estándares obligatorios de ley.  Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que el Decreto 780 de 2016 se encuentra en firme , el artículo 31 del Proyecto de Resolución de Presupuestos máximos no está modificando ni adicionando alguna reglamentación respecto al tema que actualmente no se encuentre vigente, por lo tanto no se adiciona la sugerencia propuesta.
389	4	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Artículo 18.	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando los contenidos en el artículo 20 del presente acto administrativo. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que: 1. <b>El medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo.</b> Igualmente, los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiados con cargo a dicha fuente.	En la incorporación por parte de la industria de medicamentos combinados, el precio del medicamento combinado no debe superar el valor de la suma de las dos moléculas  necesidad de participación del órgano rector (PMR)	Para dar respuesta a esta solicitud es necesario recordar que el proyecto normativo, en el artículo en mención hace relación al Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos, por lo tanto la sugerencia de incluir el tema desviación no es pertinente ya que estas fueron abordadas en el apartado Presupuesto Maximo Anual de las vigencias siguientes, el cual menciona: El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base: *1. En el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República para los valores de referencia, PRI, valores máximos o valores promedio de las EPS, siempre y cuando no supere los VR.  2. En el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. El reporte se deberá realizar en los tiempos y condiciones establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social En el evento que no se disponga de información del suministro y valores de los servicios y tecnologías en salud objeto del presente acto administrativo y para cada Grupo Relevante el Ministerio de Salud y Protección Social calculará el Presupuesto Máximo con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Adicionalmente, La ADRES para financiar posibles contingencias y desviaciones futuras descontará un 2.5% del valor del Presupuesto Máximo de la EPS que no envíe la información respectiva.  La ADRES comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el Presupuesto Máximo Final por cada EPS."

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
390	5	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Artículo 18.	2. Si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo, será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo, por lo cual no será objeto de recobro/cobro. La superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. En todo caso, entre tanto se surte la verificación de la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo. Si el medicamento es inferior terapéuticamente se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS.	Sustentada la superioridad terapéutica por parte de la eps mediante el establecimiento de un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, deberá ser considerado, para el análisis de techos de la vigencia siguiente de lo contrario de estaría violando el mandato de la corte en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías y la autonomía profesional  necesidad de participación del órgano rector (PMR)	El parágrafo que proponen incorporar no es viable debido a que en el mismo artículo se presenta las fechas y la periodicidad en la que deben reportar la información, por lo anterior sería un factor de confusión para los actores colocar plazos distintos a los estipulados, por observaciones recibidas en este artículo se realizó el siguiente complemento: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no suministren información, los RIPS para efectos del cálculo de los Presupuestos Máximos, seguimiento y control no serán sujetas de incrementos en los valores contratados y podrán ser excluidas de las redes de prestación respectivas.
391	6	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Artículo 21.	Artículo 21. Prescripción. La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo. <b>Parágrafo 1. 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.</b> Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración con el monitoreo clínico y paraclínico necesarios.	Omitir o Modificar así Constituye una violación al libre mercado, y continuara afectando la estructura de costos y negativo impacto en la sostenibilidad del SGSSS El cambio debe permitirse siempre y cuando medie conceptos medico y de farmacovigilancia favorables y respectivo seguimiento clínico y paraclínico que corresponda  Si se cuenta con otras opciones terapéuticas aprobadas por el INVIMA es por que se certifica la seguridad eficacia y calidad del principio activo	El presente proyecto normativo operara para los dos regimenes en las fechas estipuladas, por lo tanto no se requiere hacer claridad entre el subsidiado y contributivo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
392	7	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Artículo 41.	<p>Artículo 41. Deber de Información. Será responsabilidad de la EPS suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación 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.</p> <p>Las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud deberán generar los RIPS correspondientes a las prestaciones respectivas y suministrarlas a las EPS, y a este Ministerio en el caso que este lo requiera.</p> <p>Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social con la participación de las EPS definirán el mecanismo que permita que la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS se conecten y faciliten el reporte de información y el respectivo seguimiento, sin perjuicio de los reportes de información que deben realizar las EPS en el marco de lo dispuesto en el presente acto administrativo.</p>	<p>Todo cambio en la estructura del sistema de información brinde el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distintos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores</p>	<p>La diferencia de valores se obtiene directamente de la información de la base con el histórico de reporte a la ADRES de recobros/cobros de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, estos valores fueron presentados por las EPS con descripciones de los CUPS que pudieron corresponder a los códigos CUPS de 4 o de 6 dígitos. Para el cálculo del primer cuartil de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recobradas, se consideró cada código CUPS obtenido del reporte. A pesar de esto, se debe tener en cuenta que el cálculo de valores de referencia es de uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS, no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Teniendo en cuenta este tipo de retroalimentación, se publicará los valores de referencia para códigos CUPS a 6 dígitos, sin embargo todos los valores y cantidades presentes en la base de recobros harán parte del cálculo de presupuestos máximos.</p> <p>Con respecto a la incorporación de un parágrafo en el anexo 5, se les informa que los valores referencia fueron soportados por cada EPS en base de recobro/cobro ante la ADRES, por lo tanto se tuvo en cuenta todos los registros, en la metodología de este proyecto normativo se explico las formulas y calculos utilizados y es pertinente recordar que el valor de referencia no se constituye en una regulación de precio, lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p>
393	8	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Artículo 19	<p>Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios. A continuación, se relacionan los medicamentos y APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo : Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo</p>	<p>No existe parágrafo 3 en el artículo 22 del acto administrativo</p> <p>se requiere completar el parágrafo citado que aclare cuales son las APME sujetas a recobro ante el ADRES.</p>	<p>Respuesta 8: En consideración a su comentario sobre la inexistencia de un parágrafo 3 en el artículo 22 del proyecto de resolución de Presupuesto Máximo, en efecto el Ministerio ajustará la redacción, toda vez que el citado parágrafo 3, pertenece al artículo 21, correspondiente a los APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo.</p>
394	9	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Artículo 18	<p>Los Servicios Sociales Complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente. En todo caso estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica.</p>	<p>a la fecha las tecnologías sujetas a evaluación por Junta de profesionales, no les aplica este requerimiento cuando media un fallo de tutela que ordena la prestación de dicha tecnología, sin embargo en este parágrafo se se hace la anotación de "En todo caso, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta medica"</p> <p>el hecho de que lo ordenado por fallo deba pasar por un tramite administrativo de Junta de profesionales , puede desencadenar en desacatos y sanciones, para prestador y EPS.</p>	<p>Respuesta 9: En esta observación la ANDI sugiere que la aplicación de lo propuesto genera el riesgo para la EPS de incurrir en desacatos y sanciones al someter a junta médica los servicios complementarios ordenados por fallo de tutela.</p> <p>Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p> <p>Sobre lo propuesto en el artículo 18, numeral 4., en cuanto al proceso de junta médica para asumir con cargo al Presupuesto Máximo los servicios complementarios, para precaver eventuales desacatos y sanciones, y como medio de defensa judicial, este Ministerio precisará la redacción de este texto en el proyecto de resolución, señalando que deben ser aquellos los que se exijan en la herramienta MIPRES, esto sin perjuicio de utilizar este mecanismo de junta médica que es natural en el sector de la salud.</p> <p>También vale mencionar que la Ley Estatutaria promueve en su artículo 16., las condiciones que deben surtir en el "Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud".</p> <p>Así mismo, se tiene previsto fijar que en todo caso, y según corresponda, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica definido en la herramienta, guía o protocolo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
395	10	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Título II- capítulo I- Artículo 6	Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado: ... Las observaciones de la variable que se ubiquen fuera de estos límites se consideran valores atípicos moderados, dichos valores se sustituyen por el valor más cercano que no se considera extremo. Posteriormente se realiza un análisis de conglomerados para cada Servicio Social Complementario: transporte o traslado no financiado con cargo a la UPC, cuidador, Zapatos y plantillas ortopédicas, pañales, sillas de ruedas (incluye suministro o alquiler), y los demás códigos de tutela se agrupan en un grupo para efectos del análisis respectivo. Se elige el método con mayor silueta y se selecciona el primer cuartil como valor de referencia (VR). El valor de los Grupos Relevantes de Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios para calcular el Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 por cada EPS es el resultante de la sumatoria de multiplicar la Cantidad Total Prospectiva por grupo relevante de cada EPS 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.	Se solicita al Minsalud ampliar información sobre los conglomerados asignados a los servicios sociales complementarios, cuales son los criterios de agrupación?	Respuesta 10: En relación a su consulta referente a ampliar información sobre los conglomerados asignados a los servicios complementarios en cuanto a “cuales son los criterios de agrupación”, es necesario mencionar que dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento.  Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos (se crean grupos que no son muy dispersos entre sí, pero entre los cuales existe diferencia estadística), analizando la variable severidad. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta, medida que indica la cohesión y separación del conglomerado, donde un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.  De otra parte, en cuanto a su observación aludiendo que “El concepto de conglomerados (5 categorías por tipo de servicio complementario) no es claro para la IPS definir sus ofertas y modelos de contratación”, este Ministerio aclara que el Presupuesto Máximo utiliza para su cálculo valores de referencia, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los procedimientos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Dado que los actores están interpretando los anexos como precios, el Ministerio está evaluando publicar en una nota técnica los valores de referencia utilizados para el cálculo del presupuesto máximo, esto para evitar interpretaciones inadecuadas.	
396	11	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	anexo 5	valor de referencia por conglomerados	En lel tipo de servicios OTROS que tecnologías se pueden incluir y con que criterios? En el tipo de servicio CUIDADOR el valor de referencia es por hora, día... cual es la unidad de tiempo? En el tipo de servicio transporte/alojamiento el VR es por día? trayecto? kilometro?  No hay claridad sobre el concepto Conglomerados ni los criterios con los que se agruparon para asignar el VR tampoco las unidades con que se mide y asigna ese valor ( tiempo, medida, cantidad...)	Respuesta 11: Sobre su observación relacionada con “En lel tipo de servicios OTROS que tecnologías se pueden incluir y con que criterios (...)”, se precisa que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios complementarios de la tabla de referencia MIPRES, se categorizaron como “OTROS”.  Así mismo, debe reiterarse que dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Es decir, se conforman grupos homogéneos por dicha variable (severidad), esta variable recoge la expresión del conjunto de aspectos que se facturaron a La ADRES, sin inferir otro tipo de unidades. En otras palabras la severidad supera la agrupación por unidades específicas de tecnologías o grupos, pues el valor prima por ser la expresión de las transacciones que se dan en las cuentas radicadas.  Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta, medida que indica la cohesión y separación del conglomerado, donde un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.  El Ministerio está evaluando en el proyecto de resolución los presupuestos máximos por EPS, así como publicar en una nota técnica los valores de referencia utilizados para el cálculo del presupuesto máximo, esto para evitar interpretaciones inadecuadas.  Sobre los “servicios sociales complementarios”, vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término “sociales”, cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
397	12	3/01/2020	202042300008112	Carlos Eduardo Jurado Moncayo Director Ejecutivo Cámara Sectorial de Salud Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	MEDICARTE a través de ANDI	Artículo 31	Concordancia entre la prescripción y la dispensación. En cumplimiento a lo descrito en el artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del dispensador del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Número 780 de 2016, el dispensador no podrá entregar cantidades diferentes (ni mayores ni menores) a las requeridas para cumplir lo ordenado en la prescripción médica, amparándose en la presentación comercial de los medicamentos.	el anexo técnico de "REPORTE DE INFORMACION DE SUMINISTRO DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - MIPRES NO PBSUPC CAUSAS DE NO ENTREGA, TOTAL, PARCIAL O DIFERIDA RESOLUCION 1885 DEL 10/05/2018" donde se define: ENTREGA PARCIAL: Se dispensan o se prestan las Tecnologías en Salud, No financiadas con recursos de la UPC o Servicios Complementarios, en forma incompleta o porque no cumple los tiempos establecidos por la norma para su prescripción. Se aplica en caso de: Presentación comercial del producto. <input type="checkbox"/> Dosis máxima permitida excede lo prescrito. <input type="checkbox"/> Se prescribe por primera vez y el tiempo de prescripción excede 3 meses. <input type="checkbox"/> El tiempo de prescripción excede 12 meses  Se solicita revisar este artículo a la luz de lo definido en el anexo técnico "ANEXO TÉCNICO PARA REPORTE DE INFORMACIÓN – SUMINISTROS CAUSA DE NO ENTREGA " que aplica para prescripciones Mipres, dado que la imposibilidad de realizar entregas parciales, generaría un reproceso interinstitucional y una barrera de acceso al usuario.	Respuesta 12: En relación con la observación planteada, donde se solicita revisar eventuales limitaciones en la dispensación de medicamentos para entregas parciales, que se generarían en el Artículo 31 sobre la Concordancia entre la prescripción y la dispensación, del proyecto de resolución, frente al Anexo Causas de No Entrega, Total, Parcial o Diferida de la Resolución 1885 de 2018, se encuentra que la norma propuesta para Presupuestos Máximos deviene del cumplimiento del artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del Dispensador del Decreto 780 de 2016, sin modificarse las condiciones bajo las cuales operan estos procesos de dispensación y reporte de información.  En tal virtud, para los casos planteados en su observación, debe seguirse el trámite vigente, diferenciando en todo caso que la norma invocada (artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del Dispensador del Decreto 780 de 2016) define el deber ser para el dispensador, mientras que el Anexo Causas de No Entrega, Total, Parcial o Diferida de la Resolución 1885 de 2018 establece el reporte de la ocurrencia de estas eventuales situaciones, dentro de las cuales se incluye en la Tabla N° 1 Causa de No Entrega, la opción 4. Presentación no fraccionable.	
398	1	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañón	Eli Lilly and Company	"en ningún caso, el cumplimiento del Presupuesto Máximo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio".	Considerandos	Los 3,636 Billones de pesos para la vigencia 2020 que se están asignando como Presupuesto Máximo no son consistentes con las cifras oficiales del histórico de recobros y tampoco contemplan el gap que existe entre la prescripción en Mipres y el suministro, que según el informe de ADRES, Descripción de las Prescripciones realizadas a través de Mipres 2018, para Medicamentos es del 24%.	La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte de los agentes recobrantes que realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrados en otras palabras los suministrado. Es preciso señalar que la información es suficiente válida y que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recupera (radica) cerca del 97% del valor respectivo, lo anterior quiere decir que los cálculos no arrojarían un valor muy por debajo de la realidad son precisos, válidos y suficientes.  Ahora bien, el propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente y por ende no debe afectar la prestación del servicio	
399	2	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañón	Eli Lilly and Company	Artículo 3	Grupo relevante de medicamentos	Teniendo en cuenta que hay medicamentos con indicaciones PBS y No PBS, la fijación del VMR está afectando el mercado total del medicamento, así el grueso del volumen de venta (Más del 80%) sea para indicaciones PBS. Lo anterior pone en riesgo la comercialización del producto y generará discontinuados.	El presente proyecto normativo no corresponde a una regulación de precios. El presente proyecto normativo calcula valores de referencia para el cálculo de presupuestos máximos para cada EPS con la finalidad de financiar los servicios y tecnologías no cubiertos por la UPC.  El grupo relevante hace referencia al agrupamiento de los servicios y tecnologías recobrados/cobrados por las EPS al SGSSS, los que por ende no consideran ninguna tecnología en salud cubierta por la UPC. Tales grupos relevantes se conformaron con los siguientes criterios:  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, así como a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.  Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME corresponde al conjunto de alimentos para propósito medico 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.  Grupo relevante Procedimientos, corresponde con los preprocedimientos identificados con CUPS. Grupo relevante para Servicios Complementarios para efectos del cálculo de presupuestos máximos se agrupan las tecnologías y servicios, según su característica, que fueron recobrados ante La ADRES, así como los ordenados por fallo de tutela.  Sobre los servicios sociales complementarios se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Finalmente se precisa que el cálculo de presupuesto máximo por cada EPS para financiar servicios y tecnologías no cubiertos por la UPC no corresponde a una regulación de precios ni tiene el alcance de regular relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de la cadena de comercialización de medicamentos.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
400	3	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 3	Valor Máximo	Se solicita mantener una única metodología de regulación de precios, a la fecha coexisten dos regulaciones que tienen como efecto la definición de un precio de mercado para los medicamentos (VMR y PRI). Se debe precisar qué precio prevalecerá para aquellas tecnologías que están en el listado de VMR y en el borrador de la última circular de la CNPMDM.	El presente proyecto de resolución calcula valores de referencia para determinar presupuestos máximos por cada EPS. Tales valores de referencia no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Los valores de referencia tienen como objeto ser utilizados para el cálculo del presupuesto máximo. El proyecto normativo describe la metodología utilizada para establecer el presupuesto máximo de cada EPS y las bases de datos están disponibles en la página del ministerio en el siguiente link: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> .  No corresponde a este proyecto normativo la regulación de precio.	
401	4	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 3	Valor Máximo	Solicitamos que públicamente se precise cómo se maneja la coexistencia de dos precios de mercado, ya que varias moléculas fueron sometidas de manera paralela a VMR y PRI.	Como se mencionó en la respuesta al numeral anterior el presente proyecto normativo calcula valores de referencia para ser utilizados para el cálculo de presupuestos máximos por EPS. Se encuentra publicado tanto el cuerpo normativo como los anexos y las bases de datos. Los valores de referencia no constituyen un precio.  Por lo expuesto, está por fuera del alcance del presente proyecto normativo, cualquier pronunciamiento respecto de VMR y PRI	
402	5	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 5	Fuentes de información para el cálculo del Presupuesto Máximo	Para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros remitida por la ADRES. Sin embargo, de acuerdo con la acción popular de la Procuraduría General de la Nación: "En éste punto se pudo validar que un gran porcentaje de las facturas que sustentaban el recobro no correspondían al medicamento recobrado conforme a la base de datos. Por tanto se determino la poca confiabilidad de la base de datos como fuente de información para la validación del ejercicio del recobro en el asegurador (EPS). Este hallazgo confirmo lo asegurado por los fucionariso de ADRES quienes previamente habian admintido y aclrado en el sentido de que la calidad del dato registrao por la EPS no es confiable, dado que se identifican situaciones como el uso de Códigos únicos de Medicamentos (CUM) para "simplemente permitir que la malla validadora admita el recobro, sin corresponder este al medicamento soportado en los archivos digitales".  Así las cosas, si se determinó la poca confiabilidad de la base de datos como fuente de información, ¿cómo puede garantizarse la confiabilidad de los VMR y de los presupuestos máximos por EPS?  En cuanto al Régimen Subsidiado hay garantía de que en la plataforma PISIS repose el 100% de los medicamentos No PBS prescritos y dispensados a los usuarios, con la fragmentación propia de este régimen y su descentralización?	La fuente de la información para el régimen contributivo, corresponde a SII MYT (Sistema de información integral de medicamentos y tutelas), la cual se alimenta con la información que las EPS diligencian en los formatos MYT01 y MYT02, los cuales corresponden al medio magnético que, junto con los soportes, presentan ante la ADRES para recobrar los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC. Cabe señalar que si bien la definición del monto a reconocer y pagar de cada recobro, se hace por parte de la ADRES considerando los soportes, la EPS tienen la responsabilidad de garantizar la consistencia de la información.  Es importante mencionar que la Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social. Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos escasos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura al compararlos con las vigencias anteriores que ya tienen dicha auditoria.	
403	6	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 7	Presupuesto máximo para EPS que no tienen recobros/cobro	Para algunas EPS que cuentan con más de 1'700.000 afiliados en el régimen contributivo, ¿es suficiente un presupuesto máximo per cápita de alrededor de \$7.500 mientras que el de las demás está por encima de los \$104.000?	El cálculo de presupuesto máximo, cuya metodología se describe en el presente proyecto normativo no es un cálculo per cápita. La metodología contempla un delta de crecimiento de las cantidades de medicamentos basado en los recobros históricos dando explicación de uso de estas tecnologías asociadas a los cambios de la población afiliada y recobrante en la EPS.  Para mejor ilustración, el presupuesto máximo considera : i) los Valores Máximos de Recobro/cobro –VMR (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas, vi) en procedimientos en salud los valores recobrados por persona, y vi) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas no han sido observadas). Además, es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES	
404	7	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 7	Presupuesto máximo anual de las vigencias siguientes	Para las vigencias siguientes el ajuste no debería hacerse con base en el IPC real que tuvo el sector salud?	Los valores de referencia son indexados a 2020 y las cantidades reflejan la participación de las EPS en particular. Dado que en este proyecto de acto administrativo no se constituyen precios de mercado, entonces no es posible usar IPC. Por tanto, los valores de referencia para las vigencias siguientes se ajustarán con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República	
405	8	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 11	Beneficiarios cuentas maestras	¿El giro directo desde ADRES a las IPS y operadores continúa?	Respecto a sus inquietudes planteadas al Artículo 11. Beneficiarios cuentas maestras del Presupuesto Máximo se determinó eliminar tanto el artículo 10 como el artículo 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.  No obstante, vale señalar que el proyecto de resolución contempla tales medidas en el Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos. A partir de las cuales 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  Finalmente se precisa que el presente proyecto normativo no hace ninguna modificación a la normatividad vigente para giro directo	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
406	9	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 12	Transferencia del presupuesto máximo	Teniendo en cuenta que ADRES transferirá a las cuentas maestras de las EPS el 100% de los recursos definidos, será nuevamente la EPS la que le transfiera a sus beneficiarios, en este sentido no se podría considerar que lo anterior podría dar retroceso al flujo que se había ganado con el giro	Las EPS ostentan hoy la función de gestión integral de la salud de sus afiliados y para tal efecto disponen de los recursos de la UPC. Con el presente proyecto normativo además tendrían recursos por presupuestos máximos. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente. Lo anterior no limita situaciones específicas de aplicación de giro directo, si así fuera necesario.	
407	10	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 13	Innovación Farmacéutica	<p>El borrador contempla que “el porcentaje restante (40%) de lo ahorro generado por la EPS será utilizados por las EPS para financiar los posibles riesgos de superación de los Presupuestos Máximos, así como para financiar las tecnologías previstas en el artículo 18 de la presente resolución” y en el numeral 2 del artículo 18, se hace referencia a los medicamentos no incluidos en normas farmacológicas. Dichos medicamentos hacen parte de la innovación que llegará al país, y su financiación causa preocupación debido a que se cubrirían con el presupuesto máximo en el evento que las EPS generen ahorro – con una baja proporción en la distribución de ese rubro -. Por otra parte, de no darse lo anterior, existe incertidumbre sobre la vía de financiación, teniendo en cuenta que a la fecha no se dispone de una metodología clara para la definición de valor terapéutico.</p> <p>Si son incluidos todos los medicamentos nuevos a partir de la expedición del acto administrativo, se presentarán limitaciones en los pasos indicados para la realización de la Evaluación por parte del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –IETS, relacionadas con el desarrollo de los diálogos tempranos, los cuales dan al solicitante la guía para definir el alcance de la evaluación y así estructurar la información que debe entregar. Estos diálogos son de vital importancia para desarrollar un proceso metodológico adecuado, que cumpla con los criterios definidos y que permita a los interesados demostrar la necesidad, seguridad, efectividad de</p>	<p>En relación con el tema de ahorros y en virtud de la observación de un posible incentivo de barreras de acceso le comunico que se acoge la solicitud sobre el tema de los ahorros Y en tanto lo anterior en ítem se eliminará.</p> <p>En relación a los medicamentos que no estén incluidos en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, el numeral IV del artículo 19, los considera no financiados con cargo a presupuestos máximos, previendo que irán por recobro/cobro en los términos que defina ADRES, o asumidos por la EPS. Se advierte, que atendiendo observaciones de diferentes actores se contempló hacer precisiones al proyecto en el sentido de puntualizar que 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 de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015. Hasta tal verificación la tecnología será financiada con recursos de presupuestos máximos y el IETS dispondrá de tres (3) meses para realizar tal evaluación.</p> <p>Este Ministerio considera fundamental definir la financiación que tendrán los medicamentos no incluidos en las normas farmacológicas del país, según los resultados de la evaluación, si es inferior tendrá trámite de exclusión, si es equivalente o superior con demostración de ahorro (reduce eventos adversos, evita reincidencias, reducción de días de internación, entre otros), se financiará con presupuestos máximos y si es superior sin ahorro, el Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la fracción adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por compra centralizada o por riesgo compartido.</p> <p>Respeto del decreto 433 de 2018 “Por el cual se adiciona el Título 12 a la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con la evaluación de tecnología para propósitos de control de precios de medicamentos nuevos”, como su nombre lo indica, hace referencia a evaluaciones con un propósito definido como es el de control de precios de medicamentos nuevos. Tal decreto fue modificado por el Decreto 710 de 2018 “Por el cual se modifican unos artículos del Título 12 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con la evaluación de tecnologías para propósitos de control de precios de medicamentos nuevos”, el que sigue conservando la finalidad de tales evaluaciones.</p>	



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
408	11	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 18	<p>Precisión y plazos para demostración de superioridad</p>	<p>El numeral 2, establece que - negrita y cursiva fuera del texto original- "si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo, será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo, por lo cual no será objeto de recobro/cobro. La superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. En todo caso, entre tanto se surte la verificación de la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo. Si el medicamento es inferior terapéuticamente se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS."</p> <p>Teniendo en cuenta que no se dispone una metodología clara sobre la implementación del artículo 72 de la ley 1753, se recomienda que los medicamentos que no han sido incluidos en normas farmacológicas, cuenten con partidas presupuestales diferentes a la de los presupuestos</p>	<p>Como mencionamos en la respuesta anterior, los medicamentos que no estén incluidos en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, el numeral IV del artículo 19, los considera no financiados con cargo a presupuestos máximos, previendo que irán por recobro/cobro en los términos que defina ADRES o asumidos por la EPS. Se advierte, que atendiendo observaciones de diferentes actores se contempló hacer precisiones al proyecto en el sentido de puntualizar que 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 de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015. Hasta tal verificación la tecnología será financiada con recursos de presupuestos máximos y el IETS dispondrá de tres (3) meses para realizar tal evaluación.</p> <p>Este Ministerio considera fundamental definir la financiación que tendrán los medicamentos no incluidos en las normas farmacológicas del país, según los resultados de la evaluación, si es inferior tendrá trámite de exclusión, si es equivalente o superior con demostración de ahorro (reduce eventos adversos, evita reincidencias, reducción de días de internación, entre otros), se financiará con presupuestos máximos y si es superior sin ahorro, el Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la fracción adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por compra centralizada o por riesgo compartido.</p> <p>Finalmente, definir una fecha para la puesta en marcha de la reglamentación del artículo 72 en mención, supera el alcance del presente proyecto normativo</p>
409	12	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 19	<p>Medicamentos no financiados con cargo al presupuesto máximo</p>	<p>Teniendo en cuenta que "los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, no serán financiados con cargo al Presupuesto Máximo", no es clara la razón de la inclusión de Ramucirumab, en el Anexo 3, puesto que, este medicamento no tiene sustituto terapéutico respecto a los medicamentos existentes en el país, y dado que su registro sanitario se otorgó en diciembre de 2019, no se cuenta con información en la base de recobros entregada por la ADRES con corte a junio de 2019. Además, no fue sometido a los procesos de discusión pública ni fue incluido en las resoluciones previas de VMR. Por lo anterior, solicitamos que se aclare mejor la metodología con la cual fue definido el valor máximo publicado en el borrador para Ramucirumab.</p>	<p>Teniendo en cuenta su observación, se procede a realizar la respectiva revisión de la expedición del Registro Sanitario en donde se evidencia que la fecha de otorgamiento del mismo fue el 21/12/2018 diferente a lo que se afirma en su comunicado sobre la fecha de expedición en diciembre de 2019. Así las cosas, se aclara que dentro de la metodología del Proyecto de Resolución de Presupuestos Maximos se contemplaron los medicamentos que fueron recobrados hasta Junio de 2019, en donde para el caso del Ramucirumab se reportaron recobros para el periodo de referencia. Por otro lado, respecto a los procesos de consulta publica respecto al medicamento objeto de su consulta, justamente es lo que esta surtiendo efecto en estos momentos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
410	13	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 21	<p>Presupuesto máximo por EPS</p>	<p>Se solicita aclarar la expresión "posicionamiento terapéutico"</p>	<p>El posicionamiento terapéutico es un análisis crítico informado en evidencia, elaborado entre sociedades científicas del país, el IETS y Minsalud, que ofrece información de la ubicación de un fármaco dentro del arsenal terapéutico existente para una patología, en función de su valor en la clínica, optimizando la prescripción de dichas tecnologías en términos de sus beneficios, riesgos y costos</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
411	14	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Artículo 40	Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos	Se sugiere una adición en la redacción del articulado (negrita y cursiva fuera del texto original) Artículo 40 "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, así como la adherencia y los resultados en salud. El seguimiento, control y monitoreo se realizará determinando factores que permitan evidenciar la ejecución de estos recursos hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.	El Ministerio de Salud y Protección Social acoge la solicitud buscando establecer que los Presupuestos Máximos se puedan ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, diseñando mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Lo expuesto se refleja en el nuevo texto de las disposiciones por lo que no aplica para ser realizado en el artículo 40.	
412	15	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Anexo 3	Comparadores	No resulta claro cómo se establecerá el reconocimiento y pago de tecnología que no cuentan con un comparador explícitamente definido en el ANEXO 3 "listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo del presupuesto máximo", por tanto, podrían prestarse a discrecionalidad en la interpretación e implementación de la norma.	Teniendo en cuenta el proyecto normativo menciona que :  Si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido en ella a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo, por lo cual no será objeto de recobro/cobro. 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 de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. En todo caso, entre tanto se surte la verificación de la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS. El IETS dispondrá de tres (3) meses para definir la superioridad, equivalencia o inferioridad respectiva. En todo caso, si no se dispone de la metodología o criterios relacionados con el artículo 72, antes mencionado, el IETS en conjunto con el ministerio definirán la metodología de evaluación respectiva. (subrayado en negrita fuera de texto)  Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que mientras se establece la superioridad, equivalencia o inferioridad , será la EPS quien dentro de su gestión le corresponda determinar la adquisición y financiación del medicamento objeto de su consulta (presuntamente sin comparador) con cargo al Presupuesto Máximo.	
413	16	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Anexo 3	Ramucirumab	Se solicita verificar el Valor Máximo de Recobro por mg para Ramucirumab ya que el valor publicado en el borrador, podría estar por encima del precio de venta del titular del registro sanitario, lo cual puede ser constatado en los reportes del SISMED.	Con relación a su consulta, se informa que el grupo relevante ID 1050 correspondiente a "RAMUCIRUMAB con agrupación farmacéutica de SOLUCION O SUSPENSION INYECTABLE", se encuentra en estudio y se harán los respectivos ajustes en caso de ser necesario.	
414	17	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Inclusión de resultados en Salud como parte de la metodología	Resultados en salud	La metodología no prevé el seguimiento de resultados en salud y se limita únicamente al seguimiento financiero. Es necesario crear los incentivos correctos para el uso eficiente de los recursos No PBS que serán entregados a los aseguradores, donde se premie la gestión clínica (pago por resultados) y la calidad. Es necesario que esta metodología garantice que se está generando el mayor valor en salud por cada peso invertido, lo cual implica la medición de los resultados en salud vs. el gasto.	El Ministerio de Salud y Protección Social acoge la solicitud buscando establecer que los Presupuestos Máximos se puedan ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, diseñando mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	
415	18	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Precisión sobre el manejo de la innovación farmacéutica	Innovación farmacéutica	Es necesario reconocer que la innovación farmacéutica, en muchos casos, cambia el curso de la enfermedad y constituye una alternativa de vida o que mejora la calidad de vida para los pacientes y sus familias.	El numeral 1 del artículo 18 del proyecto de resolución establece claramente que el medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica se considerará financiado con cargo al Presupuesto Máximo. Igualmente, los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiados con cargo a dicha fuente, además el parágrafo 1 del mismo artículo establece que los medicamentos cuya financiación se define en dicho acto administrativo con cargo al Presupuesto Máximo, se consideran financiados con dicha fuente, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación autorizada.	
416	19	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Precisión sobre el manejo de la innovación farmacéutica	Seguimiento	La resolución no incluye un periodo de transición ni puntos de corte para evaluar el impacto de la implementación de los techos. Se sugiere adelantar una evaluación trimestral o máximo semestral por parte del Ministerio, que le permita realizar los ajustes que se requieran e informar públicamente a todos los agentes del sector del avance del tema.	El presente proyecto normativo establece un presupuesto máximo para cada EPS, para la vigencia 2020; como resultado de sumar la aplicación de las metodologías de cálculo de Presupuesto Máximo para Medicamentos, APME y Grupo Relevante de procedimientos y servicios complementarios.  Los ajustes para la vigencia siguiente, considerarán indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS (aspecto este que se incorpora teniendo en cuenta las observaciones de los actores), ajuste ex post según los traslados de las personas en la vigencia anterior y con las precisiones respecto de que para los valores de referencia, PRI, valores máximos tendrán aplicación del el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Las cantidades y valores serán según el reporte por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. El reporte se deberá realizar en los tiempos y condiciones establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
417	20	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Precisión sobre el manejo de la innovación farmacéutica	Seguimiento	<p>En cuanto a aspectos técnicos es importante resaltar que el cálculo de las cantidades utilizó datos históricos sobre los cuales existe controversia.</p> <p>Si bien es claro el objetivo de establecer medidas que garanticen la sostenibilidad del sistema, se requiere que, como efecto de estas medidas (contención del gasto) no se limite el acceso oportuno de los pacientes.</p>	<p>La información que se usó para el cálculo es amplia, válida y suficiente, además corresponde a una fuente oficial originada por el reporte de cada EPS a la ADRES, específicamente las bases de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. Adicionalmente la metodología establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas, lo cual se traduce en la estimación de un valor desconocido.</p> <p>Sobre los servicios sociales complementarios se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES.</p> <p>Finalmente, el presente proyecto normativo desarrolla en el artículo 13 varias opciones, todas encaminadas a no superar el presupuesto máximo, sin perjuicio de la garantía de una atención integral para los pacientes según lo requieran. Entonces se plantea que las EPS deben hacer gestión respecto de modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, entre otros; como también monitoreo y seguimiento del gasto por este concepto, para identificar el riesgo y anticiparse realizando los ajustes necesarios.</p>
418	21	3/01/2020	202042300008122	Lorena Cañon	Eli Lilly and Company	Anexo 6	Presupuesto máximo por EPS	Desafortunadamente las EPS que hicieron durante todos estos años un uso racional del No PBS se vieron castigadas con esta medida, recibiendo un presupuesto máximo per cápita muy por debajo, de aquellas que a cambio de utilizar su UPC, prefirieron utilizar las alternativas No PBS y obtuvieron una base (Presupuesto máximo) mayor.	La metodología de cálculo de presupuestos máximos está en consonancia con el artículo 5 de la ley 1966 de 2019 y por lo tanto incluye un componente de eficiencia para los actores del sistema.El cálculo del presupuestop máximo no se realizo de forma per cápita, los valores a transferir a cada EPS son el resultado de aplicar la metodología descrita la que utiliza como base la totalidad de recobros/cobros presentados ante La ADRES en llos años de observación.
419	1	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	17 908812 Adenovirus CARGA VIRAL \$640,273	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.
420	2	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	18 908847 Adenovirus IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA \$478,073	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.
421	3	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	34 906523 ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO \$678.859,404	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.
422	4	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	35 906524 ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO \$678.859,404	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
423	5	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	38 906305 Arbovirus ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$58.065	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
424	6	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	44 906045 Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$644.944,602	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
425	7	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	45 906046 Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$644.944,602	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
426	8	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	46 906047 Bartonella quintana ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$1.283.354,126	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
427	9	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	50 908809 BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL \$640.273,2	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
428	10	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	51 908836 Bordetella pertussis IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA \$478.073,4	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
429	11	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	56 906010 Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA \$58.731,4	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
430	12	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	58 906013 Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL \$47.765,2	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
431	13	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	59 906012 Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO \$28.851,2	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
432	14	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	61 901241 Campylobacter spp CULTIVO \$55.341	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
433	15	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	70 903006 CAROTENOS \$14.935,2	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
434	16	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	71 906016 Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$346.882,032	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
435	17	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	79 908834 Clostridium difficile IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA \$887.761,062	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
436	18	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	80 901502 Clostridium TOXINA \$146.448,54	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
437	19	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	101 906049 Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$390.529,44	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
438	20	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	104 906627 CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$307.829,088	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
439	21	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	113 904810 DEOXCORTISOL \$49.431,2	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
440	22	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	133 904002 ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA \$67.669	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
441	23	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	135 908822 Epstein Barr IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA \$897.108,477	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
442	24	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	136 908811 Epstein-Barr CARGA VIRAL \$897.108,477	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
443	25	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	187 908839 Haemophilus influenzae IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA \$478.073,4	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
444	26	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	192 908818 Hepatitis B IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA \$478.073,4	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
445	27	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	194 908823 Hepatitis C IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA \$478.073,4	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
446	28	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	197 908428 HFE (HEMOCROMATOSIS) \$429.564,006	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
447	29	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	199 906337 Histoplasma capsulatum ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$380.191,896	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
448	30	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	200 904511 HORMONA ANTIMULLERIANA \$408.424,8	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
449	31	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	202 908855 IDENTIFICACION DE OTRA BACTERIA (ESPECIFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES \$478.073,4	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
450	32	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	263 908810 JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL \$659.141,496	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
451	33	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	287 906032 Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$58.898	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
452	34	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	290 903432 NUCLEOTIDASA 5 \$21.011,2	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
453	35	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	293 903035 OSTEOCALCINA \$82.124	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
454	36	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	306 906259 Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$216.514,116	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
455	37	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	307 908813 Parvovirus CARGA VIRAL \$1.672.529,293	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
456	38	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	309 903066 PEPTIDO ATRIAL NATRIURETICO [BNP] [PEPTIDO CEREBRAL NATRIURETICO] \$199.312,224	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución.	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
457	39	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	332 906841 PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$199.284,876	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
458	40	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	344 902119 PRUEBA DE NEUTRALIZACION PLAQUETARIA \$55.340,6	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
459	41	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	406 906331 Streptococcus pneumoniae ANTIGENO \$220.534,272	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
460	42	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	408 906789 SUBPOBLACIONES EXTENDIDAS DE LINFOCITOS B (VIRGENES Y DE MEMORIA CON O SIN CAMBIO DE ISOTIPO PLASMOBLASTOS Y TRANSICIONALES) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$1.044.485,755	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
461	43	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	409 905503 TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$305.761,579	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
462	44	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	417 906125 Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO \$113.253,538	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
463	45	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	421 908820 Toxoplasma gondii IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA \$937.896,378	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	
464	46	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	430 908821 Varicela zoster IDENTIFICACION REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA \$478.073,4	Revisar el valor propuesto debido a que no cubre los costos para nuestra institución, bajo la consideración de que es un examen que no se procesa en la Clínica por la baja frecuencia y se conviene con un tercero	De acuerdo a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que esta medida no constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES; los cuales son base de cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
465	47	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	24 373411 AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES MINIMAMENTE INVASIVA Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.  Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$11,187.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
466	48	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	25 373410 AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES VIA ABIERTA Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$11.187.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
467	49	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	63 396503 CANULACION CENTRAL PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO] Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$3.780.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
468	50	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	64 396502 CANULACION PERIFERICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO] Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$3.780.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
469	51	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	112 395101 DENERVACION DE ARTERIAS RENALES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
470	52	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	122321401DILATACION DE BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$4.930.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
471	53	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	170874313FLEBOGRAFIA YUGULAR CON CATETER  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
472	54	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	2333786INSERCIÓN DE [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR)  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$4.520.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
473	55	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	234378605INSERCIÓN DE [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA ABIERTA  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$3.600.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
474	56	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	235378606INSERCIÓN DE [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$4.520.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
475	57	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	236378401INSERCIÓN DE [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADOR CARDIACO  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$4.520.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
476	58	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	2373784INSERCIÓN DE [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADORES CARDIACOS  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$4.520.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
477	59	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	255321701INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN BRONQUIO O PULMON VIA ENDOSCOPICA  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.  Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$1.570.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
478	60	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	27637280MAPEO ELECTRICO Y ANATOMICO DEL CORAZON Y ESTRUCTURAS VASCULARES Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
479	61	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	277372802MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
480	62	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	301396501OXIGENACION EXTRACORPOREA DE MEMBRANA [ECMO] Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.  Podemos aportar al análisis que el valor anotado incluye el tiempo de dedicación exclusiva al paciente por parte de: intensivista, Ecmólogo, auxiliar de enfermería con entrenamiento cardiovascular. \$2.375.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto. Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
481	63	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	362396504REACOMODACION O RECANULACION DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO] Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.  Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$3.780.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	
482	64	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	390396505RETIRO DE DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.  Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$890.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
483	65	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	391313401 RETIRO DE DISPOSITIVO EN TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.  Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$4.930.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.
484	66	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	428380TROMBECTOMIA O TROMBOLISIS O TROMBOEMBOLLECTOMIA  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.
485	67	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	428985801ULTRASONIDO INTRAVASCULAR DIAGNOSTICO  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.
486	68	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	2093767IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.  Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$3.780.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.
487	69	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	213321501IMPLANTE O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.  Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$5.230.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.
488	70	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	214313301IMPLANTE O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA  Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.  Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$4.930.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
489	71	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	215313302IMPLANTE O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO TRAQUEOBRONQUIAL VIA ENDOSCOPIA Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$4.930.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.
490	72	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	280373413MODULACION DE SUSTRATO ARRITMICO (AURICULAR O VENTRICULAR) ENDOCARDICA Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.
491	73	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	281373414MODULACION DE SUSTRATO ARRITMICO (AURICULAR O VENTRICULAR) EPICARDICA Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.
492	74	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	291325501OBTENCION DE CORAZON-PULMON PARA TRASPLANTE VIA ABIERTA Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Es importante que nos aclare si este procedimiento se refiere al trasplante corazón pulmón como bloque.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.  Así mismo, el procedimiento en referencia incluye la obtención de los dos órganos para su caso particular corazón y pulmón.
493	75	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	297 OTROS OTROS Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no detalla a que actividad o procedimiento se refiere, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos especificar a que actividad o procedimiento se refieren.  Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando.	En cuanto a su solicitud, "Otros" hace referencia a las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de procedimientos y servicios complementarios de la tabla de referencia MIPRES.  Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.
494	76	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	298 OTROS DISPOSITIVOS Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no detalla a que insumo se refiere, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos especificar a que insumos se refieren.	En relación a su solicitud, "otros dispositivos" hace referencia a aquellos que no se encuentran asociados a ninguno procedimiento reportado en la base de recobros.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
495	77	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 5 Listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios	54 332210 BRONCOSCOPIA CON TERMOPLASTIA BRONQUIAL Bajo la información de la propuesta de la norma, donde no es claro que incluye el valor enunciado, no es posible para la Clínica realizar un comparativo.	Solicitamos discriminar el valor para tener claridad que incluye y que tipo de insumos están avalando. Podemos aportar al análisis el valor de los siguientes conceptos: Honorario médico, honorario de anestesia, derecho de sala \$3.370.000 Este valor no incluye insumos, ni ningún otro concepto.	En relación a su solicitud, no es aceptada teniendo en cuenta que dichos valores representan la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, con información general del procedimiento.
496	78	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 12, Descripción: ACETILCISTEINA	7,8	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
497	79	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 17, Descripción: ACICLOVIR	76	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
498	80	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 19, Descripción: ACIDO ACETILSALICILICO	13,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
499	81	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 20, Descripción: ACIDO ACETILSALICILICO ACIDOCITRICO BICARBONATO DE SODIO	895,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
500	82	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 25, Descripción: ACIDO ALENDRONICO	174,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
501	83	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 28, Descripción: ACIDO ASCORBICO	1,6	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
502	84	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 50, Descripción: ACIDO CLAVULANICO AMOXICILINA	1809	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
503	85	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 51, Descripción: ACIDO CLAVULANICO AMOXICILINA	19,2	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
504	86	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 65, Descripción : ACIDO FUSIDICO	278,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
505	87	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 77, Descripción : ACIDO MALICO C ALCIO CLORURO  MAGNESIO CLORURO  POTASIO CLORURO  SODIO ACETATO  SODIO CLORURO	12,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
506	88	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 82, Descripción : ACIDO POLIACRILICO	3068,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
507	89	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 98, Descripción : ACIDO ZOLEDRONICO	122848,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
508	90	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 123, Descripción : ALCOHOL ETILICO C LORHEXIDINA	44,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
509	91	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 126, Descripción : ALCOHOL POLIVINILICO	798	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
510	92	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 134, Descripción : ALPROSTADIL	16163,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
511	93	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 136, Descripción : ALUMINIO ACETATO	702	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
512	94	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 148, Descripción : AMIKACINA	27,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
513	95	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 166, Descripción : AMLODIPINO VALSARTAN	29,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
514	96	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 172, Descripción : ANIDULAFUNGINA	13772,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
515	97	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 184, Descripción : ATENOLOL	101,6	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
516	98	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 192, Descripción : AZITROMICINA	106	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
517	99	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 194, Descripción : AZITROMICINA	7,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
518	100	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 195, Descripción : AZITROMICINA	19,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
519	101	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 202, Descripción : BACLOFENO	416,2	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
520	102	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 208, Descripción : BENICIDAMINA	271,1	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
521	103	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 222, Descripción : BETAHISTINA	414,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
522	104	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 237, Descripción: BICARBONATO DE SODIO POLIETILENGLICOL POTASIO CLORURO SODIO CLORURO	206,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
523	105	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 271, Descripción: BROMURO DE GLICOPIRRONIO	149,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
524	106	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 273, Descripción: BROMURO DE IPRATROPIUM FENOTEROL	2221	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
525	107	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 278, Descripción: BROMURO DE PINAVERIDINA	37,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
526	108	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 279, Descripción: BROMURO DE TIOTROPIUM	2710,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
527	109	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 281, Descripción: BROMURO DE UMECLIDINUM	94,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
528	110	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 284, Descripción: BUDESONIDA	33,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
529	111	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 290, Descripción: BUDESONIDA FORMOTEROL	5020,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.
530	112	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 339, Descripción: CARBONATO DE CALCIO	0,6	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
531	113	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 359, Descripción : CEFUROXIMA	38,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
532	114	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 360, Descripción : CEFUROXIMA	30,8	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
533	115	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 380, Descripción : CICLOFOSFAMIDA	68,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
534	116	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 410, Descripción : CITALOPRAM	201,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
535	117	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 417, Descripción : CLARITROMICINA	24,6	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
536	118	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 419, Descripción : CLEMASTINA	7813,1	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
537	119	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 422, Descripción : CLINDAMICINA	5,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
538	120	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 449, Descripción : CLORHEXIDINA	730	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
539	121	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 451, Descripción : CLORHEXIDINA	20,8	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
540	122	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 455, Descripción : CLOROQUINA	1,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
541	123	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 475, Descripción : COLECALC IFEROL	0,8	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
542	124	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 491, Descripción : DAPTOMICINA	929,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
543	125	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 508, Descripción : DEXAMETASONA	1738,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
544	126	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 535, Descripción : DICLOFENACOL	78,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
545	127	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 564, Descripción : DOXOFILINA	16,1	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
546	128	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 566, Descripción : DRONEDRONA	14,6	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
547	129	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 576, Descripción : EPOPROSTENOL	241794,8	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
548	130	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 588, Descripción : ESCINA/SALICILATO DE DIETILAMINA	1420,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
549	131	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 589, Descripción : ESMOLOL	1822,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
550	132	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 590, Descripción : ESOMEPRAZOL	565,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
551	133	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 605, Descripción : ESZOPICLONA	1212,6	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
552	134	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 609, Descripción : ETIL ESTERES DE ACIDOS GRASOS YODADOS	243,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
553	135	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 642, Descripción : FENILEFRI NA(TROPICAMIDA	3201,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
554	136	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 644, Descripción : FENTOINA	3,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
555	137	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 669, Descripción : FLUTICASONA	21794,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
556	138	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 682, Descripción : FOSFOMICINA	20,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
557	139	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 684, Descripción : FOSFOMICINA	115,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
558	140	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 700, Descripción : GLUCAGON	174340,2	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
559	141	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 735, Descripción : HIDROXIPROPILMETILCELULOSA	3039,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
560	142	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 744, Descripción : IBUPROFENO	1,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
561	143	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 757, Descripción: INDACATE ROL	46,6	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
562	144	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 766, Descripción: IODIXANO L	5,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
563	145	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 792, Descripción: KETOROL ACO	87,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
564	146	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 800, Descripción: LACTULOSA	0,6	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
565	147	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 805, Descripción: LEVODROPROPIZINA	70,2	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
566	148	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 843, Descripción: MELOXICAM	1271,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
567	149	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 858, Descripción: METFORMINA SITAGLIPTINA	2,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
568	150	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 864, Descripción: METILPREDNISOLONA	396	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
569	151	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 884, Descripción: MINOCICLINA	52,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
570	152	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 888, Descripción: MINOXIDIL	163,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
571	153	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 899, Descripción : MOSAPRID A	235,8	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
572	154	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 907, Descripción : NALOXON AJOXICODONA	632,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
573	155	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 937, Descripción : NITROFURAZONA	396,2	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
574	156	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 941, Descripción : OLANZAPINA	383,8	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
575	157	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 974, Descripción : PARACETAMOL	26,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
576	158	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1013, Descripción : POLIDOCANOL	1854,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
577	159	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1014, Descripción : POLIETILENGLICOL	402,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
578	160	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1025, Descripción : POSACONAZOL	1090,4	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
579	161	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1028, Descripción : POTASIO CLORURO] SODIO CLORURO	33,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
580	162	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1033, Descripción : PREDNISONA	1099,2	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
581	163	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1034, Descripción : PREGABALINA	53,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
582	164	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1040, Descripción : PROPAFENONA	32	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
583	165	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1051, Descripción : RANOLAZINA	13,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
584	166	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1080, Descripción : SIMETICONA	37,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
585	167	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1083, Descripción : SIMETICONA TRIMEBUTINA	22,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
586	168	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1099, Descripción : SULFATO DE ZINC	71,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
587	169	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1104, Descripción : TADALAFILO	1161,3	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
588	170	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1120, Descripción : TERLIPRESINA	192390,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
589	171	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1141, Descripción : TRAZODOLINA	40	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	
590	172	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1149, Descripción : TRIMEBUTINA	22,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
591	173	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1164, Descripción: VALACICLOVIR	42,8	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
592	174	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1167, Descripción: VARENICLINA	10776,9	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
593	175	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1169, Descripción: VASOPRESINA	3728,5	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
594	176	3/01/2020	202042300008132	Beatriz Helena Pérez Vélez Directora de Contratación	Centro Cardiovascular Colombiano Clínica Santa María NIT: 811046900-4	Anexo 3, ID 1188, Descripción: ZOPICLONA	16378,7	El valor máximo de recobro planteado en el proyecto es inferior a la tarifa de la Clínica para el año 2020. Lo cual implica pérdidas para la Institución.	En relación a su propuesta, no es aceptada teniendo en cuenta que las Resoluciones 243, 738, 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación – UPC.	
595	1	3/01/2020	202042300008152	Leonardo Salazar. ECOMO and VAD Director Presidente ELSON Latinoamerica	Fundación Cardiovascular de Colombia	Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado código CUPS 396501	Aumentar el valor máximo a cobrar de la oxigenación extracorpórea de membrana (ECMO) de \$1.486.314,71 a \$3.500.000	<p>Bajo este código se factura el cuidado diario de un paciente en ECMO y de el se remunera al grupo de cuidado que esta constituido por un médico especialista con entrenamiento en ECMO, un Coordinador perfusionista y Una enfermera especializada en ECMO. Adicionalmente se cubre en este código la depreciación de las consolas de ECMO. Los insumos descartables no se cubren por este monto. El valor propuesto no cubre esos costos y en consecuencia las entidades se verían forzadas a suspender la prestación de este procedimiento y únicamente las entidades que limiten la calidad del personal o de los equipos estarían en capacidad de prestar este servicio. Esta terapia usa unos insumos descartables de alto costo como son las cánulas y el circuito de ecmo que no estarían cubiertas dentro de este valor pues su costo es 15 veces mayor</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Respecto del código CUPS 396501, el valor de referencia corresponde al primer cuartil del valor por unidad del conglomerado de cada grupo relevante o grupos relevantes. Se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituyen en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de La ADRES, que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la Ley 1966 de 2019. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales.</p> <p>Finalmente se reitera que el cálculo del valor de referencia, no pretende establecer un precio en el mercado, su uso es exclusivamente para el cálculo de presupuestos máximos. Así las cosas, se reitera que el valor de referencia no es un precio, que los agentes del sistema definen las condiciones contractuales para la garantía de los servicios y que de ninguna manera el presente proyecto normativo debe afectar la atención integral de un paciente. Se precisa además que las EPS deben monitorear el presupuesto máximo asignado con el propósito de identificar el riesgo de superación del mismo, a su vez, La ADRES, diseñará un proceso de seguimiento, monitoreo y control a los recursos con el propósito de identificar el riesgo de superación de presupuestos máximos e intervenir de manera oportuna, según el resultado de los análisis realizados</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
596	2	3/01/2020	202042300008152	Leonardo Salazar, ECOMO and VAD Director Presidente ELSON Latinoamerica	Fundación Cardiovascular de Colombia	Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado código CUPS 3767	Aumentar el valor máximo a cobrar para el procedimiento implante de una asistencia cardíaca externa o interna a \$12.000.000	Con este código se facturan los honorarios de el cirujano cardiovascular habilitado para trasplante cardíaco, el ayudante quirúrgico, el anestesiólogo cardiovascular y el derecho de quirófano. Este procedimiento tiene la misma duración y complejidad que un trasplante cardíaco y por ejemplo en esta resolución se pone como valor máximo de recobro del explante cardiopulmonar \$12.000.000 el cual es un procedimiento mucho menos complejo, demorado y demandante que el implante de una asistencia ventricular. Dentro de este código no se cubren los descartables de alto costo que son mucho mas costosos que este valor y que también pueden ser temporales o definitivos. Un dispositivo de asistencia ventricular definitivo cuesta más de 10 veces el valor de uno temporal	En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  Respecto de los códigos CUPS 396503, 396502 y 3767, el valor de referencia corresponde al primer cuartil del valor por unidad del conglomerado de cada grupo relevante o grupos relevantes.  En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de La ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la Ley 1966 de 2019. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales.  Es de aclarar que para el cálculo del valor de referencia para el código 3767 se utilizó la información de recobro/cobro así reportada a ADRES por las EPS. Lo anterior significa que para el ejercicio de cálculo de los valores de referencia cada registro con el código 3767 fue individual y no agrupo las subcategorías que pudieran corresponderle en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Entonces los registros así reportados corresponden a registros que por la descripción o por el código del servicio no fue posible clasificar en las subcategorías de la CUPS, pero son registros individuales que ingresaron al cálculo. Para mayor claridad se publicaran los valores de referencia para códigos CUPS a 6 dígitos, sin embargo todos los valores y cantidades presentes en la base de recobros harán parte del cálculo de presupuestos máximos  Finalmente se reitera que el cálculo del valor de referencia, no pretende establecer un precio en el mercado, su uso es exclusivamente para el cálculo de presupuestos máximos. Así las cosas, se reitera que el valor de referencia no es un precio, que los agentes del sistema definen las condiciones contractuales para la garantía de los servicios y que de ninguna manera el presente proyecto normativo debe afectar la atención integral de un paciente. Se precisa además que las EPS deben monitorear el presupuesto máximo asignado con el propósito de identificar el riesgo de superación del mismo, a su vez, La ADRES, como se menciona en el articulado diseñara un proceso de seguimiento, monitoreo y control a los recursos con el propósito de identificar el riesgo de superación de presupuestos máximos e intervenir de manera oportuna, según el resultado de los análisis realizados	
597	1	3/01/2020	202042300008162	Édison Morales Cárdenas	Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología - ACAAI	Anexo 5 CUPS: 991201 CUPS: 991202 CUPS: 991203 CUPS: 991204 CUPS: 952901	Les solicitamos revisar en el Anexo 5 los valores de referencia para los procedimientos ejecutados por los médicos especialistas en alergología que seguidamente señalamos, y que serán usados como referentes para el cálculo del Presupuesto Máximo, pues se constituirán en valores máximos de facturación y cobro en cualquier modalidad de contratación a partir de este año 2020 entre las EPS y los prestadores, sean IPS o profesionales independientes, para poder cumplir con el Presupuesto Máximo. Muchos miembros de la ACAAI que son médicos especialistas en alergología, contratan dentro del sistema de salud de forma directa como profesionales independientes o de forma indirecta al ser empleados o contratistas de IPS que prestan servicios de alergología, y ante este proyecto de Resolución han expresado su extrañeza a la Junta Directiva de la ACAAI, pues los valores indicados con excepción de la prueba de provocación conjuntival, están muy por debajo de los valores reales promedio de contratación y facturación en el año 2019, lo que será aún más notorio al considerar el incremento natural de precios para este año 2020 dado por el IPC o por la inflación. La Junta Directiva de la ACAAI adelantó una encuesta entre los miembros que prestan estos	Les solicitamos revisar en el Anexo 5 los valores de referencia para los procedimientos ejecutados por los médicos especialistas en alergología que seguidamente señalamos, y que serán usados como referentes para el cálculo del Presupuesto Máximo, pues se constituirán en valores máximos de facturación y cobro en cualquier modalidad de contratación a partir de este año 2020 entre las EPS y los prestadores, sean IPS o profesionales independientes, para poder cumplir con el Presupuesto Máximo. Muchos miembros de la ACAAI que son médicos especialistas en alergología, contratan dentro del sistema de salud de forma directa como profesionales independientes o de forma indirecta al ser empleados o contratistas de IPS que prestan servicios de alergología, y ante este proyecto de Resolución han expresado su extrañeza a la Junta Directiva de la ACAAI, pues los valores indicados con excepción de la prueba de provocación conjuntival, están muy por debajo de los valores reales promedio de contratación y facturación en el año 2019, lo que será aún más notorio al considerar el incremento natural de precios para este año 2020 dado por el IPC o por la inflación. La Junta Directiva de la ACAAI adelantó una encuesta entre los miembros que prestan estos	Con relación a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  Como consecuencia de lo anterior, no es procedente afirmar que los valores de referencia se constituirán en valores máximos de facturación y cobro en las modalidades de contratación entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y los prestadores de servicios de salud.  Por otra parte, se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En tal sentido, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.  Para finalizar, es importante que a los valores promedio se describan los valores máximos y mínimos; así como el intervalo de confianza para poder tener una mejor interacción para evaluar lo expresado en su comunicado.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
598	1	3/01/2020	202042300008272	Juan Carlos Sanchez Angel	FUNDACION COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA – CLINICA VIDA	Artículo 12. Transferencia del Presupuesto Máximo	Teniendo en cuenta que en el artículo se deja claro que la transferencia del 100% mensual de la ADRES a las EPS se debe realizar los 10 primeros días de cada mes, es importante que se describa de manera específica y clara que las EPS también tengan la responsabilidad de hacer el giro a los prestadores, logísticos y red prestadora, correspondiente a las atenciones que se le han suministrado obedeciendo a la oportunidad de flujo de recursos en el sector salud. Se debería dar la misma garantía de las EPS hacia su red de aliados, así como se le da la garantía a ellas desde el Ministerio (ADRES).	De alguna manera, el flujo de caja ha sido uno de los limitantes en el sector salud en general y de acuerdo a las propuestas del Ministerio donde ha solucionado gran parte de este “inconveniente” sobre todo con el acuerdo de punto final; se debe dar continuidad a la filosofía por medio de este nuevo proceso de presupuesto máximo; adicionalmente se debe tener en cuenta de que se trata de los recursos que entrega la ADRES a las EPS con el fin de cubrir los servicios y tecnologías que no están cubiertos con la UPC, con la misma oportunidad debería entregarse por parte de ellas.	Determinar los plazos de los pagos que las EPS realicen a su red prestadora excede el alcance del presente proyecto normativo, toda vez que ese aspecto ya ha sido desarrollado en normas vigentes. Se cita especialmente el literal d del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, como también, el artículo 2.5.3.4.6 del Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, que determina las condiciones mínimas que corresponde incluir en el acuerdo de voluntades para la prestación de servicios, dentro de las que se mencionan los mecanismos y formas de pago.
599	2	3/01/2020	202042300008272	Juan Carlos Sanchez Angel	FUNDACION COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA – CLINICA VIDA	Artículo 16. Acceso	Se desea que el artículo tenga un párrafo o anotación en la cual se de claridad acerca de la función de los Comité de Farmacia y Terapéutica en las IPS, donde realmente se establecen guías y protocolos de atención. Esto con el fin de no permitir la posibilidad de Coartar la autonomía de atención que tenemos las IPS con los modelos de atención que diseñamos, sobre todo cuando de especialidades médicas se trata. La observación va más a sugerir que se le siga dando garantías a las IPS de continuar con la adopción de modelos de atención y adopción de guías y protocolos para el manejo de enfermedades, basados en la epidemiología “autóctona” y no permitir que, de alguna manera, las EPS puedan sugerir o exigir guías, protocolos o modelos de atención diferentes a los adoptados por las IPS. (Sería pertinente cuando estas últimas no tienen modelos, guías o protocolos adoptados) El párrafo 1 debería hacer la misma salvedad, acerca de la autonomía médica y de las IPS.	El contenido del artículo, describe claramente la responsabilidad que tienen las EPS para garantizar el acceso a los servicios y tecnologías no cubiertos por la UPC del cual habla el acto administrativo; sin embargo, realizando una revisión exhaustiva del mismo artículo, se puede generar el mal entendido de que de cualquier manera las EPS son las responsables de administrar, gestionar y organizar según corresponda las atenciones a los pacientes, dejando a un lado según el artículo 2.5.3.10.24 del decreto 780 de 2016. “Por medio de/cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” las funciones y responsabilidades del Comité de Farmacia y Terapéutica de las IPS (Artículo 2.5.3.10.25) de las cuales habla los artículos relacionados anteriormente y los cuales se ratifican en el numeral 4 del capítulo II de la resolución 1403 de 2007.	El propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar la financiación de tecnologías en salud y servicios, con recursos UPC y con recursos de presupuestos máximos se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.  Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del techo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.  Por otra parte, se precisa que el presupuesto máximo no vulnera la autonomía de la voluntad de los profesionales de la salud, ya que estos podrán seguir prescribiendo de conformidad con lo que requiera el paciente, como lo hacen en la UPC, teniendo en cuenta la disponibilidad y acceso a todas las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, a través de diferentes mecanismos de protección del derecho a la salud (colectiva e individual), en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.  En este sentido, el presente proyecto normativo no modifica norma alguna respecto al Comité de Farmacia y Terapéutica que se menciona en su escrito

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
600	3	3/01/2020	202042300008272	Juan Carlos Sanchez Angel	FUNDACION COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA – CLINICA VIDA	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios	<p>Se genera la duda en el numeral IV del artículo, si la inmunoterapia con fin antineoplásico se consideran medicamentos sin alternativa terapéutica, ya que según el anexo 3 del acto administrativo, no se encontraron muchos medicamentos del grupo ATC “L” quimioterapéuticos y quedan por la metodología de recobro según la resolución 1885.</p> <p>También queda la duda en el numeral VII del mismo artículo, si los procedimientos nuevos son todos aquellos que ingresan con código y descripción nueva y que realmente son técnicas y procedimientos que antes no existían en el país; o si son todos los que cambian de código o descripción así se trate de un cambio de grupo, subgrupo, categoría o subcategoría, pero que aun así ya era un procedimiento existente.</p>	<p>En vista de que cada año se está actualizando por medio de acto administrativo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, se ha evidenciado que muchos de los códigos sufren cambios tanto en la codificación como en la descripción, pero siguen siendo los procedimientos que ya existían en el país, en otras ocasiones se complementan las descripciones únicamente o son las mismas descripciones, pero cambia el código. Se requiere la claridad de que tipo de procedimiento nuevo, es el considerado excluido en el artículo 19.</p>	<p>El numeral IV del artículo 19 menciona que “Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos.”</p> <p>En este sentido, es importante mencionar que las alternativas terapéuticas a considerar son todos los medicamentos existentes en el país, por tanto para los medicamentos objeto de su consulta pertenecientes al primer nivel anatómico L “Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores”, las alternativas terapéuticas deben considerar a todos los medicamentos existentes en el país (no solo los incluidos en el listado del anexo 3) destacando que dentro de la oferta farmacéutica disponible hay más de 150 principios activos que se clasifican dentro del grupo L “Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores” independientemente de su mecanismo de financiación.</p> <p>Ahora respecto del numeral VII sobre procedimientos nuevos, se entiende que corresponden con procedimientos que antes no existían en el país. Es necesario que se surtan los requerimientos normativos existentes para actualización del Código Único de Procedimientos en Salud – CUPS según lo dispuesto en la Resolución 3804 de 2016 y además, recogiendo lo observado, se incluye, que sea necesario realizar evaluaciones de servicios y tecnologías en salud por parte del IETS para tales efectos.</p>
601	4	3/01/2020	202042300008272	Juan Carlos Sanchez Angel	FUNDACION COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA – CLINICA VIDA	Parágrafo 2 del artículo 21. Prescripción.	<p>Se requiere claridad acerca de los usos (adopción) de guías y protocolos emitidos por el Ministerio, teniendo en cuenta de que cada año, hay asociaciones, agremiaciones o entidades internacionales actualizando guías y protocolos de enfermedades específicas (por ejemplo, Quimioterapias).</p> <p>Respetuosamente, sugerimos tener en consideración que se puedan utilizar guías y protocolos internacionales, con los criterios que el Ministerio considere pertinente, teniendo en cuenta que estos protocolos, nacionalmente no se actualizan con la misma frecuencia y aun así el INVIMA otorga Registro Sanitario a los medicamentos innovadores (hablando en el mismo sentido, oncológico) que por obvias razones van a ingresar con protocolos o guías nuevas e innovadoras. También porque estas guías y protocolos internacionales actualizan indicaciones de medicamentos convencionales para otras patologías en las que ha resultado eficaz y seguro (documentación que ha sido referente para postular los UNIRS)</p>	<p>En vista de que los protocolos y guías nacionales no tienen la misma frecuencia de actualización que los internacionales, se ha evidenciado que las EPS bajo la normatividad que establece que solo se realiza atenciones con guías y protocolos emitidos por el Ministerio, pueden definir la no autorización de alternativas terapéuticas de pacientes; que en muchas ocasiones han escalado todas las líneas de tratamiento y no cuentas con más opciones de tratamientos.</p>	<p>El parágrafo 2 del artículo 21 del presente proyecto normativo es muy claro cuando describe que para la prescripción de medicamentos se deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, (subrayado nuestro), las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio, como Guías de Práctica Clínica (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); 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.</p> <p>También hace claridad en el sentido de que la disposición antes descrita no “...se establezca como una restricción a la autonomía profesional, sino como apoyo al proceso de buena práctica en la prescripción”.</p>
602	1	3/01/2020	202042300008282	María Isabel Reyes Ávila Directora de Contratación Vicepresidencia Jurídica	MEDIMAS EPS.	Proyecto Resolución Techos Régimen Contributivo	<p>Incluir segundo semestre del año 2019 en el cálculo de techos</p>	<p>En el caso de Medimás, donde se inició el proceso de recobros a partir del mes de octubre de 2017, el cálculo realizado por el Ministerio sólo tendría datos con información menor a dos años, por lo anterior en el segundo semestre del año 2019 la Entidad realizó mejoras al proceso destacando un mayor promedio que en la muestra tomado para el cálculo de la propuesta.</p>	<p>Respecto a la observación allegada a este Ministerio se aclara que el año de cálculo de las cantidades iniciales es 2018; sin embargo, el modelo tiene en cuenta información histórica de 2015 al primer semestre de 2019 con el objeto de capturar comportamientos históricos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La decisión de haber tomado como punto de corte la información correspondiente al primer semestre de 2019, fue sustentada en la posibilidad de mejorar la precisión de las estimaciones; esto al poder observar más información.</p> <p>De igual manera, es preciso indicar que el proceso que transcurre entre la prestación del servicio, el reporte de los agentes recobrantes, la consolidación por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y el envío a este Ministerio para su información, implica que la misma tiene necesariamente rezagos cuyos efectos son capturados por la estimación del IBNR (Incurred But Not Reported - Incurridos Pero No Reportados), el cual se desarrolla para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas, lo cual se traduce en la estimación de un valor desconocido; con ello se contempla el comportamiento de los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), independientemente de la Empresa Promotora de Salud (EPS) en la que se encuentran.</p> <p>Finalmente, se advierte que la información es precisa, válida y suficiente para efectos de la aplicación de la metodología propuesta en el proyecto de resolución, en razón a que las bases de datos muestran que al sexto mes de prestación del servicio se recobra (radica) cerca del 97% del valor respectivo; en otras palabras, los cálculos no arrojan un valor que difiera de la realidad.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
603	1	3/01/2020	202042300008292	John Jairo Delgadillo Guerrero PROFESIONAL IV - GERENCIA TÉCNICA / DIRECCION DE MEDICAMENTOS	NUEVA EPS	CAPITULO I, ARTICULO 21, PARAGRAFO 3.	Los productos con registro sanitario de alimentos o suplementos dietarios, que no tienen tipificación de APME, están explícitamente excluidos del Presupuesto Máximo Anual?	"El APME no financiado con cargo a la UPC deberá cumplir las siguientes condiciones para su prescripción: i) Estar registrado ante el INVIMA con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales..."	Para efectos del presente proyecto normativo y por ende para inclusión dentro de la metodología del cálculo de los valores de referencia de APME se tiene en cuenta la definición contenida en el numeral 1 del artículo 3 para Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME así: "corresponden 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, 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 se encuentran denominados de esta manera en su respectivo registro sanitario". (subrayado nuestro). Dicho lo anterior si el producto no tiene tipificación como APME no es vinculante a Presupuesto Máximo.	
604	2	3/01/2020	202042300008292	John Jairo Delgadillo Guerrero PROFESIONAL IV - GERENCIA TÉCNICA / DIRECCION DE MEDICAMENTOS	NUEVA EPS	CAPITULO I, ARTICULO 27	¿Las fórmulas magistrales que utilizan medicamentos de partida no incluidos en el anexo 3 del proyecto de resolución, podrán ser reconocidas y pagadas en los términos de la Resolución 1885 de 2018?	"Fórmulas magistrales. Las EPS definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman. En todo caso deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces."	El presente proyecto normativo considera, en el artículo 27, respecto de las fórmulas magistrales que las EPS definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman. En todo caso deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces.  Entonces, para que un principio activo pueda ser recobrado/cobrado a ADRES debe cumplir con las descripciones que se mencionan en el artículo 19 del presente proyecto normativo, según aplique.	
605	3	3/01/2020	202042300008292	John Jairo Delgadillo Guerrero PROFESIONAL IV - GERENCIA TÉCNICA / DIRECCION DE MEDICAMENTOS	NUEVA EPS	CAPITULO I, ARTICULO 30	¿Cuál será el papel de las secretarías distritales de salud, secretarías departamentales de salud y otras instituciones reguladoras del sector, facultadas para las actividades de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de la normatividad vigente?	"Actividades y procesos propios del Servicio farmacéutico. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces son responsables de garantizar que el manejo, conservación, dispensación, distribución de medicamentos o cualquier otro proceso definido por la normatividad vigente para el servicio farmacéutico..." "Parágrafo. 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 Único Reglamentario del Sector Salud número 780 de 2016 en lo correspondiente, o según la norma que lo adicione, modifique o sustituya."	La Resolución 1403 de 2007 es la norma que determina los criterios administrativos y técnicos generales del Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico y adopta el Manual de condiciones esenciales y procedimientos del Servicio Farmacéutico. Tal disposición, en el capítulo VI, precisa las competencias de Inspección, Vigilancia y Control según se trate de las Entidades territoriales de Salud, el INVIMA o la Superintendencia Nacional de Salud; respecto de estos servicios.  Se precisa entonces, que el presente proyecto normativo no hace ninguna modificación a las competencias de Inspección, Vigilancia y Control contempladas en la normatividad vigente, en especial en la Resolución 1403 de 2006.	
606	4	3/01/2020	202042300008292	John Jairo Delgadillo Guerrero PROFESIONAL IV - GERENCIA TÉCNICA / DIRECCION DE MEDICAMENTOS	NUEVA EPS	ANEXO 3, ID 18	El principio activo no tiene registros sanitarios con la forma farmacéutica relacionada.	ANEXO 3, LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO, ID 18	Se acepta la observación. Teniendo en cuenta su solicitud para el ID 18 ACIDO ACETICO - Tableta o cápsula vaginal, se informa que la forma farmacéutica será revisada y ajustada en caso de ser necesario.	
607	5	3/01/2020	202042300008292	John Jairo Delgadillo Guerrero PROFESIONAL IV - GERENCIA TÉCNICA / DIRECCION DE MEDICAMENTOS	NUEVA EPS	ANEXO 3, ID 668	Se sugiere revisión ya que no se cuenta con registros sanitarios vigentes para el principio activo y la forma farmacéutica del grupo relevante.	ANEXO 3, LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO, ID 668	Se acepta la observación. Teniendo en cuenta su solicitud para el ID 668 FLUTICASONA -Tableta o cápsula (inhalación), se informa que la pertinencia del Grupo Relevante será revisada y ajustada en caso de ser necesario	
608	6	3/01/2020	202042300008292	John Jairo Delgadillo Guerrero PROFESIONAL IV - GERENCIA TÉCNICA / DIRECCION DE MEDICAMENTOS	NUEVA EPS	ANEXO 5, SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, ID 6 AL 10	¿Qué características de los servicios complementarios fueron tenidas en cuenta para la conformación de los conglomerados – Cuidador?	ANEXO 5, LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, ID 6 AL 10	Dada la heterogeneidad de los servicios complementarios se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.	
609	7	3/01/2020	202042300008292	John Jairo Delgadillo Guerrero PROFESIONAL IV - GERENCIA TÉCNICA / DIRECCION DE MEDICAMENTOS	NUEVA EPS	ANEXO 5, SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, ID 11 AL 15	¿Qué características de los servicios complementarios fueron tenidas en cuenta para la conformación de los conglomerados – Pañales?	ANEXO 5, LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, ID 11 AL 15	Dada la heterogeneidad de los servicios complementarios se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
610	8	3/01/2020	202042300008292	John Jairo Delgadillo Guerrero PROFESIONAL IV - GERENCIA TÉCNICA / DIRECCION DE MEDICAMENTOS	NUEVA EPS	ANEXO 5, SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, ID 20 AL 24	¿Qué características de los servicios complementarios fueron tenidas en cuenta para la conformación de los conglomerados – Transporte/Alojamiento?	ANEXO 5, LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, ID 20 AL 24	Dada la heterogeneidad de los servicios complementarios se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.
611	9	3/01/2020	202042300008292	John Jairo Delgadillo Guerrero PROFESIONAL IV - GERENCIA TÉCNICA / DIRECCION DE MEDICAMENTOS	NUEVA EPS	ANEXO 5, SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, ID 25 AL 29	¿Qué características y cuáles de los servicios complementarios fueron tenidos en cuenta para la conformación de los conglomerados – Otros?	ANEXO 5, LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, ID 25 AL 29	Dada la heterogeneidad de los servicios complementarios se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.
612	10	3/01/2020	202042300008292	John Jairo Delgadillo Guerrero PROFESIONAL IV - GERENCIA TÉCNICA / DIRECCION DE MEDICAMENTOS	NUEVA EPS	Decreto 677 de 1995, artículo 72, parágrafo 4.	En el caso en el que la industria farmacéutica descontinúe los medicamentos incluidos en el anexo 3, para el canal institucional, autorizado para las transacciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud, según el artículo 72, parágrafo 4 del decreto 677 de 1995; pero continuando la comercialización por el canal comercial por lo que el registro sanitario Invima continuaría vigente. ¿Cómo las EPS garantizarán el suministro de dichas tecnologías a sus usuarios?	"Parágrafo 4º. Las etiquetas y empaques de los productos fabricados con destino a las entidades de previsión, asistencia o seguridad social y similares, deben llevar una leyenda que especifique tal condición o exclusividad."	Se advierte que el presente proyecto normativo define la metodología para el cálculo de los valores de referencia que se usan para el cálculo de los presupuestos máximos. La base de datos utilizados corresponde con los valores de recobro/cobro reportados por las EPS.  Los valores de referencia no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.
613	1	3/01/2020	202042300008302	Ivan David Cruz Vanegas Abogado	ACOPEL	Artículo 7. Presupuest o máximo para EPS que no tiene recobros/cobro.	Tener en cuenta que hay dos artículos 7, lo cuales su título son totalmente diferentes		Se acepta el comentario y se realiza el ajuste.
614	2	3/01/2020	202042300008302	Ivan David Cruz Vanegas Abogado	ACOPEL	Artículo 7. Del Presupuest o Máximo Anual de las vigencias siguientes	Este presupuesto se calcularía por el número de EPS que en el momento se encuentran vigentes o por la cantidad de pacientes que pueda atender? Porque si bien se establecería un máximo de sobre las que no tienen recobro, no se tendría en cuenta, cuantas seguirían funcionado el año siguiente	Se debe tener en cuenta que en estos momentos varias EPS por no decir muchas, se encuentran en proceso de liquidación y cierre, por ende aquellos pacientes que pertenecían a estas EPS serían trasladadas a otras y el valor máximo de estas otras no tendrían una equidad con las que atienden menos pacientes, es por eso que el presupuesto, sería más viable generarlo por capacidad de atención de pacientes, teniendo en cuenta sus patologías, porque hay tratamientos más costosos que otros.	El proyecto de resolución señala en la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado que, el cálculo para determinar el presupuesto máximo se realiza con base en las cantidades suministradas, en dicho sentido no es por persona. Se aclara que, el Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra.  Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo que, en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, en el caso de EPS liquidadas inclusive, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.
615	3	3/01/2020	202042300008302	Ivan David Cruz Vanegas Abogado	ACOPEL	Artículo 9. Definición del Presupuest o Máximo de la vigencia 2020 por cada EPS para el Régimen Contributivo .	Aunque en el documento es claro, en hacer referencias a que formulas, se debe calcular para definir el presupuesto del año 2020, es importante indicar que no se menciona como se calculará en los siguientes años o si se generara bajos la misma fórmula de acá en adelante	El riesgo que se tiene al solo dejar estipulado que es para fijar el presupuesto del año 2020, es que para los años siguientes pueden presentar vacíos y arrastrar los errores que haya, presentado durante su ejecución o en su defecto debería dejar que es una regla general y no para un solo año en específico.	Por una parte, el proyecto de resolución indica que el Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, cuando no se disponga de información sobre medicamentos y APME se ajustará con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Por otra parte, se agregará que el ajuste será según las cantidades reportadas en el módulo de facturación y suministros de MIPRES.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
616	4	3/01/2020	202042300008302	Ivan David Cruz Vanegas Abogado	ACOPEL	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo.	En el artículo hacen mención, que para que no se supere el máximo del presupuesto asignado la EPS realizara modelos de atención y formas de contratación, pero no mencionan cuanto es el tiempo que tienen para realizar esta gestión y estipular lo ordenado, ni tampoco sobre que parámetros se debe realizar, es muy abierto	Si no se estipula tiempos límites, en los cuales ya se debe contar, con los modelos indicados para su aplicación, la EPS seguirán burlando los sistemas de salud y de este modo afectar la calidad de atención, vulnerando el derecho a la salud y vida. Lo anterior se debe tener en cuenta que si se llegase a superar el límite, del presupuesto fijado y aun no se ha logrado cubrir el 100% de la atención, se presentaría un déficit crítico en la prestación del servicio.	Dados los comentarios se han introducido modificaciones para la no superación del presupuestos máximo como son: el desarrollo de indicadores de gestión o resultados en salud, traslados de asignaciones por el per cápita nacional y la posibilidad de que la EPS realice el seguimiento autónomo a la ejecución de su presupuesto. Con respecto a los ajustes por indicadores en salud, el ministerio elaborará la metodología para realizar el ajuste ex-post; el seguimiento será a partir de los reportes.	
617	5	3/01/2020	202042300008302	Ivan David Cruz Vanegas Abogado	ACOPEL	Artículo 16. Acceso.	Si bien es cierto que la EPS, deben gestionar, tramitar y garantizar, toda su prestación de servicio de manera idónea, adecuada y concertada con su red de prestadores, el darle la autonomía directa de realizar modelos y ellos mismos contratar y mas aunque la misma EPS se realice su propia auditoria sobre los gastos generados, sería una contravía a los que se busca con el presente proyecto, sería más viable determinar un ente idóneo de vigilancia, que en dado caso pueda realizar seguimientos periódicos garantizando de esta manera una buena fiabilidad.	Para garantizar el acceso a todos los servicios salud requeridos, por cada paciente y en general por toda la población, es necesario realizar una vigilancia sobre las EPS por un ente superior, pero no darle la facultad que ellas mismas hagan su auditoria, porque sería volver a lo mismo, si bien ellas tienes que tener su control interno, se debe garantizar que el presupuesto asignado se utilice en lo realmente necesario, para así evitar que se sigan presentando barreras de acceso interpuestas por las mismas EPS. De la misma manera y cuando se hace relación a que las EPS deberán crear modelos	El propósito del mecanismo consiste en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, puesto que las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados, en forma similar a como se realiza en UPC.	
618	6	3/01/2020	202042300008302	Ivan David Cruz Vanegas Abogado	ACOPEL	Artículo 20. Garantía de los demás Servicios y Tecnologías en salud.	El artículo menciona que el reconocimiento y pago se efectuara con lo señalado en la resolución 1885, esto significa recobros, se desconoce el término para que ADRES, reconozca estos valores el cual es muy importante.  Se debe establecer la ruta de control y vigilancia en lo concerniente a la efectividad de servicios prestados de estas tecnologías no financiadas con cargo al presupuesto máximo	Es muy importante se establezca el término de reconocimiento de recobro, ya que actualmente ADRES tiene cuentas atrasadas, lo que ocasiona la no prestaciones de servicios por parte de las entidades promotoras de salud.  Este tipo de servicios y tecnología que no se encuentran financiadas, son las que presentan mayor ineficiencia en la prestación, vulnerando el acceso real y efectivo a los pacientes	El presupuesto máximo no pretende modificar las reglas generales, más allá de los objetivos propios de la resolución. En tanto lo anterior, los términos y definiciones de la Resolución 1885 se mantienen, pero se deja que La Adres puede realizar ajustes, ver parágrafo del artículo 19: La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (La ADRES), determinará los procesos, procedimientos y auditorias para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo".  Por otra parte en relación con la efectividad de las tecnologías nuevas, en los artículos 18 y 19 se expresa que el IETS realizará las evaluaciones correspondientes, lo anterior sin prejuicios de la estrategia de puerta de entrada establecida en el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015.	
619	1	3/01/2020	202042300008312 2020423000026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	GENERAL	Cerca del 50% de la población afiliada en el régimen subsidiado, el presupuesto es de tan solo el 14,5% Vs. el presupuesto del RC.  Sin duda las limitaciones para el acceso a tecnologías NO PBS son evidentes para la población más pobre del país.  El Ministerio de Salud tendría que revisar esta metodología y hacer un cálculo real de las necesidades de los pacientes en todo el país, de cara a asegurar la cobertura universal y el derecho igualitario a la salud por parte de toda la población Colombiana.	La información oficial del Ministerio de salud dice que a noviembre de 2019 el número total de afiliados por régimen y el presupuesto asignado es:  REGIMEN CONTRIBUTIVO: 22.931.507 afiliados, \$ 3.635.986.134.556,00 presupuesto  REGIMEN SUBSIDIADO: 22.795.640 afiliados, \$ 528.544.943.490,00 presupuesto	En cuanto a su observación acerca de "revisar esta metodología y hacer un cálculo real de las necesidades de los pacientes en todo el país, de cara a asegurar la cobertura universal y el derecho igualitario a la salud por parte de toda la población Colombiana", es importante precisar que el Ministerio de Salud en virtud de la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, en la que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente (mecanismo de protección individual y mecanismo de protección colectiva), el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para garantizar el derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.  El propósito de la mencionada disposición normativa (artículo 240) consiste, entonces, en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos de protección colectiva e individual, se fortalece la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.  El presupuesto prospectivo considera entonces: i) los Valores Máximos de Recobro/cobro –VMR (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas y vi) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas que no han sido reportadas). Además, es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES. El presupuesto prospectivo se fija entonces para el conjunto de tecnologías que pueden ser predecibles, que fueron observadas en años anteriores.  Es importante resaltar que la iniciativa contenida en el artículo 240, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) la profundización de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la ley 1955).  Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas con respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.  Acerca de su comentario sobre "Cerca del 50% de la población afiliada en el régimen subsidiado, el presupuesto es de tan solo el 14,5% Vs. el presupuesto del RC. (...) Sin duda las limitaciones para el acceso a tecnologías NO PBS son evidentes para la población más pobre del país. (...)", dentro del marco de sus competencias establecidas en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, sobre SANEAMIENTO FINANCIERO DEL SECTOR SALUD EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES, La ADRES tiene previsto asumir el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado, siendo el Presupuesto Máximo el mecanismo complementario a través del cual se asumirá a futuro el financiamiento de estos servicios. Este nuevo mecanismo de Presupuestos Máximos, contará con el seguimiento y monitoreo de recursos desde las EPS hasta las IPS y proveedores de tecnologías en salud, con el propósito de garantizar la atención oportuna e integral de los usuarios.  Conforme lo anterior, la propuesta avanza a que las tecnologías en salud sean gestionadas de forma integral y en la práctica se incentiva a los agentes a cambiar la forma de contratar, gestionar y garantizar el derecho se profundiza. Por tanto, se considera que su propuesta es superada por lo planteado en el mecanismo de presupuestos máximos del proyecto de resolución, y da espacio a evaluar lo que suceda en el futuro y se constituye la anualidad en una transitoriedad.	



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
620	2	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	CONSIDERANDO	<p>El borrador de Resolución indica que “para mitigar el riesgo asociado a la gestión de estos servicios y tecnologías, las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros. En ningún caso, el cumplimiento del Presupuesto Máximo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio” adicionalmente señala “que la ADRES remitió al Ministerio de Salud y Protección Social la información histórica de los valores recobrados o cobrados durante las vigencias 2015 a 2019 en el régimen contributivo, con corte a junio de 2019, y analizada esta, se estableció que el Presupuesto Máximo a implementar para servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC corresponde al de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios, recobrados o cobrados en el Régimen Contributivo”.</p>	<p>Es motivo de revisión, dado que el presupuesto máximo (anexo 6) sugiere un total de 3.6 Billones de pesos para la vigencia 2020. No obstante, en presentaciones previas realizadas por el Ministerio de Salud sobre el histórico de recobros asociados a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC en el régimen contributivo se estimaba en 4.4 Billones de pesos para 2018, en ese sentido, si el cálculo de presupuesto máximos contempló un período más amplio (2015 – junio 2019), no es claro por qué se presenta un déficit de al menos 0,8 Billones de pesos. Dado el enfoque de la presente resolución el cual es el control financiero de los recursos, las EPS y EOC podrán tomar medidas restrictivas que en la práctica limitarán el acceso a las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC. NO hay elementos claros en la resolución que aseguren los mecanismos de control de parte del estado para eliminar este riesgo. Este aspecto es el más relevante a revisar dado que iría en contravía de Derecho fundamental a la salud establecido en la constitución colombiana y ratificado por sentencias de la corte constitucional. Es necesario dejar explícito la forma como se medirán indicadores de salud y como hacer seguimiento a las restricciones al acceso que se puedan ocasionar por falta de presupuesto.</p>	<p>Con relación a sus observaciones sobre “(...) no es claro por qué se presenta un déficit de al menos 0,8 Billones de pesos (...)”, que a su juicio podrían generar “medidas restrictivas que en la práctica limitarán el acceso a las tecnologías”, y su percepción de “NO hay elementos claros en la resolución que aseguren los mecanismos de control”, es importante aclarar que no es cierto que se presente un déficit de al menos 0,8 Billones de pesos, ya que el cálculo de los presupuestos máximos debe contener, según el artículo 5 de la ley 1966 de 2019, un componente de gestión a cargo de las EPS, para lograr la eficiencia de estos recursos del el sistema, aspecto que se desarrolló en la metodología de cálculo, incluyendo en el cómputo este ajuste, a través de los valores de Referencia.</p> <p>La información tomada para el cálculo de valor de referencia corresponde a los reportes realizados (base SII_MYT) por las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y las demás entidades recobrantes por la prestación de tecnologías no incluidas en el PBSUPC, esta medida no se constituye per se en una regulación de precios por cuanto para efectos del cálculo respectivo, dichos valores tienen en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene hasta el suministro, dispensación y pago de la respectiva tecnología (incluye además, el valor del dinero en el tiempo, entre otros).</p> <p>Tampoco es cierta la limitación al acceso de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC; ya que las condiciones para los profesionales de la salud y las IPS no han cambiado y pueden seguir operando como lo han venido haciendo, el cambio radica en el incentivo a la mayor eficiencia y gestión para las EPS, por lo que dando aplicabilidad a los postulados constituciones y legales, en especial la Ley 1751 de 2015 y el propio artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, resulta claro que en ningún caso el cumplimiento del Presupuesto Máximo puede afectar la prestación del servicio de salud.</p> <p>Ahora bien, respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondra de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>Finalmente, en cuanto a su propuesta de incluir indicadores de gestión clínicos y resultados en salud por usuario, inicialmente este Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, con el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
621	3	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	GENERAL	Las bases de datos de medicamentos (identificadas como "Bases de datos presupuestos máximos - 2019" en el link <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> ) para poder evaluar el modelo econométrico propuesto en el proyecto de resolución de presupuestos máximos fueron dadas a conocer el 26 de diciembre de 2019, con lo cual sumado al corto plazo para poder evaluar la robustez y representatividad del modelo (r2, r2 ajustado, valor p, errores residuales, test de validación de los modelos, etc), se identifica que las bases de datos no contienen información de precios, lo cual hace imposible realizar las estimaciones señaladas que permitirían por transparencia validar la solidez metodológica del modelo, sus estimaciones y los supuestos que lo sustentan. Se señala que por método, las variables de calidad técnica del modelo deberían ser parte del anexo técnico, pero se desconocen, no solo en el agregado, sino en la evaluación del mismo		<p>Respuesta 3.</p> <p>En cuanto a su observación respecto del "corto plazo para poder evaluar la robustez y representatividad del modelo", considerando varias apreciaciones similares, el plazo para recibir las observaciones fue extendido. De otra parte, en aras de la transparencia y legitimidad, el Ministerio de Salud publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>, subsitio Otros Estudios. De otra parte, para efectos del modelo econométrico, no se requieren los valores delta (variaciones).</p> <p>Con respecto a "las moléculas que empezaron a ser comercializados en 2019", se revisaron los medicamentos que no se encontraban reportados en los años anteriores, pero sí a junio de 2019, y se llevaron como parte de la cantidad inicial. El modelo econométrico establece las cantidades y su variación, delta, que tendrían en el 2020 y no tiene como objetivo establecer valores.</p> <p>La información de valores se encuentra en el anexo 3, listado de los valores de referencia de los medicamentos utilizados como referente para el cálculo del presupuesto máximo, y su cálculo está descrito en el anexo 2, metodología para la determinación del valor de referencia para los grupos relevantes de medicamentos y alimentos para propósito medico especial, APME.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
622	4	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 3. Definiciones 21. Valor de Referencia (VR): corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC establecido en las circulares de control de precios para los medicamentos regulados por control directo (PRI), definidos por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM a su vez, los medicamentos que no cuenten con PRI pero si con VMR, este sería su valor de referencia, en ningún caso el valor podrá ser inferior a estos valores ya referidos.	Se propone el cambio de redacción: 21. Valor de Referencia (VR): corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC establecido en las circulares de control de precios para los medicamentos regulados por control directo (PRI), definidos por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM a su vez, los medicamentos que no cuenten con PRI pero si con VMR, este sería su valor de referencia, en ningún caso el valor podrá ser inferior a estos valores ya referidos.	Estos medicamentos ya fueron sometidos a control de precios por Circular 03 o VRM y debe ceñirse a la normatividad vigente. Insistimos en la necesidad de que el Ministerio de salud no genere confusiones en el mercado, incluyendo el mismo medicamento en las Circulares de PRI y en resoluciones de VMR. A pesar de reiteradas solicitudes persiste esta doble regulación o control de precios que genera serias confusiones en el mercado. Solicitamos una vez mas que los medicamentos y tecnologías incluidas en PRI no sean objeto de VMR.	.Respuesta 4.  Referente a su propuesta de modificación de la definición de Valor de Referencia (VR), la misma no es procedente por cuanto, en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos éste Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado, no realiza fijación del VMR y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  En cuanto a la regulación de precios de medicamentos por parte de la CNPMDM, éste órgano fijó los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.
623	5	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Para el caso de Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios correspondiente al percentil xx de los valores promedio recobrado/obrado, contenidos en el anexo 5.	No es claro el percentil que será tomado para el calculo del valor de referencia, dado que aparece en el articulado como "percentil xx".		Respuesta 5.  En atención a su solicitud de aclarar el "percentil xx", tomado para el cálculo del valor de referencia, el mismo será incorporado en el articulado del proyecto de resolución.  Ahora bien, vale precisar que el valor de referencia calculado no es una tarifa y obedece al primer cuartil, correspondiente al percentil 25 de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recobradas.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
624	6	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo	El Ministerio de salud debería usar una metodología prospectiva basada en incidencias y prevalencias para calcular de manera técnica la real necesidad de estas tecnologías en más de la mitad de la población afiliada. No hacerlo dará origen a serios problemas de restricciones en el acceso que queremos advertir desde ya.	Es de público conocimiento que la información sobre recobros/Cobros en las EPS de Régimen subsidiado presentan serios déficit e inconsistencia y además un histórico permanente de negaciones, rechazos y no entrega de medicamentos y tecnologías no financiadas con recursos de UPC a esta población, que no quedan en reporte alguno. Esto sin duda hace prever que la base con la cual se va a calcular el presupuesto máximo a estas EPS es totalmente deficiente, lo cual dará lugar a serio déficit de presupuesto.	<p>En atención a sus observaciones planteadas en cuanto a "usar una metodología prospectiva basada en incidencias y prevalencias", en principio debe señalarse que en el proyecto de resolución se encuentra descrita ampliamente el modelo econométrico prospectivo, que tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. En esta información de vigencias consolidadas, se documenta el histórico de uso de servicios independientemente de las entidades involucradas incorporándose en el análisis el comportamiento incidente y prevalente de las tecnologías en salud, con lo cual la estimación de Presupuestos Máximos, contempla de manera indirecta estos aspectos.</p> <p>Así mismo, como otra medida de estimación prospectiva, en la metodología, se establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas.</p> <p>Además, hay que tener en cuenta que el Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto, se realizará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>Respecto a su observación relacionada con la información del Régimen Subsidiado, y tomando en cuenta el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS por las Entidades Territoriales y Entidades Promotoras de Salud que operan en dicho régimen, correspondiente a las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019, conformándose una base final de servicios recobrados, que incluye para el cálculo del presupuesto máximo los valores reportados con la totalidad de la prestación del servicio (insumos, dispositivos médicos, etc.) por cada uno de los códigos existentes.</p> <p>Ahora bien, en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, sobre SANEAMIENTO FINANCIERO DEL SECTOR SALUD EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES, La ADRES tiene previsto asumir el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado, siendo el Presupuesto Máximo el mecanismo complementario a través del cual se asumirá a futuro el financiamiento de estos servicios. Este nuevo mecanismo de Presupuestos Máximos, contará con el seguimiento y monitoreo de recursos desde las EPS hasta las IPS y proveedores de tecnologías en salud, con el propósito de garantizar la atención oportuna e integral de los usuarios.</p> <p>Conforme lo anterior, la propuesta avanza a que las tecnologías en salud sean gestionadas de forma integral y en la práctica se incentiva a los agentes a cambiar la forma de contratar, gestionar y garantizar el derecho se profundiza. Por tanto, se considera que su propuesta es superada por lo planteado en el mecanismo de presupuestos máximos del proyecto de resolución, y da espacio a evaluar lo que suceda en el futuro y se constituye la anualidad en una transitoriedad.</p>
625	7	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo	Incluir en la metodología un análisis cuantitativo de la población que no ha podido tener acceso oportuno al Sistema de Salud y que debería estar incluida en el presupuesto de Techos. Para esto, se sugiere como fuente de información las peticiones, quejas y reclamos realizados ante la Supersalud.	El análisis de siniestralidad no refleja la realidad del país, por lo cual se debe asegurar que los Techos propuestos de presupuesto sea suficiente acorde con la demanda en Colombia.	<p>Respuesta 7.</p> <p>Conforme a sus observaciones sobre "incluir como fuente de información las peticiones, quejas y reclamos realizados ante la Supersalud" y que el "análisis de siniestralidad no refleja la realidad del país", es importante reiterar lo señalado en las respuestas 1 y 6 en cuanto a que la metodología de Presupuestos Máximos del proyecto de resolución, se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información reportada por las EPS a la ADRES, la cual corresponde a la mejor disponible.</p>
626	8	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo	Realizar el cálculo de Presupuesto Máximo en el régimen subsidiado mediante el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS, aumenta el riesgo sobre las inequidades existentes que padece la población afiliada a este régimen (Pág. 13, Informe rendición de cuentas 2018, MSPS). Dada la falta de sincronía entre la cantidad y el reporte de información entre las dos plataformas de reporte No PBS, se debería calcular teniendo en cuenta el valor per cápita del régimen contributivo con un perfil de riesgo comparable, dejando un tiempo de transitoriedad, que permita calibrar con datos de cada EPS del régimen subsidiado.	<p>La Defensoría del pueblo en 2018 en su informe de tutelas en salud, mostró que 81,3% de las tutelas fueron por servicios contenidos en PBS. Lo cual genera preocupación, debido al alto porcentaje de acciones legales para el acceso a tecnologías en salud que están en la protección colectiva, siendo un proxy de inequidad en el acceso de tecnologías no PBS. (<a href="https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-lasalud-2018.pdf">https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-lasalud-2018.pdf</a>)</p> <p>"La muestra estuvo conformada por tutelas distribuidas así: al régimen contributivo le fueron interpuestas el 39,19 por ciento de las acciones, al subsidiado el 48,15 por ciento y a otros regímenes el 12,66 por ciento. La información fue recolectada durante los años 2018 y 2019" (<a href="https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-lasalud-2018.pdf">https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-lasalud-2018.pdf</a>)</p> <p>En la misma línea, el MSPS en su informe de gestión 2018, manifiesta "Las inequidades existentes entre los regímenes contributivo y subsidiado y la falta de una actualización integral del plan de beneficios habían sido advertidas por distintos estamentos sociales y estatales, incluida la Corte Constitucional. " (<a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-informegestion-2018.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-informegestion-2018.pdf</a>)</p> <p>El INS ha reportado: "Se</p>	<p>Respuesta 8. Respecto a su observación sobre "Realizar el cálculo de Presupuesto Máximo en el régimen subsidiado mediante el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS, aumenta el riesgo sobre las inequidades existentes que padece la población afiliada a este régimen (...)" vale reiterar lo señalado en la respuesta 6 en cuanto a indicar que para la estimación de los Presupuestos Máximos del Régimen Subsidiado, se estructuró la mejor información disponible tomando el reporte de información realizado a través de la plataforma PISIS directamente por las Entidades Territoriales y Entidades Promotoras de Salud que operan en dicho régimen (vigencias 2015, 2016, 2017, 2018, corte a junio 30 de 2019). Esta información recibida de primera mano, contiene entonces los servicios recobrados (tutelas inclusive) e incluye los valores reportados con la totalidad de la prestación del servicio (insumos, dispositivos médicos, etc.).</p> <p>En cuanto a su propuesta de " (...) calcular teniendo en cuenta el valor per cápita del régimen contributivo con un perfil de riesgo comparable, dejando un tiempo de transitoriedad, que permita calibrar con datos de cada EPS del régimen subsidiado (...)", la misma no es procedente toda vez que como se aclaró, ya se dispone de la información necesaria para realizar la estimación de Presupuestos Máximos para el régimen subsidiado, además, en caso de requerirse, es posible dar aplicación a lo dispuesto en el numeral 3. del Artículo 13., del proyecto de resolución, sobre No superación del Presupuesto Máximo., donde se contemplan medidas que le permiten a las EPS solicitar la revisión o ajuste del Presupuesto Máximo.</p> <p>Ahora bien, en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, sobre SANEAMIENTO FINANCIERO DEL SECTOR SALUD EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES, La ADRES tiene previsto asumir el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado, siendo el Presupuesto Máximo el mecanismo complementario a través del cual se asumirá a futuro el financiamiento de estos servicios. Este nuevo mecanismo de Presupuestos Máximos, contará con el seguimiento y monitoreo de recursos desde las EPS hasta las IPS y proveedores de tecnologías en salud, con el propósito de garantizar la atención oportuna e integral de los usuarios.</p> <p>Conforme lo anterior, la propuesta avanza a que las tecnologías en salud sean gestionadas de forma integral y en la práctica se incentiva a los agentes a cambiar la forma de contratar, gestionar y garantizar el derecho se profundiza. Por tanto, se considera que su propuesta es superada por lo planteado en el mecanismo de presupuestos máximos del proyecto de resolución, y da espacio a evaluar lo que suceda en el futuro y se constituye la anualidad en una transitoriedad.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
627	9	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado	Hacer una modelación de ejemplo en Excel de la implementación del Modelo con diferentes Tecnologías (Enfermedades Crónicas, Enf Huérfanas, Alto Costo, Cáncer).	Con el fin de transparentar la metodología y las fórmulas incluidas en el proyecto de Resolución, consideramos relevante que el Ministerio incluya una herramienta de ejemplo utilizando Excel que es de fácil acceso y entendimiento para todos los actores; y que así mismo sea aplicado el ejemplo con diferentes tecnologías. Esto debe ser parte de la Ficha Técnica.	Respuesta 9.  En atención a su solicitud, la misma no es procedente, por cuanto la información necesaria para replicar la metodología del modelo Econométrico (paso a paso) se encuentra disponible en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> .  Vale mencionar que las bases de datos utilizadas, superan los 30 millones de registros, volumen de datos cuyo procesamiento no es tolerable por los programas de hojas de cálculo tradicionales, como Excel.
628	10	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art 6, punto ii.	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 el	Las EPS tienen 3 años para presentar facturas, por lo que también pueden faltar facturas 2017.  Se solicita conocer el % de datos faltantes y el n total de cada grupo relevante.	Respuesta 10. En consideración a sus comentarios relativos a la metodología contenida en el proyecto de resolución para Medicamentos y Alimentos con Propósito Médico Especial, y al periodo de 3 años que tiene las EPS para presentar facturas, se reitera la precisión realizada en respuestas anteriores, donde se aclara que el método Chain-Ladder se utilizó específicamente para el cálculo de las cantidades ajustadas a incluir en el Presupuesto Máximo, 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 (2018, con corte a junio de 2019).  Así, se calcula el recobro tardío (IBNR) con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado. Con esta estimación incorporada al cálculo, se contemplaría el “% de datos faltantes” aludido en su comentario; el porcentaje del IBNR es del 1,1%.  Sobre su segunda solicitud de información, es importante señalar que dentro de las bases de datos publicadas por el Ministerio, se encuentra el n total de cada grupo relevante, el cual corresponde a las UMC definidas para cada uno de estos grupos relevantes.
629	11	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República en el evento que no se disponga de información del	El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en la inflación del último año publicada por el DANE. Adicionalmente, se tendrán en cuenta los comportamientos epidemiológicos de la población.	La meta de inflación históricamente ha sido del 3%. Sin embargo, en los últimos años esta meta no se ha cumplido y ha estado por encima de este valor por lo tanto ajustar por el valor medio del rango de la meta de inflación no es una medida que se ajuste a la realidad de la economía colombiana. El ajuste estaría subestimado teniendo en cuenta el comportamiento 2019. Sumado a lo anterior, recomendamos revisar la recomendación de IETS en evaluaciones económicas donde el valor de ajuste es superior (5%), con base en criterios económicos.	Respuesta 11. Sobre su observación al Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, en particular la relativa al mecanismo de ajuste del mismo, el Ministerio tiene previsto incorporar como ajustadores sobre los cuales se basará el Presupuesto Máximo, al punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República para los valores de referencia, PRI, valores máximos o valores promedio de las EPS, siempre y cuando no supere los VR; y, al reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES.  De igual manera, en el evento que no se disponga de información del suministro y valores de los servicios y tecnologías en salud objeto del presente acto administrativo y para cada Grupo Relevante el Ministerio de Salud y Protección Social calculará el Presupuesto Máximo con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Así mismo, La ADRES para financiar posibles contingencias y desviaciones futuras descontará un 2.5% del valor del Presupuesto Máximo de la EPS que no envíe la información respectiva.  De otra parte, debe tener en cuenta que los Valores de Referencia (VR) no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es exclusivo para efectos del cálculo de Presupuestos Máximos de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno.  El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas. El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitiría el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta.  Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.  En cuanto a su sugerencia de “ (...) recomendamos revisar la recomendación de IETS en evaluaciones económicas donde el valor de ajuste es superior (5%), con base en criterios económicos.”, es importante aclarar que para efectos de Presupuestos Máximos se deben tomar siempre las proyecciones macroeconómicas arriba enunciadas. Las evaluaciones del IETS manejan supuestos económicos diferentes para dichas fuentes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
630	12	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes.	<p>El artículo señala que: “El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República en el evento que no se disponga de información del suministro de los medicamentos, ...”.</p> <p>Al respecto surgen dos observaciones:</p> <p>1. Cuál es la justificación para hacer el ajuste por el “punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República”?, y 2. Cómo se hace el ajuste si existen datos de suministro de medicamentos y como se valida su utilidad?</p>	<p>El objetivo de la meta de inflación es parte de la política monetaria del Banco de la República donde se define un esquema de inflación objetivo, no es su objetivo el ajuste por pérdida de poder adquisitivo, por lo cual se estaría utilizado una variable proxy, en lugar de utilizar el valor observado y publicado por el Banco de la República. La inflación total, o inflación observada mide la evolución del costo promedio de una canasta de bienes y servicios representativa de consumo final, expresado en relación con un periodo base. (<a href="https://www.banrep.gov.co/es/esta-disticas/inflacion-total-y-meta">https://www.banrep.gov.co/es/esta-disticas/inflacion-total-y-meta</a>) En la gráfica se puede observar que aunque se tiene un control dentro de la banda estimada del 1% de la meta, la mejor forma de hacer el ajuste es por la inflación observada.</p>	<p>Respuesta 12. En atención a la inquietud planteada en su comentario, respecto con: “1. Cuál es la justificación para hacer el ajuste por el “punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República”?, debe precisarse que tal ajuste se realiza considerando que los Valores de Referencia (VR) no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es exclusivo para efectos del cálculo de Presupuestos Máximos de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno.</p> <p>El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas. El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitiría el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta.</p> <p>Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>De otra parte, sobre la inquietud de: “2. Cómo se hace el ajuste si existen datos de suministro de medicamentos y como se valida su utilidad?”, tal como se ha mencionado, el proyecto de resolución tiene prevista la implementación de la actualización de los presupuestos máximos, principalmente a través del ajuste de los Valores de Referencia (VR).</p>
631	13	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes.	<p>El ajuste para las vigencias futuras debe tener en cuenta la caracterización e identificación de nuevos pacientes en las diferentes cohortes, prevención, la carga de enfermedad y el perfil de riesgo en salud de la población de cada asegurador. Hacerlo únicamente por IPC, desconoce las necesidades de uso de tecnologías no PBS, la siniestralidad de los pacientes, la movilidad de pacientes entre aseguradores y regímenes, entre otras.</p>	<p>Se soporta esta solicitud conforme al firme propósito de fortalecer la gestión del riesgo, lo cual involucra el fortalecimiento de la caracterización de pacientes y la identificación temprana de nuevos pacientes, estas desviaciones pueden estar por encima de un 7% según el tipo de cohorte. Además de desconocer los costos de carga de la enfermedad de pacientes alto costo que son trasladados entre aseguradores.</p>	<p>Respuesta 13. Debe advertirse sobre este comentario, que el proyecto de resolución de manera alguna plantea realizar el incremento del Presupuesto Anual de las vigencias siguientes considerando exclusivamente el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República, como quiera que se dispone de varias estrategias de ajuste de cantidades y valores del presupuesto máximo,dentro de las cuales se encuentran:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ajustar en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República para los valores de referencia, PRI, valores máximos o valores promedio de las EPS, siempre y cuando no supere los VR, en el caso de no contar con información.</li><li>2. Tener en cuenta el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES.</li><li>3. El proyecto de resolución también contempla artículos sobre “Deber de Información” y “Trámite de la información”, al interior de los cuales se dispone la obligación para las EPS de suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio la información según lo determinen estas últimas.</li><li>4. La ADRES deberá definir, en desarrollo del artículo sobre “Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos”, los procesos y reglas de auditoría a que haya lugar sobre la información reportada para tal efecto.</li><li>5. Así mismo, el Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución que el presupuesto máximo pueda ajustarse en razón al cumplimiento de indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post que para el efecto establezca el Ministerio, buscando incentivar el logro de resultados en salud.</li><li>6. El proyecto de resolución dispone en el artículo denominado como “Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente”, de medidas de ajuste debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, reconociéndole a las EPS el valor correspondiente para la atención de lo cubierto por el mecanismo. Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.</li><li>7. Finalmente, se tiene lo dispuesto en el artículo sobre “No superación del Presupuesto Máximo”, donde se contemplan medidas que le permiten a las EPS solicitar la revisión o ajuste del Presupuesto Máximo.</li></ol>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
632	14	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 7. Del Presupuesto o Máximo Anual de las vigencias siguientes.	<p>No es lógico que el presupuesto del sector salud se ajuste solo en la mitad del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República, pues presupone una gradual reducción del presupuesto, cuando por el contrario crece el envejecimiento de la población y las necesidades incrementales de tecnologías en salud son ascendentes. En esta medida se solicita al Ministerio de Salud que considere seriamente que el presupuesto debería estar incluso por encima de la meta de inflación establecida por el Banco de la República, o mínimo en línea. En contraste, el ajuste para las vigencias futuras debe tener en cuenta la caracterización e identificación de nuevos pacientes en las diferentes cohortes, prevención, la carga de enfermedad y el perfil de riesgo en salud de la población de cada asegurador. Hacerlo únicamente por IPC, desconoce las necesidades de uso de tecnologías no PBS, la siniestralidad de los pacientes, la movilidad de pacientes entre aseguradores y regímenes, entre otras.</p>	<p>Se soporta esta solicitud conforme al firme propósito de fortalecer la gestión del riesgo, lo cual involucra el fortalecimiento de la caracterización de pacientes y la identificación temprana de nuevos pacientes, estas desviaciones pueden estar por encima de un 7% según el tipo de cohorte. Además de desconocer los costos de carga de la enfermedad de pacientes alto costo que son trasladados entre aseguradores.</p> <p>La propuesta de ajuste de presupuesto en el segundo semestre del año, se realiza con el fin de reconocer el buen trabajo de las EPS /EOC que no solo logren un adecuado suministro de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC, sino que además se castigue de alguna manera a aquellas que no hagan buen uso del mismo o que incorporen barreras injustificadas para limitar el acceso de la población a dichas tecnologías.</p>	<p>Respuesta 14. Las observaciones planteadas en este comentario en referencia con que "(...) No es lógico que el presupuesto del sector salud se ajuste solo en la mitad del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República (...)", fueron absueltas en las respuestas 12 y 13, reiterándose entonces lo allí mencionado.</p> <p>Adicionalmente, sobre su aseveración en cuanto que "(...) el ajuste para las vigencias futuras debe tener en cuenta la caracterización e identificación de nuevos pacientes en las diferentes cohortes, prevención, la carga de enfermedad y el perfil de riesgo en salud de la población de cada asegurador (...),debe señalarse que el riesgo derivado de tales aspectos debe ser atendido a través del mecanismo de protección colectiva (PBS-UPC), no obstante, también debe considerarse que para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información de prescripción histórica atendida a través de MIPRES, al interior de la cual se encuentran inmersos los diagnósticos relacionados con la carga de enfermedad.</p> <p>Finalmente, respecto de su comentario sobre el "(...) propósito de fortalecer la gestión del riesgo, lo cual involucra el fortalecimiento de la caracterización de pacientes y la identificación temprana de nuevos pacientes, estas desviaciones pueden estar por encima de un 7% según el tipo de cohorte. (...)", resultaría valioso conocer la fuente que presenta tales variaciones del 7%. De otra parte, vale recordar que dentro de la normatividad vigente ya se contempla la gestión del riesgo de las EPS, específicamente en los artículos 14 de la Ley 1122 de 2017 y 2.5.2.3.1.1 del Decreto 780 de 2016, por consiguiente el proyecto de resolución en comento, no desconoce ni exime de esta responsabilidad a las EPS, por lo contrario brinda elementos para una adecuada gestión del riesgo en salud a través de la asignación de presupuestos máximos. Así, las EPS dispondrán de herramientas como modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, el establecimiento de guías o protocolos en forma conjunta con las redes de prestación de servicios de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud. Adicionalmente se establecen otros elementos para no superar el presupuesto máximo como el Mecanismo Financiero y de Seguros, que sirven para mitigar el riesgo asociado a la gestión del Presupuesto Máximo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
633	15	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 8. Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente. El Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual. Para determinar el Presupuesto Máximo que se	No es claro el momento exacto en el que se hará el ajuste del presupuesto. En la vida real las EPS que entran en liquidación presentan una serie de fallas e inconsistencias en el suministro de atención y entrega de tecnologías no cubiertas con la UPC. Es por ello que se presupone que este valor será insuficiente para cubrir una población a la que no se han suministrado servicios satisfactoriamente. En ese orden, se solicita que el cálculo del presupuesto per cápita no se realice sobre la EPS origen, sino sobre el de la EPS destino. Solo así se puede asegurar que los afiliados que se trasladen a una EPS que está prestando buenos servicios mantengan ese nivel y no se desmejore por recibir población mal atendida con un per cápita más bajo. El ajuste percapita por grupo etario es insuficiente, este "ajuste de riesgo" sin incluir ajuste por carga de enfermedad, no reconoce la carga adicional por	El ajuste per cápita por grupo etario es insuficiente, este "ajuste de riesgo" sin incluir ajuste por carga de enfermedad, no reconoce la carga adicional por	Respuesta 15. En cuanto a sus planteamientos relativos a que "El Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra (...)" y con respecto a su solicitud de "que el cálculo del presupuesto per cápita no se realice sobre la EPS origen, sino sobre el de la EPS destino (...)", vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.  El per cápita asignado alimentará el Presupuesto Máximo de la EPS destino durante esa vigencia, quedando entonces a cargo de la EPS destino el manejo de estos recursos, para lo cual EPS deben observar las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, ajustándose a sus costos de producción, en procura de la eficiencia de los recursos del Presupuesto Máximo por EPS.
634	16	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 9. Definición del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 por cada EPS para el Régimen Contributivo	No hay un artículo que especifique los mismos parámetros para el régimen subsidiado, solicitamos que se hagan explícitos.		Respuesta 16. En atención a su observación acerca de que "los mismos parámetros para el régimen subsidiado, solicitamos que se hagan explícitos", el Ministerio tiene previsto incorporar en un mismo proyecto de acto administrativo, la metodología para la definición del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 para los dos regímenes.  En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS.  En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
635	17	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia a de los presupuestos máximos. 6. Los ingresos de la cuenta maestra no podrán superar el monto autorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social por concepto de presupuesto máximo.	En el artículo 10, literal 6 se limitan los ingresos de la cuenta maestra al presupuesto máximo, lo cual va en contra del artículo 13 numeral 1 que establece la posibilidad de ajuste del monto asignado a las EPS previa justificación del mismo, de acuerdo al riesgo determinado.		Respuesta 17. Acerca de su observación del Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos, se informa que se determinó eliminar este artículo del proyecto de resolución.
636	18	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art 12. Transferencia del Presupuesto Máximo. Parágrafo: A partir del segundo año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS.	Dado que el Ministerio de salud va a transferir el presupuesto directamente a las EPS/EOC, ¿cómo va a garantizar el adecuado flujo de recursos a los demás agentes del mercado? En el caso de proveedores de servicios y/o proveedores de medicamentos cómo se va a asegurar que las EPS paguen oportunamente a los demás agentes de la cadena de suministro? En el año 2, las EPS recibirán no un 100% sino un 95% de su presupuesto máximo de acuerdo a la redacción. Por dicha razón, solicitamos considerar un presupuesto adicional equivalente al porcentaje requerido para el manejo de contingencias o desviaciones de los presupuestos máximos de las EPS.		<p>Respuesta 18. Sobre su inquietud relacionada con el "¿cómo va a garantizar el adecuado flujo de recursos a los demás agentes del mercado?", para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondra de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>En cuanto a su observación atinente al artículo 12, que trata sobre la "Transferencia del Presupuesto Máximo.", dicho artículo será modificado eliminándose el parágrafo donde se planteaba una apropiación del 5% para contingencias, para proponer que en su lugar, La ADRES transferirá a las EPS el 100% los recursos del Presupuesto Máximo dentro de la vigencia fiscal respectiva, de forma mensual y proporcional dentro de los 10 (diez) primeros días del mes según corresponda. En esta transferencia mensual, La ADRES tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
637	19	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	CAPITULO II. TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo – Literal 2	"En el evento que existan recursos disponibles sobre los recursos devueltos o transferidos a la ADRES, una vez cubiertos las contingencias o desviaciones de los presupuestos máximos, La ADRES transferirá el 60% de dichos recursos a las EPS según corresponda o en forma proporcional al valor total transferido, cada tres años. Las EPS que hayan sido beneficiarias de los recursos del presente numeral no participaran en la transferencia de los recursos disponibles. El 40% restante alimentará los recursos para financiar contingencias y desviaciones en cada vigencia, ello para financiar posibles riesgos de superación de los Presupuestos Máximos, así como para financiar las tecnologías prevista en el artículo 20 de la presente resolución, y así sucesivamente".	El proyecto de resolución no es claro en la forma como se estimaría el ahorro, lo cual debe ser trazable en la cadena. No obstante, en términos de garantizar sostenibilidad, lo cual no es generar contención del gasto, sino hacer un uso eficiente del recurso garantizando el derecho fundamental a la salud; este tipo de medidas donde el 40% del "ahorro" queda en el asegurador sin que se asigne al mismo por cumplimiento de metas en salud, sino exclusivamente metas de contención de gasto, se configura en un incentivo perverso en el sistema que sumado a lo previamente explicado, puede tener impactos negativos en la calidad de la atención y más negaciones de servicios, dado que el estímulo descrito no está ligado a la eficiencia sino a la contención de gastos.	En atención a las observaciones recibidas respecto del Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en el numeral 2., de este artículo del proyecto de resolución.
638	20	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	CAPITULO II. TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo	El borrador de Resolución contempla que "el porcentaje restante (40%) de lo ahorro generado por la EPS serán utilizados por las EPS para financiar los posibles riesgos de superación de los Presupuestos Máximos, así como para financiar las tecnologías previstas en el artículo 18 de la presente resolución".	En el numeral 2 del artículo 18, se mencionan los medicamentos no incluidos en nomas farmacológicas en el país, que forman parte de la innovación que llegará al país, por tanto, su financiación causa preocupación debido a que se cubrirían con el presupuesto máximo en el evento que las EPS generen ahorro – con una baja proporción en la distribución de ese rubro -. Por otra parte, de no darse lo anterior, existe incertidumbre sobre la vía de financiación, toda vez, que no se dispone de una metodología definida, estandarizada, trazable y objetiva para la definición de valor terapéutico.	Respuesta 20. Tal como se mencionó en la respuesta 19, en atención a las observaciones recibidas respecto del Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en el numeral 2., de este artículo del proyecto de resolución.
639	21	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo	Se solicita eliminar el numeral 4 del artículo 13 que establece que las EPS deben "Priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiar con recursos de la UPC."	Esto sin duda restringe la autonomía médica y limita el acceso a las tecnologías no financiadas con recursos de la UPS.	Respuesta 21.  Con base en su solicitud de "eliminar el numeral 4 del artículo 13" del proyecto de resolución, que establece que las EPS deben "Priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiar con recursos de la UPC", es preciso anotar que este Ministerio tiene previsto incluir en el proyecto de resolución en el artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo., la precisión en cuanto a que las EPS en conjunto con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y personal de salud, buscarán priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con recursos de la UPC, contemplando para ello primeros usos, evidencia científica, guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.  En conclusión, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología(a)s en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
640	22	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo	<p>El artículo en cuestión deja explícito que los incentivos de la gestión del presupuesto máximo por EPS incluidos en el presente acto administrativo, solo contemplan incentivos financieros en busca de medidas frontales de contención del gasto que desconocen que la sostenibilidad financiera del sistema debe contemplar eficiencia en el uso de recursos y adicionalmente, medición de resultados y calidad en salud. De lo contrario, las medidas derivarán exclusivamente en contención del gasto que no significa sostenibilidad como se especifica en los literales 1 y 2, dejando el incentivo de ahorro ligado exclusivamente a un margen financiero, sin importar su relación con la atención integral del paciente y la búsqueda de su mejor estado de salud. Lo anterior genera una desviación frente a la triple meta en salud que ha sido el eje estratégico de este Ministerio. Adicionalmente se identifica un incumplimiento frente a la Ley del PND 1955 de 2019 que en su artículo 241 estipula la obligación del Min Salud a</p>		<p>Respuesta 22.</p> <p>En referencia a las observaciones planteadas al Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, inicialmente debe precisarse que la propuesta de Presupuestos Máximos es una estrategia de varias, que se diseña de manera articulada a los mecanismos de protección (colectiva e individual), para lograr lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), artículos 240 sobre "Eficiencia del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC", y 241 sobre "Incentivos a la calidad y los resultados en salud".</p> <p>En desarrollo de lo anterior, el proyecto de resolución en comento, tiene contemplada la implementación de varias estrategias complementarias encaminadas a la No superación del presupuesto máximo, que en respuesta a sus observaciones, pueden resumirse de la siguiente manera:</p> <p>A su aseveración donde señala que el proyecto de resolución "(...) solo contemplan incentivos financieros en busca de medidas frontales de contención del gasto que desconocen que la sostenibilidad financiera del sistema debe contemplar eficiencia en el uso de recursos y adicionalmente, medición de resultados y calidad en salud (...), en implementación del artículo 241 de la Ley 1955 de 2019 el Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, con el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.</p> <p>Respecto a su señalamiento de "1. En el literal 1 no se define la metodología en la que las EPS o ADRES pueden realizar los ajustes a los valores de referencia, ni como se determina el riesgo de superar el presupuesto máximo de cada EPS", vale advertir que al proyecto de resolución se incorporará la obligación para La ADRES de definir el procedimiento de ajuste respectivo, en caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo.</p> <p>En cuanto a la determinación del riesgo de superar el Presupuesto Máximo, el proyecto de resolución prevé en un artículo específico sobre la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, en el cual se contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>Vale precisar que los criterios bajo los cuales se definirá el riesgo de superación de los presupuestos máximos, devienen de la aplicación de lo establecido en el citado artículo del proyecto de resolución, en virtud del cual La ADRES desarrollará, implementará y publicará en su página web el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo.</p> <p>En referencia a su observación al Numeral 3 del Artículo 13., al cual le atribuye apresuradamente el riesgo de dilatar el acceso de los usuarios a las prestaciones en salud y generar mayor volumen de tutelas, así como más gastos administrativos relacionados con estos procesos judiciales, todo en detrimento de la autonomía médica y la oportunidad de la atención, la misma no es conducente, toda vez que la prestación del servicio, inclusive en los casos donde medie mandato judicial, corresponde a procesos que se surten de manera previa a la eventual superación del Presupuesto Máximo y a la solicitud de revisión o ajuste del Presupuesto Máximo presentada por parte de la EPS, momentos distantes e independientes del proceso de atención integral en salud.</p> <p>Finalmente, en cuanto a su solicitud al Artículo 13, parágrafo 4, de incorporar los criterios de ajuste por riesgo y carga de enfermedad, debe señalarse que en lo relativo a la carga de enfermedad, el riesgo derivado de la misma debe ser atendido a través del mecanismo de protección colectiva (PBS-UPC), no obstante, también debe considerarse que para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información de prescripción histórica atendida a través de MIPRES, al interior de la cual se encuentran inmersos los diagnósticos relacionados con la carga de enfermedad.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
641	23	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 16. Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de	El lograr el alcance de lo estipulado en el artículo 16 sobre la responsabilidad de las EPS para establecer "modelos de atención, gestión, concertar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes" sin conectarse al establecimiento de metas clínicas, de resultado en salud y de calidad en la atención; va en contra de la Ley del PND 1955 de 2019 que en su artículo 241 estipula la obligación del Min Salud a definir un mecanismo de pago por resultados en salud que genere incentivos a la calidad, no solo a resultados financieros. En el parágrafo 1 del artículo en cuestión, se debe preservar que la autonomía médica y garantizar que la auditoria no sea un elemento de restricción del acto médico con un criterio financiero exclusivamente.		Respuesta 23. Respecto a las observaciones planteadas a la definición de un mecanismo de pago por resultados, entendiendo que la aplicación de este se predica para todo el sistema, vale reiterar lo señalado en cuanto a que en implementación del artículo 241 de la Ley 1955 de 2019 el Ministerio tiene contemplado incluir en el presente proyecto de resolución que el presupuesto máximo pueda ajustarse en razón al cumplimiento de indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post que para el efecto establezca este Ministerio, buscando incentivar el logro de resultados en salud.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
642	24	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	TITULO III. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD FINANCIADOS CON CARGO AL PRESUPUESTO MÁXIMO Artículo 16. Acceso.	Sugerencias o adiciones en la redacción del articulado (negrita y cursiva fuera del texto original)	Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de atención, gestión <b>con enfoque de riesgo</b> , <del>conectar</del> desarrollar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes. En todo caso las EPS podrán contratar en forma integral el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y financiados con cargo al Presupuesto Máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación. En todo caso las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud, <b>incluyendo los servicios y tecnologías en salud para enfermedades raras, en virtud de los artículos 8 (integralidad) y 11 (sujetos de especial protección) de la Ley 1751 de 2015.</b>  Parágrafo 1: Las EPS como responsables de la gestión realizaran seguimiento, monitoreo y auditoria según lo estimen conveniente y de conformidad con los mecanismos de contratación y	Respuesta 24. Frente a su propuesta de complementar el artículo 16. Acceso, adicionando que la gestión de las EPS debe hacerse con “enfoque de riesgo”, debe advertirse que el Ministerio de Salud y Protección Social en virtud de la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, en la que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente (mecanismo de protección individual y mecanismo de protección colectiva), el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para garantizar el derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados, que parte de la prestación de lo cubierto por el PBS-UPC y se complementa con los Presupuestos Máximos. En ambos mecanismos, la gestión integral en salud supone un enfoque basado en los riesgos inherentes, tal como lo plantea su comentario.  De otra parte, en cuanto a la propuesta de citar la Ley 1751 de 2015 artículos 8., y 11., Parágrafo 1, los aspectos solicitados ya se encuentran contemplados en las normas enunciadas, así como en un artículo específico del proyecto de resolución sobre “Financiación de medicamentos para enfermedades huérfanas”, sin que se considere necesario ser reiterativo.
643	25	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo.	Actualmente está pendiente la decisión del Consejo de Estado sobre el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, por lo cual la definición de valor terapéutico debe ser producto de la evaluación generada por el IETS, de acuerdo a las competencias dadas por el MSPS. Por lo tanto, mientras no se cuente con la reglamentación de dicho artículo, las nuevas tecnologías deben seguir cursando del método de recobro que se hace actualmente y acordé a las políticas de precios vigentes a lo largo de la cadena, que permita hacer trazabilidad y control de los mismos. Así mismo, el contar con periodos de recobros en nuevas tecnologías permite generar una línea de seguimiento sobre estas tecnologías para realizar los ajustes necesarios de los presupuestos máximos futuros.	Genera preocupación el incluir los medicamentos nuevos no incluidos en norma farmacológica, dentro de los presupuestos máximos sin que haya surtido efecto la evaluación técnica del IETS, ya que: 1. No tener un histórico para la inclusión en los presupuestos máximos puede limitar el acceso de los pacientes a estas nuevas tecnologías por variables administrativas. 2. La definición de valor terapéutico debe realizarse a través de un proceso estandarizado y único a nivel nacional, con altos estándares, experiencia clínica en la patología y siguiendo una metodología única que sea reproducible, donde el IETS tenga a su cargo el proceso técnico-científico-participativo que garantice la homogeneidad de los criterios de evaluación, con tiempos de evaluación y criterios de priorización que sean definidos y públicos.	Respuesta 25. En cuanto a sus observaciones planteadas al Artículo 18. Numeral 2., específicamente sobre la necesidad de considerar el concepto de superioridad terapéutica construido dentro de la gestión de la EPS y su propuesta de que “La definición de valor terapéutico debe realizarse a través de un proceso estandarizado y único a nivel nacional (...)”, el Ministerio incluirá ajustes al Artículo 18. Numeral 2., definiendo el procedimiento que permita establecer la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica del medicamento, la que en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado.  En cuanto a sus comentarios relacionados con el eventual efecto de lo propuesto en este artículo 18., que le “Genera preocupación el incluir los medicamentos nuevos no incluidos en norma farmacológica, dentro de los presupuestos máximos sin que haya surtido efecto la evaluación técnica del IETS (...)”, lo que podría “limitar el acceso de los pacientes a estas nuevas tecnologías por variables administrativas (...)”, tal afirmación no corresponde con la realidad, toda vez que el numeral propuesto en el proyecto de resolución precisamente permite a las EPS sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada; además, es información válida y que sirve para la toma de decisiones por parte del profesional de la salud, aspecto que refuerza la autonomía médica.  Tal como se viene aclarando, el Ministerio procederá a incluir ajustes en la redacción que incluya que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.  Vale advertir que en todo caso, entre tanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo; así mismo, 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. Por otra parte, 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.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
644	26	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Literal 2. Si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo.	En el caso de medicamentos que no tienen comparador clínico y se establecen como medicamentos de superioridad terapéutica, cuál es la fuente de financiación establecida, dado que no están con cargo al presupuesto máximo?. Solicitamos hacer explícito el mecanismo de reembolso. Es necesario fijar un plazo máximo para la evaluación del IETS posterior a la expedición del registro sanitario y como lo dice el artículo la superioridad, igualdad o inferioridad deberá ser demostrada por el agente interesado aportando los estudios correspondientes de acuerdo a los manuales vigentes del IETS que puedan acortar los tiempos de verificación de los mismos.	Evitar barreras de acceso por parte de las EPS mientras se surte el proceso de evaluación retrasando el acceso a los pacientes de terapias que puedan ofrecer mejores resultados en salud y en calidad de vida.	<p>Respuesta 26. En cuanto a sus reiteradas observaciones planteadas al Artículo 18. Numeral 2., las mismas fueron absueltas en la respuesta 25. Sin embargo, vale señalar el Artículo 18 del proyecto de resolución establece que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando en complementariedad, a los determinados en el Artículo 19., del proyecto de resolución sobre "Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios".</p> <p>Adicionalmente, en cuanto al proceso de recobro de tecnologías en salud no cubiertas por el Presupuesto Máximo, tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.</p> <p>Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p>
645	27	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 18. Parágrafo 5. "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, sin importar su superioridad."	Este valor de tratamiento no tiene medidas de temporalidad, ni unidades de medida (evento, per cápita, etc.) que permitan realizar la comparación objetiva entre tecnologías.	Es importante definir los parámetros para realizar una adecuada comparación de los costos entre los diversos tratamientos, al igual que definir el proceso que le permite al asegurador justificar que los son menores o iguales para incluirlos con cargo al presupuesto máximo.	<p>Respuesta 27. La observación planteada no es procedente, teniendo en cuenta que para la aplicación del párrafo citado, se parte de contar con una evaluación realizada por el IETS sobre el tratamiento a cubrir con un medicamento determinado, cuyo resultado muestra que su valor es menor o igual al tratamiento ya financiado con cargo al presupuesto máximo.</p> <p>En el caso planteado, donde el valor de un tratamiento no financiado con el Presupuesto Máximo resulte menor al valor cubierto, se haría evidente la gestión adelantada por la EPS en procura de garantizar la integralidad de la atención en salud y la eficiencia de los recursos del sistema.</p> <p>No obstante, el Ministerio procederá a incluir ajustes en la redacción que incluya que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.</p> <p>Vale advertir que en todo caso, si el medicamento, como resultado de la evaluación de tecnología: i) es inferior a otro se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud, ii) tiene equivalencia se financiará con cargo a los recursos de Presupuesto Máximo y será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición, iii) es superior y genera ahorros presentes y futuros en términos de ahorros para el sistema (reduce eventos adversos, evita reincidencias, reducción de días de internación, entre otros) respecto de la situación actual se considerará incluido dentro de los presupuesto máximos; por otra parte, en caso de ser superior y no generar ahorros al sistema a pesar de los beneficios del medicamento el Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la fracción adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por compra centralizada o por riesgo compartido.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
646	28	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo	<p>Sugerencias o adiciones en la redacción del articulado (negrita y cursiva fuera del texto original)- "si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo", ¿cómo se define cual es el comparador que está incluido en el presupuesto máximo y quién es el competente para definir tal listado de tecnologías? Debe ser claro que no se hace referencia a comparador administrativo, ya que el criterio debe ser clínico.</p>	<p>El numeral 2, establece que - negrita y cursiva fuera del texto original- "si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo, acorde a la evaluación de valor terapéutico realizada por el IETS, será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo, por lo cual no será objeto de recobro/cobro. La superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. En todo caso, entre tanto se surte la verificación de la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo. Si el medicamento es inferior terapéuticamente se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS. Por lo tanto, en tanto no se cuente con la reglamentación y manuales técnicos de</p>	<p>Respuesta 28. En referencia a la solicitud planteada, debe reiterarse lo señalado por el Ministerio en respuestas anteriores, en cuanto a que se incluirán ajustes al Artículo 18. Numeral 2., definiendo el procedimiento que permita establecer la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica del medicamento, la que en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado.</p> <p>El numeral propuesto en el proyecto de resolución permitirá a las EPS sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada; además, es información válida y que sirve para la toma de decisiones por parte del profesional de la salud, aspecto que refuerza la autonomía médica.</p> <p>Tal como se viene aclarando, el Ministerio procederá a incluir ajustes en la redacción que incluya que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.</p> <p>Vale advertir que en todo caso, entre tanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo; así mismo, 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. Por otra parte, 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.</p> <p>Así las cosas, en el presente proyecto de resolución, ya se cuenta con la alternativa metodológica solicitada en sus observaciones</p>
647	29	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios.	<p>No están definidos los criterios para establecer los "procedimientos nuevos" en el país (del numeral vii).</p>		<p>Respuesta 29. Sobre la observación planteada, es importante precisar que los procedimientos nuevos quedan excluidos del presupuesto máximo y la vía para que sean considerados al interior del Sistema corresponde a la establecida en la Resolución 3804 de 2016, "Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS".</p> <p>En consonancia con lo anterior, este Ministerio tiene previsto incluir en el proyecto de resolución, Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Complementarios., un ajuste al numeral vi, en el que se señale que los servicios y tecnologías en salud nuevos en el país tendrán financiada con cargo a la ADRES, la evaluación de tecnología en salud en su componente económico que realice el IETS.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
648	30	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	CAPITULO I. MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS PARA PROPOSITO MEDICO ESPECIAL-APME Art 21. Prescripción. Parágrafo 2. Parágrafo 2. (negrita y cursiva fuera de texto original) "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	Si no se cuenta con GPC, GAI y protocolos para el país, deben contemplarse GPC, GAI y protocolos internacionales de referencia. a) ¿Cuál es la vigencia de las GPC, GAI y protocolos nacionales? ¿Cómo se garantiza la actualización oportuna de éstas para mejorar la calidad y la oportunidad de los pacientes? b) ¿A qué corresponden los "Informes de formulación"? c) En el parágrafo, 2 no es claro a que se refiere el término posicionamiento terapéutico. ¿Cómo define el MSPS el uso y posicionamiento terapéutico una buena práctica de prescripción?, no deberían ser las sociedades científicas las competentes para tal fin? Solicitamos definir estos conceptos. d) ¿Cuál es la definición y el alcance de los procesos de autorregulación de las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de salud?		<p>Respuesta 30. En consideración a las inquietudes planteada, me permito dar respuesta en el orden propuesto, a saber:</p> <p>Sobre "Cuál es la vigencia de las GPC, GAI y protocolos nacionales?" y su periodicidad de actualización, debe señalarse inicialmente que el artículo 21., parágrafo 2., señala que: "deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio (...)". Estas recomendaciones adoptadas por el Ministerio, están contenidas en las GPC, GAI y protocolos elaborados por esta entidad en concurrencia con el IETS y publicadas en la página institucional de ambas entidades, en estas guías se puede identificar la fecha de elaboración, año de publicación y la forma de actualización y los tiempos; no obstante, el parágrafo propuesto, no limita al uso de evaluaciones de tecnologías realizadas por el IETS que resulten orientadoras para la prescripción médica, por el contrario, amplía el espectro de referentes al señalar que es válido usar "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".</p> <p>De otra parte, en consideración a la dinámica del desarrollo del conocimiento científico y la imposibilidad de que el Ministerio pueda disponer de la totalidad de GPC o GAI permanentemente actualizadas, el texto del parágrafo atiende a estas limitaciones señalando que los destinatarios de la norma deben hacerlo "en lo posible y según criterio del médico tratante". En la pagina del Ministerio se puede consultar las GPC, su elaboración y el año de publicación así mismo puede encontrar la guía metodologica para la elaboración de guías de practica clínica con evaluación económica en el sistema general de seguridad social en salud colombiano, en su paso 18 se documentan la forma de actualización y los tiempos.</p> <p>Ahora bien, sobre su inquietud de: "A qué corresponden los "Informes de formulación?", los mismos se encuentran dentro de la metodología de elaboración de las GPC, GAI y protocolos, y constituyen el soporte a través del cual los estudios comparativos que se realizan, definen las ventajas y desventajas de una determinada tecnología frente a otra, utilizadas para una finalidad específica.</p> <p>Respecto a su solicitud de definición de posicionamiento terapéutico, el término se refiere al "análisis crítico informado en evidencia, de fuentes públicamente disponibles con respecto a una categoría terapéutica de fármacos (por ejemplo, agentes antihipertensivos) o una clase de fármacos (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [IECA]) para respaldar un relacionamiento terapéutico entre medicamentos de la misma categoría o clase para optimizar la prescripción de dichas tecnologías en términos de sus beneficios, riesgos y costos. El alcance y la profundidad del proceso de posicionamiento terapéutico están determinados por las necesidades del sistema de salud. Los resultados finales del posicionamiento terapéutico del Minsalud y el IETS incluyen un informe completo (revisión de efectividad, seguridad y análisis económico) y un informe resumido para los profesionales de la salud". Tomado de: Cañon (et al). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y Ministerio de Salud y Protección Social. Documento no publicado. Como ya es conocido, el IETS continuará asesorando al Ministerio de Salud para la toma de decisiones fundamentada en evidencia científica, elaboración de guías, protocolos, evaluaciones de tecnologías en salud, entre otros documentos</p> <p>Finalmente, en cuanto a la pregunta de "¿Cuál es la definición y el alcance de los procesos de autorregulación de las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de salud? (...)", debe atenderse a lo señalado en el artículo 17. Autonomía Médica, de la Ley 1751 de 2015, en la cual se predica que el ejercicio médico debe estar cobijado por la garantía del profesional de la salud para decidir la intervención que amerite cada paciente, pero dentro de un marco de autorregulación, ética, racionalidad y considerando la evidencia científica. Esta autorregulación del profesional, se extiende a las sociedades científicas que los agremian, en virtud de la conciliación permanente de alternativas de manejo que se decantan al interior de las mismas. En síntesis, el alcance de autorregulación de profesionales de la salud se encuentra enmarcado desde el perfil y competencias de los mismos hasta el condicionamiento que las asociaciones y agremiaciones usan para la vinculación de los mismos.</p>
649	31	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Parágrafo 2 del artículo 22 menciona: "Parágrafo 2. Cuando un medicamento financiado con cargo al Presupuesto Máximo tenga autorizado un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso de igual forma se considera financiado con cargo al Presupuesto Máximo."	En este aspecto instamos nuevamente al Ministerio de Salud a que defina e incluya en el presente acto administrativo, el alcance de este listado pues representa riesgo para los pacientes el uso de estas tecnologías sin que cuenten con el soporte de evidencia científica de seguridad y eficacia en dichos usos.		<p>Respuesta 31. En respuesta a su observación sobre la lista UNIRS en la que insta al Ministerio "(...) a que defina e incluya en el presente acto administrativo, el alcance de este listado pues representa riesgo para los pacientes el uso de estas tecnologías (...), se aclara que la prescripción de un medicamento para el uso incluido en la lista UNIRS, aspecto propuesto en el Parágrafo 2 del artículo 22 del proyecto de resolución, hace parte de la normatividad que regula el tema (Artículo 96, Resolución 1885 de 2018), sin modificación alguna.</p> <p>El proyecto de resolución se limita a señalar que si ese uso del medicamento hace parte de los usos autorizados por el INVIMA en el listado UNIRS, su financiamiento está a cargo del Presupuesto Máximo.</p> <p>Vale resaltar que estos medicamentos de la lista UNIRS, aplican solo cuando constituyen la única alternativa terapéutica disponible para los pacientes, estando su prescripción supeditada al procedimiento vigente contenido en la mencionada resolución.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
650	32	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 25. Prestación Integral en Salud. 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. *2. Cualquier forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante. 3. Toda forma de almacenamiento	Se solicita corregir la redacción del presente artículo, de forma que quede explícito, que los servicios para la oportuna y correcta administración de los medicamentos con cargo a los presupuestos máximos, al igual que el costo logístico asociado a su suministro (literales 2 y 3), no se encuentran incluidos dentro de los precios definidos para cada medicamento y se continuarán reconociendo de forma independiente de acuerdo a los requerimientos de administración	Nos preocupa que servicios necesarios e insustituibles para garantizar la correcta y oportuna administración, como la poliquimioterapia, que se reconoce adicional al costo del medicamento, bajo esta redacción estaría incluida en el precio techo de los medicamentos que sean vía IV. Esto pasa también con los costos logísticos que se estarían incluyendo, sin ningún ajuste en los precios máximos generando un cargo no pertinente al precio del medicamento, el cual es injustificado e improcedente.	Respuesta 32. En respuesta a su solicitud de "(...) corregir la redacción del presente artículo, de forma que quede explícito, que los servicios para la oportuna y correcta administración de los medicamentos con cargo a los presupuestos máximos, al igual que el costo logístico asociado a su suministro (literales 2 y 3) (...)”, debe señalarse que para el cálculo de Presupuesto Máximo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con corte junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social.  De otra parte, esta medida no se constituye per se en una regulación de precios por cuanto para efectos del cálculo respectivo, dichos valores tienen en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene hasta el suministro y dispensación de la respectiva tecnología. Teniendo en cuenta esto, los valores reportados a la ADRES en el periodo de estudio contemplan todas las variables mencionadas en su observación, como la administración de los medicamentos y el costo logístico asociado a la dispensación final, por tanto estas variables ya se encuentran consideradas dentro del valor del cálculo.
651	33	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art 26. Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos y APME.	Es muy importante este parámetro, no obstante los presupuestos máximos de la presente resolución no fueron ajustados por la variable de continuidad del suministro, sino que corresponde a las cantidades aprobadas y recobradas por Adres. Por lo anterior, dentro del ajuste techo por asegurador, se debe incluir un factor que corresponda a la continuidad del suministro de medicamentos definida en el presente artículo. Cómo se va a generar el suministro de medicamentos		Respuesta 33. En relación a su solicitud de "(...) incluir un factor que corresponda a la continuidad del suministro de medicamentos definida en el presente artículo. (...)”, la misma no es procedente por cuanto para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información de prescripción histórica atendida a través de MIPRES, así como la base de datos de recobros/cobros de medicamentos y alimentos con propósito médico especial (APME), no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con corte junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, al interior de las cuales se encuentra inmerso el comportamiento de la continuidad en el suministro de los tratamientos.  En cuanto al seguimiento de la continuidad en el suministro de medicamentos y APME, el Ministerio tiene previsto incluir tales medidas en el proyecto de resolución, en el "Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos.", a partir de las cuales 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 (hasta las IPS y proveedores inclusive), el control del manejo de los mismos, las auditorías y demás actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
652	34	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 27. Fórmulas magistrales . Las EPS definirán la financiación de las preparacion es magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman. En todo caso deberán ser garantizada s por las EPS o por las entidades que hagan sus veces.	Se debe incluir que las formulas magistrales que serán financiadas con recursos públicos, deben contar para el caso de medicamentos con el registro sanitario aprobado por Invima, que permita garantizar su seguridad, eficacia y calidad, para ser suministrada a la población colombiana. De lo contrario, no pueden ser financiadas con recursos públicos.		Respuesta 34. Respecto a su solicitud de "incluir que las formulas magistrales que serán financiadas con recursos públicos, deben contar para el caso de medicamentos con el registro sanitario aprobado por Invima", la misma no es procedente ya que en cumplimiento de la normatividad vigente, los servicios farmacéuticos están autorizados para preparar fórmulas magistrales siempre y cuando dispongan de los protocolos establecidos en la Resolución 1704 de 2007, destacando que en todo caso, los medicamentos utilizados en las mismas deben contar con registro INVIMA.
653	35	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	CAPÍTULO II PROCEDIMIENTOS	Se sugiere, una adición en la redacción del articulo (negrita y cursiva fuera del texto original)  Artículo 32. "Analgesia, anestesia y sedación. La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC; así no se encuentren explícitamente descritos en el anexo 3, en virtud del principio de integralidad, cuando se requieran para la realización o utilización de los servicios y tecnologías en salud contenidos en el presente acto administrativo. Estos servicios y tecnologías en salud se tendrán en cuenta en el cálculo que se establezca para		Respuesta 35. En cuanto su solicitud de complementar el texto del Artículo 32. "Analgesia, anestesia y sedación", con una referencia a la integralidad de la atención, la misma no es procedente por cuanto este aspecto ya se encuentra contemplado en este artículo al mencionarse que dichas tecnologías se asumen con cargo al Presupuesto Máximo cuando "se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC".  Así mismo, debe resaltarse que lo señalado en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, sobre "La Integralidad.", ha sido desarrollado a lo largo del proyecto de resolución en comento, donde se manifiesta que la gestión y goce efectivo del derecho a la salud debe ser completa sin que pueda fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario (integralidad del proceso de atención en salud), sin que se considere necesario ser reiterativo.
654	36	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 34. Trasplantes .	Solicitamos que se incluya de manera explícita la cobertura de los techos de recobro para las pruebas diagnósticas o genéticas que se requieran previo al uso de una tecnología en salud específica, así como los procedimientos para la administración de medicamentos que ameriten condiciones especiales, más allá del procedimiento de trasplante de órganos.		Respuesta 36. La solicitud planteada en esta observación, no es pertinente por cuanto el proyecto de resolución en el citado artículo ya plantea claramente la disposición de recursos del Presupuesto Máximo, en cuanto a destinarlos a la cobertura de trasplantes no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), incluyendo los estudios previos y medicamentos.  También ha de tenerse en cuenta que el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación de tecnologías en salud no cubiertas por el PBS-UPC, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
655	37	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art. 40. Seguimiento, control y monitoreo de los recursos	<p>El artículo especifica que el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo se publicará al mes siguiente a la expedición del presente acto administrativo, lo cual no es correcto, dado que es parte sustancial del mismo y debería ser muy claro para todos los actores del sistema como se realizará la verificación de la gestión de los recursos, cuales son los indicadores y sumado a esto, se generan otras inquietudes como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cómo se realizará la trazabilidad del flujo de recursos hasta el proveedor de tecnologías? A la fecha es imposible realizarlo y es un factor crítico para evitar que se sigan generando ineficiencias en el sistema y que los recursos fluyan para cubrir las atenciones pertinentes dadas a los pacientes.</li><li>• La autoría está solo en manos de ADRES y el seguimiento hace referencia ÚNICAMENTE a uso de recursos, lo cual no está alineado con la motivación de la resolución quedando faltantes fundamentales para garantizar sostenibilidad como son la medición de resultados en salud, que permitan el</li></ul>		<p>Respuesta 37. Sobre su observación relacionada con que "(...) el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo se publicará al mes siguiente a la expedición del presente acto administrativo, lo cual no es correcto, dado que es parte sustancial del mismo (...)", para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>Vale mencionar que en procura de lo anterior, y como parte del proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo, el Ministerio dispuso a la ciudadanía el proyecto de resolución "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado y se dictan otras disposiciones".</p> <p>En cuanto a su inquietud sobre conocer "Cómo se realizará la trazabilidad del flujo de recursos hasta el proveedor de tecnologías?", tal como se aclaró, es La ADRES como responsable del proceso, quien definirá los mecanismos del proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo, los cuales, en todo caso, en cumplimiento de lo propuesto en el citado artículo del proyecto de resolución, deben abarcar hasta los operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS.</p> <p>Sobre el comentario relacionado con que "La autoría está solo en manos de ADRES y el seguimiento hace referencia ÚNICAMENTE a uso de recursos, lo cual no está alineado con la motivación de la resolución quedando faltantes fundamentales para garantizar sostenibilidad como son la medición de resultados en salud (...)", se reitera que este Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, con el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.</p> <p>Finalmente, sobre su reiterada solicitud de "incluir en el seguimiento, control y monitoreo de los recursos la garantía de continuidad en el suministro de medicamentos y APME, de acuerdo a lo establecido en el artículo 26 (...)", la misma fue resuelta en la respuesta 33 del presente documento.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
656	38	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	TITULO IV. VERIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS DEL PRESUPUESTO MÁXIMO	<p>Se recomienda, una adición en la redacción del articulado (negrita y cursiva fuera del texto original)</p>	<p>Artículo 40 Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos "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, así como la adherencia y los resultados en salud. El seguimiento, Control y monitoreo se realizará determinando factores que permitan evidenciar la ejecución de estos recursos hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.</p> <p>En todo caso, si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de prescripción y suministros de MIPRES, y la epicrisis entre otros. El proceso de</p>	<p>Respuesta 38. Respecto a su solicitud de incluir en el texto del proyecto de resolución, en el Artículo 40, sobre "Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos", la expresión "así como la adherencia y los resultados en salud", me permito señalar que la misma no es procedente por cuanto dicho artículo versa sobre las competencias de La ADRES en lo atiente a definir actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos desde la perspectiva administrativa y financiera.</p> <p>No obstante, sobre este aspecto particular (adherencia al tratamiento y resultados en salud), tal como se ha mencionado, en el proyecto de resolución se incluirá la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, basado en Indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.</p> <p>Como se aclaró, para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previo a la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
657	39	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art. 41. Deber de la información. Parágrafo	<p>• La definición de “el mecanismo que permita que la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS se conecten y faciliten el reporte de información y el respectivo seguimiento, sin perjuicio de los reportes de información que deben realizar las EPS en el marco de lo dispuesto en el presente acto administrativo”, debe realizarse previo a la entrada en vigencia del acto administrativo, ya que es una medida fundamental para poder evaluar la ejecución de los presupuestos máximos. Y como en ocasiones anteriores, debe realizarse un piloto que permita probar el sistema y garantizar el flujo seguro y confiable de la información.</p> <p>• Porqué para el seguimiento de los presupuestos máximos se emplea como información la herramienta MIPRES, lo cual es muy consistente con la visibilización del consumo de tecnologías, pero esto mismo no se tiene en cuenta para la estimación de las cantidades con las cuales se fija el presupuesto máximo? Esto genera una subestimación del consumo y por</p>		Respuesta 39. En cuanto a su comentario relativo a la necesidad de que la conexión entre la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS “(...) debe realizarse previo a la entrada en vigencia del acto administrativo (...)”, y, que sobre la misma “debe realizarse un piloto que permita probar el sistema (...)”, el Ministerio tiene previsto realizar de manera simultánea con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, la definición del mecanismo que permita que la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS se conecten.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
658	40	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art. 42. Trámite de la información.	<p>• ¿Qué información será requerida?</p> <p>• Cómo fluirá la información entre ADRES y la Dirección de Regulación, Costos y tarifas del Aseguramiento en Salud? ¿Cuál es el alcance de la revisión de cada una de las partes?</p> <p>El proyecto de resolución "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado" no incluye seguimiento de resultados en salud, sino que se limita a la verificación de prestación de tecnologías que tampoco pueden ser un proxy de adherencia. Preocupa por tanto como se garantizaría el criterio de "eficiencia" consagrado en la Ley estatutaria en salud, al igual que como se puede asociar el uso de los recursos a la generación de resultados en salud con oportunidad, integralidad, calidad, eficiencia y equidad.</p>		<p>Respuesta 40. En relación con sus inquietudes frente a la información requerida y el flujo de la misma entre la ADRES y el Ministerio, debe aclararse inicialmente que el artículo 42. Trámite de la información, señala claramente que: "La ADRES y este ministerio recibirán la información dentro de los plazos establecidos, según el detalle, calidad y periodicidad que se defina, a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud."</p> <p>Cada una de las entidades adelantará la revisión de la información recibida y la retroalimentación correspondiente (a las EPS e interinstitucional), actividades que realizarán en cumplimiento de las responsabilidades asumidas dentro de sus competencias.</p> <p>En cuanto a sus observaciones relativas al proyecto de resolución "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado y se dictan otras disposiciones", en cuanto a que en el mismo "no incluye seguimiento de resultados en salud (...)", debe tenerse en cuenta que la misma tiene como único propósito el definir la estructura de la información objeto de reporte.</p> <p>Por último, debe tenerse en cuenta que lo definido en el proyecto de resolución no comporta cambios sustanciales en la estructura de la información de las EPS, que ya reportan información para el estudio de suficiencia de UPC en ese sentido.</p>	
659	41	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art 44. Servicios sociales complementarios. Parágrafo: Los servicios sociales complementarios serán financiados para las personas afiliadas al régimen contributivo de acuerdo a su capacidad de pago, para tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la progresividad, entretanto aplicará el artículo 45.	<p>Cómo se establece la financiación de éstos para el régimen subsidiado? Debe ser explícito en la presente resolución.</p>		<p>Respuesta 41. Tal como lo plantea esta observación, el Ministerio tiene previsto aclarar el proyecto de resolución unificando la aplicación de sus disposiciones para ambos regímenes, las contenidas en el Artículo en comento inclusive.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
660	42	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Art 45. Transitorio del presupuesto o máximo anual o proporciona l anual	Dado el cambio estructural del sistema que implica este acto administrativo y los pendientes para su completa implementación y seguimiento, es clave que exista transitoriedad y que la Resolución no empiece a partir de su publicación. Los impactos en términos de resultados en salud, integralidad en la atención, acceso oportuno y pertinente, y sostenibilidad de una implementación acelerada de esta resolución pueden ser nocivos para la salud de los colombianos. Aunque el nombre del artículo hace referencia, realmente no se define la transitoriedad de un proceso tan complejo y estructural como es la cobertura individual en el sistema de salud.	Se solicita al MSPS garantizar el acceso y oportunidad de las tecnologías en la presente resolución para los dos regímenes, subsidiado y contributivo, garantizando el derecho de la salud de los pacientes durante este cambio estructural.	<p>Respuesta 42. Sobre el particular, debe resaltarse que el "Artículo 45. Transitorio. Del Presupuesto Máximo Anual o Proporcional Anual:", tiene el exclusivo propósito de establecer que el Presupuesto Máximo será asignado por el Ministerio, y girado por La ADRES, de manera proporcional en relación al número de meses que resten del año en el cual entre en vigencia el mecanismo.</p> <p>La propuesta de Presupuestos Máximos es una estrategia que se diseña en el mecanismo de protección colectiva, y en virtud de ello y del conjunto de estrategias para lograr lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), no se requiere de un periodo de transición.</p>
661	43	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 46. La presente resolución rige a partir de su publicación.	Hacer un piloto durante el primer semestre 2020. Este piloto podría escoger a 1 EPS del Contributivo y a 1 del Subsidiado	Teniendo en cuenta la relevancia de esta metodología para el Sistema de Salud en Colombia, consideramos importante que el proceso de implementación se realice con algunas aseguradoras del Régimen Contributivo y/o Subsidiado en el primer semestre del 2020; con el fin de evidenciar si hubo o no un impacto en el ahorro en el sector salud y validar la implementación de la metodología para minimizar sesgos	<p>Respuesta 43. En cuanto a la solicitud planteada en el presente comentario, debe señalarse que la norma está diseñada para regir a partir de su publicación por lo que al momento no se tiene prevista la realización de una prueba piloto, ni un periodo de transición.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
662	44	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 1. METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPOSITO MEDICO ESPECIAL- APME Q: Cantidades totales de la EPS/EOC expresadas en UMC de cada Grupo Relevante Q inicial: Cantidades iniciales de la EPS/EOC por cada Grupo Relevante QIBNR: Cantidades ajustadas de la EPS/EOC que a la	¿Qué criterio se tomó para tomar 2018 como Q inicial? Partir de recobros de las EPS ante ADRES para definir cantidades es inapropiado porque: 1. Valor queda sujeto a calidad y cantidad de recobros efectiva 2. ADRES ha reportado que no todas las EPS tienen buen rendimiento en recobros, con lo cual muchas tecnologías se consumieron, pero no han sido reportadas 3. La cantidad queda sesgada por una variable de orden administrativa 4. Dado el rezago en auditoria de ADRES, no debe castigarse la estimación de cantidad por estos temas administrativos Por lo anterior, la recomendación es tomar cantidades reales de prescripciones en MIPRES que reflejan y se sincronizan mejor con el acto médico y dan mayor fidelidad al dato y menos supuestos que subestimen el valor final.		<p>Respuesta 44. En referencia con su inquietud relacionada con "¿Qué criterio se tomó para tomar 2018, como Q inicial?", y su aseveración: "Partir de recobros de las EPS ante ADRES para definir cantidades es inapropiado porque: (...)", me permito hacer las siguientes precisiones:</p> <p>En principio debe considerarse que la información de La ADRES utilizada en Presupuestos Máximos corresponde a la contenida en las bases origen de reconocimiento y pago efectivo de tecnologías no cubiertas por el PBS-UPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.</p> <p>En cuanto a las vigencias utilizadas, debe señalarse que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio 2019), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR (Incurred But Not Reported) en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio.</p> <p>De otra parte, el Presupuesto Máximo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios; para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio de 2019. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores producto de estas auditorías, relacionadas con la definición de la cantidad total prospectiva y las estimaciones de las cantidades que la componen (inicial, ajustada y delta), se tiene previsto ajustar la forma de cálculo, pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa.</p> <p>Sobre sus observaciones en cuanto a contemplar como fuente de información las prescripciones MIPRES, es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recobro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES. Esta metodología es susceptible de cambio a futuro, contemplando nuevas fuentes de información como la mencionada en su propuesta.</p> <p>Finalmente, en el proyecto de norma se tiene previsto incluir, en el Artículo sobre "Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes.", que, el Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. El reporte se deberá realizar en los tiempos y condiciones establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
663	45	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 1. Precio de recobros <i>Precio de recobros = Cantidad de UMCi n t Valor total recobroit</i>	El Precio de recobro es variable entre EPS porque incluye copago/cuota moderadora y comparador administrativo que debido a la carencia de los mismos, se usan una multiplicidad de tecnologías como comparadores con precios diferentes. Al despejar la variable Precio recobro está mal despejada y por ende da valores erróneos.		<p>Respuesta 44. En respuesta a su comentario sobre "El Precio de recobro es variable entre EPS porque incluye copago/cuota moderadora y comparador administrativo (...)", debe precisarse que tal como lo señala el Artículo 3, Definiciones., "22. Valor de recobro/cobro: corresponde al valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías 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, tampoco el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este Ministerio, ni al valor calculado para los servicios y tecnologías financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas.". Así las cosas, no es cierta la apreciación planteada, toda vez que para efectos del cálculo se tomó el valor total de la factura (variable Valor Total recobrado de la base de datos de recobro/cobro).</p> <p>Sobre el despeje de "la variable Precio recobro", el Ministerio se encuentra revisando los anexos técnicos en su conjunto, proceso en el cual se tiene previsto incorporar el ajuste planteado.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
664	46	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 1. Valor Máximo: Corresponde al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro. $P_{i,n,t}^{*} = \min \{ P_{i,n,t}^{VR}, P_{i,n,t}^{VGR}, P_{i,n,t}^{PRI} \}$	Esto corresponde al valor de referencia pero se lista de forma diferente en el texto (VR , VGR, etc.). Se solicita homogenizar la descripción. La propuesta es: por qué se tienen que hacer estimaciones de valor si hay medicamentos para los cuales si tienen precio regulado por control directo o VMR, ese debería ser su precio como insumo para el cálculo del techo. No debe haber un $P_{i,n,t}^{*}$ , ya que esto además se configura en una nueva regulación de precio que está por fuera de la regulación vigente, afectando la trazabilidad y competitividad del mercado.		<p>Respuesta 46. En cuanto a la observación relacionada con la enunciación del valor de referencia al interior de la fórmula de Valor Máximo como VGR, efectivamente la cita corresponde al Valor de Referencia (VR). El Ministerio se encuentra revisando los anexos técnicos en su conjunto, proceso en el cual se tiene previsto incorporar el ajuste planteado.</p> <p>Ante su propuesta de "por qué se tienen que hacer estimaciones de valor si hay medicamentos para los cuales si tienen precio regulado por control directo o VMR, ese debería ser su precio como insumo para el cálculo del techo (...)", se debe precisar que la metodología propuesta en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, parte de reconocer el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos, aspecto que a todas luces es insostenible, por ello, en busca de la eficiencia se propone para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC , tener en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES).</p> <p>El Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p> <p>Finalmente, es importante señalar que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p>
665	47	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 1. $P_{i,n,t}^{*}$ 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 ( $P_{i,n,t}^{*}$ ) por Grupo Relevante de cada EPS o EOC según lo establecido en el literal b) de la presente metodología. Es	Este segundo ajuste el precio ( $P_{i,n,t}^{*}$ ) además de impactar negativamente al proveedor de tecnologías bajo una metodología que excede el alcance de regulación de precios y sumado a esto, de forma crítica, desconoce el impacto para la salud de los colombianos, al hacer ajustes financieros frente a variables que en marco de la pertinencia clínica tienen justificación para generar consumos mayores. Esto afecta directamente la autonomía médica, y desconoce la motivación de este tipo de medidas que es mejorar la calidad en la atención con pertinencia y medición de resultados en salud. Se evidencia una intencionalidad frente a contención de costo donde partiendo de supuestos muy fuertes como estos, se busca ajustar el monto y no establecer la sensibilidad del cálculo del presupuesto techo. Algunos temas a considerar son: 1. Existe aún gran incertidumbre frente a la caracterización poblacional en términos epidemiológicos, con lo cual		<p>Respuesta 47. En consideración a las observaciones planteadas, que en su concepto se derivan del "(...)" segundo ajuste el precio (<math>P_{i,n,t}^{*}</math>) (...)” contemplado en la metodología descrita en el Anexo 1 del proyecto de resolución, resulta necesario precisar los siguientes aspectos:</p> <p>1.- La metodología permite llevar a cabo una prospección fiel de la cantidad de riesgos en salud de la población afiliada y es equitativa al garantizar las necesidades que históricamente han requerido los afiliados y que se actualizan con la estimación de los crecimientos de estas necesidades a partir de los datos del sistema. Para precisar estos aspectos recordemos algunos elementos relacionados con la determinación de la demanda desde una perspectiva de la teoría económica. Dadas las particularidades del sector de la salud, la demanda no se determina como en cualquiera otro de los mercados. Este sector o mercado está inmerso en una serie de imperfecciones y asimetrías de información que hacen que la demanda por cuidados médicos sea una demanda que se establece en diferentes etapas. En una primera etapa, las personas tienen una demanda por salud en aras de maximizar su utilidad intemporal cuyos argumentos son los bienes de consumo, sus hábitos, edad y el tiempo de enfermedad a lo largo de su vida, sujeta a la inversión bruta en salud que quiera realizar y las características del aseguramiento social (Temporelli 2009). De tal manera, que la interacción entre el tiempo dedicado al cuidado propio y las demandas de servicios de salud genera, en una segunda etapa, la demanda por cuidados de salud, que es una demanda derivada. Dicha demanda derivada de cuidados médicos (DCM) es: <math>DCM = m (H, Cs, Pf, E, A)</math> Donde H es el stock de salud que determina el perfil epidemiológico de la población. Cs son las características del aseguramiento social, E es la edad del individuo y A son factores ambientales. De la maximización de esta demanda, las personas deciden si consultan o no por servicios médicos. Debido a las asimetrías de información, el paciente delega las demandas posteriores en otros agentes: los prestadores de salud, del cual se convierte en su principal. Posteriormente, son los prestadores de salud los que definen las medidas a seguir convirtiéndose en el demandante de servicios de diagnóstico, medicamentos, internación y tratamientos en general. La utilidad para maximizar en esta etapa es la de los prestadores, que ahora incluye como uno más de sus argumentos la utilidad del paciente y aspectos institucionales, tales como el ordenamiento jurídico, del cual hacen parte las tutelas. Al final la demanda final esta mediada por las decisiones de los que prestan los servicios médicos y los aseguradores. Decisiones que implica que las prescripciones están sustentadas en la rigurosidad científica y ética. Así las cosas, las cantidades observadas por servicios no financiados con cargo a los recursos de la UPC (No UPC) reflejan la realización del proceso descrito, por el cual se determina la demanda final de estos servicios de salud. Es decir que las cantidades que históricamente han recobrado cada una de las EPS, reflejan fielmente todo el perfil epidemiológico, las características poblacionales y decisiones de sus afiliados. Así como, la estructura organizacional, políticas de gestión, la ética médica y las prestaciones que han sido otorgadas mediante tutelas y decisiones judiciales. Así como, la dinámica misma de la demanda por servicios No UPC. De otro lado, la metodología de cálculo de presupuestos máximos es un ejercicio de programación presupuestal que, con base en lo expuesto en la propuesta de resolución, establece un presupuesto máximo para cada EPS. Dicho presupuesto debe ser objeto de gestión por parte de cada EPS, de tal manera que las cantidades asignadas en el presupuesto máximo no sean excedidas, ya que como se expuso estas reflejan todos los determinantes de la demanda por estos servicios, entre ellos el perfil epidemiológico de los afiliados a cada EPS, que se proyecta de acuerdo a un delta o crecimiento esperado con base a la estimación econométrica descrita en la propuesta de resolución. Dado que el monto en dinero del presupuesto máximo es una suma fija, cualquier desviación de las cantidades, se debe ajustar en los valores de referencia. Aquí es importante aclarar que el valor de referencia no es un precio regulado. Así mismo, el precio de negociación hace parte del acuerdo de voluntades entre la EPS y sus proveedores.</p> <p>2.- La propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>En cuanto a la regulación de precios de medicamentos por parte de la CNPMDM, éste órgano fijó los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.</p> <p>3.- Ahora bien, revisando su planteamiento en cuanto a que este aparte de la norma propuesta "restringe la autonomía médica y limita el acceso a las tecnologías no financiadas con recursos de la UPS", el mismo no es de buen recibo, toda vez que el mecanismo de presupuesto máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, así, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>En conclusión, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología(s) en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).</p> <p>4.- Respecto a sus comentarios relacionados con "(...) Se evidencia una intencionalidad frente a contención de costo donde partiendo de supuestos muy fuertes como estos (...)” y, "Existe aún gran incertidumbre frente a la caracterización poblacional en términos epidemiológicos, con lo cual esta medida desconoce esta variabilidad natural dada por el proceso de gestión del riesgo que es dispar entre EPS (...)", en principio es importante mencionar que el Sistema de Salud garantiza el derecho fundamental a la salud, de conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria de salud) a través de la prestación de tecnologías en salud o servicios complementarios estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, así como el acceso a las prestaciones de salud, a través principalmente de tres mecanismos de protección: i) mecanismo de protección colectiva que mancomuna riesgos individuales, a través del aseguramiento social. Los beneficios que contiene este mecanismo se establecen con base en un análisis a priori de las necesidades de la población, ii) mecanismo de protección individual mediante el cual se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago tanto de tecnologías en salud no garantizadas mediante el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) como de servicios complementarios debidamente autorizados y iii) mecanismo de exclusiones mediante el cual se excluyen algunos servicios y tecnologías de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.</p> <p>El mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) cubre las prestaciones de salud que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) y se encuentran descritas en el texto de la Resolución 3512 de 2019 y sus anexos: 1 "Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC", 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" y 3 "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínica del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" los cuales hacen parte integral del mismo acto administrativo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
						decir, el Valor Máximo correspondiente será al 1. ( +1) de cada EPS o ** EOC según el Grupo Relevante.	esta medida desconoce esta variabilidad natural dada por el proceso de gestión del riesgo que es dispar entre EPS; sumado a las diferencias por ejemplo en número de casos con diversas patologías. 2. Al ser esta la primera estimación del presupuesto techo, generar estos ajustes le resta claridad al método, ya		Procedimientos de Laboratorio Clínico del Man de Beneficiarios en Salud con cargo a la OUC, los cuales hacen parte integral del mismo acto administrativo. El mecanismo de protección individual comprende el conjunto de tecnologías en salud que no se encuentran descritas en el mecanismo de protección colectiva, y que están autorizadas en el país por autoridad competente (INVIMA, Resoluciones de Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de habilitación entre otras) y servicios complementarios debidamente autorizados. Este mecanismo financia dichas prestaciones a través de las entidades territoriales para los afiliados al régimen subsidiado y a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). De otra parte, el mecanismo de exclusiones establecido como protección del derecho fundamental a la salud mediante el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 comprende el conjunto de tecnologías que se excluyen de la financiación con recursos públicos asignados a la salud y que se encuentran descritas en la Resolución 244 de 2019. Conforme lo anterior, el financiamiento de las tecnologías en salud que permiten la atención integral de la población y la gestión integral del riesgo en salud por parte de las EPS, está estructurado bajo fuentes de recursos y mecanismos diferentes y complementarios entre sí. Finalmente, es importante resaltar que la iniciativa contenida en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema. Es así como este Ministerio reitera lo manifestado en varias ocasiones, en cuanto a que se avanza de manera gradual en la profundización del derecho a la salud a través del citado conjunto de estrategias de las cuales hace parte los Presupuestos Máximos, y en señal de ello no todo debe estar a cargo de determinado mecanismo, así, el diseño de éstos se hace conforme a la evolución y transición requerida para lograr la integralidad de la atención en salud de los usuarios. 5.- Finalmente, en cuanto a su propuesta de "(...) hacer un piloto que permita en vida real testear los porcentajes de variación que pueden presentarse en poblaciones y por ende consumo de tecnologías (...), no es posible acceder a la realización de una prueba piloto, ni a un periodo de transición, de una parte porque, es menester la implementación de presupuestos máximos para el uso de recursos de la salud con mayor eficiencia y control; y, de otra parte es un proceso que se ha socializado y trabajado con el conjunto de actores del SGSSS desde 2019, por tanto, todos ya conocen y están preparados para la entrada en rigor de este acto.	
666	48	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 1. <i>des Ajustadas</i> : <i>Ajustador cantidades entregadas pero no reportadas QIBNR</i> i n t	De donde salen estas cantidades entregadas pero no reportadas, si no está tomando MiPres como fuente? Si se hace por la estimación de Chain Ladder, como está la ficha técnica que sustenta la sensibilidad del método? Que porcentaje de datos por año existen y cuantos fueron faltantes? Esto porque la calidad de la estimación depende de estas variables de forma sustancial.		Respuesta 48. En cuanto a su inquietud referente a la implementación de la metodología Chain-Ladder, en efecto se confirma que se utilizó dicho método para el cálculo de las cantidades ajustadas a incluir en el Presupuesto Máximo. La metodología es clara en mencionar que para el cálculo de las cantidades ajustadas se utilizaron los años 2015 a 2018 con corte 30 de junio de 2019. Esta metodología es de amplio reconocimiento y su forma de aplicación puede ser consultada en diferentes fuentes a través de internet, no obstante, en el proyecto de resolución se describe cómo se utiliza y cómo se aplica. De manera complementaria, la explicación que sustenta el método se encuentra en el anexo 1, en el título, "Análisis de Cantidades ajustadas en el cálculo de los Presupuestos Máximos."  Adicionalmente, vale aclarar que la fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores, proviene del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrado, en otras palabras, lo suministrado. Es preciso señalar que, la información es suficiente y válida, que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97% del valor respectivo, con lo cual se precisa el porcentaje de datos existentes y faltantes que usted solicita.  Finalmente, se precisa que en virtud 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 respectiva, es necesario calcular el recobro tardío (IBNR) con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado.	
667	49	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 1. Cálculo del Presupuesto Máximo - Modelo estimado	En la descripción del modelo estimado se habla de que se parte de la información disponible de recobros/cobros con lo cual estimar un delta sobre esta base parte de una subestimación de Q. Nuevamente se propone que se calcule con base en MiPres. El cálculo QUMC en su definición es contradictoria con lo establecido en la definición de Qdelta (Ver página 26 y 31), ya que el cálculo solo considera el histórico de recobro de cada grupo relevante y una función de "actividades" que se desconoce su alcance, pero en ninguna parte hace ajuste por perfil de riesgo, incidencia, movilidad y traslados. Con lo cual, el espíritu del delta no cumple con la función señalada en el presupuesto máximo. El modelo econométrico propuesto para las cantidades delta, debe mostrar por términos de transparencia las salidas de los modelos por EPS/EOC y grupo relevante que permitan analizar la robustez y representatividad del modelo (r2, r2 ajustado, valor p, errores		Respuesta 49. Sobre sus planteamientos relacionados con una eventual subestimación de Q al utilizarse para el cálculo la información de recobros/cobros, y su propuesta de utilizar la base MIPRES, la misma fue tratada en la respuesta 44, de la cual reitero que los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores producto de estas auditorías, las estimaciones de las cantidades que la componen (inicial, ajustada y delta), se tiene previsto ajustar la forma de cálculo, pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa, esto con el propósito de mantener un crecimiento razonable de estas cantidades y subsana eventuales subestimaciones del Q.  Sobre sus observaciones en cuanto a contemplar como fuente de información las prescripciones MIPRES, es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recobro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES. Esta metodología es susceptible de cambio a futuro, contemplando nuevas fuentes de información como la mencionada en su propuesta.  En referencia con su observación donde señala que: "el cálculo solo considera el histórico de recobro de cada grupo relevante y una función de "actividades" que se desconoce su alcance, pero en ninguna parte hace ajuste por perfil de riesgo, incidencia, movilidad y traslados", debe señalarse que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio 2019), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR (Incurred But Not Reported) en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Este comportamiento general de los Q a lo largo de las vigencias enunciadas, incorpora indirectamente las variaciones del perfil de riesgo, incidencia, movilidad y traslados.  Finalmente, sobre su afirmación relacionada con "El modelo econométrico propuesto para las cantidades delta, debe mostrar por términos de transparencia las salidas de los modelos por EPS/EOC y grupo relevante (...)", tal como se ha precisado en otras respuestas al mismo tema, para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores en la información de 2018, se determinó ajustar la forma de cálculo, pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa. Se incorpora en el cálculo del presupuesto máximo de 2020, con el propósito de mantener un crecimiento razonable de estas cantidades. Lo anterior subsana eventuales subestimaciones del Q.  Recapitulando, para los valores iniciales se parte de la cantidad recobrada en 2018 sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura en dicho valor inicial, al cual se le adiciona el calcula el recobro tardío (IBNR), que tiene parte de la información de 2019, con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado. Así mismo, se calcula el crecimiento promedio anual de las cantidades mediante técnicas econométricas de panel de datos con efectos fijos para cada grupo relevante. Dicho crecimiento anual se aplica para encontrar las cantidades para el año 2020. De tal manera, que el cálculo de las cantidades contempla todos los aspectos a tener en cuenta, por lo que no se espera que se observen faltantes.  Se recalca, que las cantidades observadas por servicios no financiados con cargo a los recursos de la UPC (No UPC) reflejan la realización del proceso, por el cual se determina la demanda final de estos servicios de salud. Es decir que las cantidades que históricamente han recobrado cada una de las EPS, reflejan fielmente todo el perfil epidemiológico, las características poblacionales y decisiones de sus afiliados. Así como, la estructura organizacional, políticas de gestión, la ética médica y las prestaciones que han sido otorgadas mediante tutelas y decisiones judiciales. Así como, la dinámica misma de la demanda por servicios No UPC.  En relación con los estadísticos que muestran la robustez estadística del modelo usado para el cálculo de los valores Delta se está evaluando su publicación. Se aclara que éste se utilizó para la estimación del parámetro de crecimiento (Delta), no para estudiar o analizar aspectos relacionados con la causalidad de las variables que determinan la demanda de los servicios No PBS-UPC, por lo que la especificación es correcta para el uso que se le está dando.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
668	50	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 1. <i>Cantidades Delta n t</i>	Solicitamos conocer la función que define el precio y las cantidades delta		Respuesta 50. En relación con lo solicitado, debe aclararse que la definición del precio y cantidades delta utilizó la metodología Chain- Ladder, metodología de amplio reconocimiento cuya su forma de aplicación puede ser consultada en diferentes fuentes a través de internet, y tomando para el cálculo de las cantidades ajustadas la información de recobros/cobros de los años 2015 a 2018 con corte 30 de junio de 2019.  Vale señalar que la implementación de esta metodología Chain-Ladder, se encuentra descrita ampliamente en el proyecto de resolución, donde se especifica en detalle la definición de los valores de referencia que se usaron para el cálculo de los presupuestos máximos. Así mismo, se especifica el concepto y la metodología de cálculo de las cantidades delta.
669	51	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 2. <i>METODOLOGIA PARA LA DETERMINACIÓN DEL VALOR DE REFERENCIA PARA LOS GRUPOS RELEVANTES DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL- APME.</i> <i>1. Fuentes de información. Como fuente de información principal se tomarán los recobros/cobros que corresponden al período de referencia con el último corte de información disponible de la base</i>	Partir de recobros de las EPS ante ADRES para definir cantidades es inapropiado porque: 1. Valor queda sujeto a calidad y cantidad de recobros efectiva 2. ADRES ha reportado que no todas las EPS tienen buen rendimiento en recobros, con lo cual muchas tecnologías se consumieron, pero no han sido reportadas 3. La cantidad queda sesgada por una variable de orden administrativa 4. Dado el rezago en auditoría de ADRES, no debe castigarse la estimación de cantidad por estos temas 5. Solicitamos se publiquen las notas técnicas que sustentan la distribución de los datos, el porcentaje de datos de recobro que conformaron el universo de datos y el porcentaje de faltantes sujetos a ajuste y proyección. Por lo anterior, la recomendación es tomar cantidades reales de prescripciones en MIPRES que reflejan y se sincronizan mejor con el acto médico y dan mayor fidelidad al dato y menos supuestos que subestimen el valor final.		Respuesta 51. En referencia con su reiterada inquietud relacionada con: "Partir de recobros de las EPS ante ADRES para definir cantidades es inapropiado porque: 1. Valor queda sujeto a calidad y cantidad de recobros efectiva: (...)", la misma fue absuelta en la respuesta 44 del presente documento, sin perjuicio de lo cual me permito hacer las siguientes precisiones:  En principio debe considerarse que la información de La ADRES utilizada en Presupuestos Máximos corresponde a la contenida en las bases origen de reconocimiento y pago efectivo de tecnologías no cubiertas por el PBS-UPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.  En cuanto a las vigencias utilizadas, debe señalarse que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio 2019), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR (Incurred But Not Reported) en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio.  De otra parte, el Presupuesto Máximo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios; para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio de 2019. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores producto de estas auditorías, se determinó la necesidad de adicionar la doble suma del Q Delta para de manera aritmética incorporarlo en el cálculo del presupuesto máximo de 2020, con el propósito de mantener un crecimiento razonable de estas cantidades.  Sobre sus observaciones en cuanto a contemplar como fuente de información las prescripciones MIPRES, es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recobro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES. Esta metodología es susceptible de cambio a futuro, contemplando nuevas fuentes de información como la mencionada en su propuesta.  Finalmente, sobre su solicitud de que se " (...) publiquen las notas técnicas que sustentan la distribución de los datos, el porcentaje de datos de recobro que conformaron el universo de datos y el porcentaje de faltantes sujetos a ajuste y proyección (...)", en cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  Es preciso mencionar que con esta medida se pretende mejorar el flujo de recursos, no obstante, las EPS deben observar las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, ajustándose a sus costos de producción, en procura de la eficiencia de los recursos del Presupuesto Máximo por EPS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
670	52	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	2. 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	Solicitamos consolidar la definición de valor de referencia, ya que se lista de forma diferente en el texto (VR , VGR, etc.). Se solicita homogenizar la descripción. Sumado a lo anterior, el anexo 1 expone una definición de VR y una metodología de cálculo diferente a lo expuesto en el anexo 2 y a la definición de la página 6. Lo anterior debe estar en consonancia con la regulación de precios vigente, con lo cual si un medicamento tiene precio regulado por control directo o VMR, ese debería ser su precio como insumo para el cálculo del techo. De lo contrario se estarían generando regulaciones con metodologías paralelas que exceden las disposiciones legales vigentes y generan desequilibrios comerciales y afectación a la competencia. De otro lado, en la regulación de precios vigente se establecen mercados relevantes diferentes que fueron aceptados en marco del artículo 23 de la Circular 03 de 2013 permitiendo que medicamentos con el mismo principio		<p>Respuesta 52. En cuanto a su solicitud de “(...) consolidar la definición de valor de referencia (...)”, tal como se advirtió en la respuesta 45., se enunció erradamente el valor de referencia al interior de la fórmula de Valor Máximo como VGR, cuando efectivamente la cita corresponde al Valor de Referencia (VR). El Ministerio tiene previsto realizar este ajuste.</p> <p>De otra parte, respecto de su observación relacionada con que “(...) el anexo 1 expone una definición de VR y una metodología de cálculo diferente a lo expuesto en el anexo 2 y a la definición de la página 6. Lo anterior debe estar en consonancia con la regulación de precios vigente, con lo cual si un medicamento tiene precio regulado por control directo o VMR, ese debería ser su precio como insumo para el cálculo del techo (...)”, inicialmente es necesario precisar que este Ministerio no identifica las diferencias metodológicas planteadas en su comunicación, y reitera que, tal como se mencionó en la respuesta 47, la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Ahora bien, se debe iterar lo ya aclarado en la respuesta 45., en cuanto a que la metodología propuesta en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, parte de reconocer el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos, aspecto que a todas luces es insostenible, por ello, en busca de la eficiencia se propone para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC , tener en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES).</p> <p>El Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p> <p>Es importante aclarar que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>
671	53	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 2. 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	El proyecto de resolución en su artículo 3 incluye la definición de VR, no obstante, como ya se mencionó previamente dicho VR debe corresponder al precio de control directo establecido en las circulares vigentes de control de precios o VMR según lo establecido en la regulación pertinente. Por lo tanto, el Anexo 2 en el paso 5 debe precisar que dicha metodología corresponde a VMR, para aquellos medicamentos que cumplan con dichas consideraciones. Debe haber uniformidad de criterio, ya que de lo contrario, se genera confusión al mercado y excede el alcance de la resolución.		<p>Respuesta 53. Lo planteado recalca lo solicitado por Usted en múltiples observaciones precedentes, en cuanto a utilizar los precios existentes en la regulación vigente para efectos de cálculo de presupuestos máximos, solicitud que no es conducente en razón a la metodología utilizada para Presupuestos Máximos al interior de la cual, contempla valores de referencia (VR) los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos. Por lo anterior, el proyecto de resolución no genera confusión al mercado, ni excede su alcance reglamentario.</p> <p>Sobre los grupos relevantes y oferentes, es necesario aclarar que dentro de la construcción de la metodología de cálculo de valores de referencia y la selección de los percentiles, como se expone en el anexo número 2 del proyecto de acto administrativo, se realizó de acuerdo al número de oferentes del grupo relevante, lo cual no realiza distinción alguna entre los grupos relevantes respecto a la fijación del estadístico de tendencia central o de posición que define el valor de referencia, sino que busca disminuir la alta dispersión identificada en los recobros. Siguiendo este contexto, en el percentil diez para el caso de los grupos relevantes con un único oferente, se encontró que existen recobros con un valor inferior o igual a este percentil, identificando lo mismo para los grupos relevantes con dos o más oferentes, que tienen asignado el percentil 25 como valor de referencia.</p> <p>Es importante resaltar que el percentil seleccionado busca propender por un uso racional de los recursos que simultáneamente permita una alineación con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS, en concordancia con el artículo 5 de la Ley 1966 de 2019, donde se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el SGSSS, que reza: "En ningún caso la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), podrá reconocer y pagar servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC, salvo los recursos destinados al saneamiento de pasivos estipulado en la presente ley, cuando estos sean superiores a los valores y techos máximos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de una metodología que tenga en cuenta los valores recobrados o cobrados, y considerando incentivos por el uso eficiente de los recursos (...)”.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
672	54	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 3 LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO	No resulta claro cómo se establecerá el reconocimiento y pago de tecnología que no cuentan con un comparador explícitamente definido en el ANEXO 3 "listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo del presupuesto máximo", por tanto, podrían presentarse discrecionalidad en la interpretación e implementación de la norma.		<p>Respuesta 54. En respuesta a las inquietudes planteadas sobre "(...) No resulta claro cómo se establecerá el reconocimiento y pago de tecnología que no cuentan con un comparador explícitamente definido en el ANEXO 3 (...)", debe inicialmente considerarse que el listado no hace referencia a la cobertura si no que es un referente de valores para el cálculo del presupuesto máximo por lo anterior tener en cuenta a los artículos 18 y 19 en relación a las tecnologías con cargo al presupuesto máximo.</p> <p>Así mismo, vale resaltar que en la metodología propuesta contempla la utilización de valores de referencia (VR), con el alcance definido en el Artículo 3, numeral 21., que señala: "corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC de cada grupo relevante (...)". La aplicación del valor de referencia (VR), se predica sobre un determinado grupo relevante, el cual siguiendo lo definido en el Artículo 3., numeral 11, para medicamentos, señala "(...) 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, así como a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.(...)".</p> <p>Así, cuando se incluye un medicamento (y un valor de referencia) en el Anexo 3. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO, debe tenerse en cuenta que no se definen coberturas, y la alusión del principio activo y forma farmacéutica, refleja la conformación de grupos relevantes.</p> <p>También es importante recordar que los Presupuesto Máximos se calcularon a partir de una información de vigencias consolidadas, donde se documenta el histórico de uso de servicios incorporándose en el análisis el comportamiento incidente y prevalente de las tecnologías en salud, con lo cual la estimación de Presupuestos Máximos, contempla de manera indirecta estos aspectos.</p>
673	55	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 3 LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO	Se observa que el Listado del Anexo 3 deja por fuera varias Moléculas NO PBS que actualmente son usadas y recobradas al sistema de salud. Esto incluye principios activos NO PBS que actualmente se encuentran en Regulación de Precios en la Circulares 04, 05, ambas de 2013. Circular 07, 08, ambas de 2018 y Circular 09 de 2019. Así mismo las Moléculas que se encuentran en la Resolución 3078 de 2019 con sus precios actualizados. Algunos medicamentos contenidos en el anexo 3, no fueron sometidos a consulta pública de acuerdo a lo establecido en la metodología de cálculo del valor máximo de recobro. Así mismo, no fue compartida la base de datos con lo cual no es posible replicar el ejercicio de los valores de referencia aquí publicados. Solicitamos aclarar y publicar la base del cálculo respectivo de los medicamentos que aparecen en el anexo No 1 como productos con Valor Máximo de	El Ministerio debe Garantizar que ha tenido en cuenta para el presupuesto el 100% de las Moléculas NO PBS que actualmente son usadas por los pacientes en Colombia. Por lo tanto, las nuevas moléculas que empezaron su comercialización en 2019, al igual que las que tienen aprobación INVIMA en el 2019 y que serán usadas en el 2020, deben estar excluidas del presupuesto máximo y su reconocimiento, una vez se cumpla el criterio de pertinencia clínica, deberá estar dado por el proceso de recobro/cobro. Adicionalmente el Ministerio debe tener presente los precios a valor presente 2020 de las tecnologías No PBS.	<p>Respuesta 55. Las observaciones planteadas al Anexo 3. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO., en el presente comentario, han sido resueltas a lo largo del presente documento, siendo necesario insistir por parte de este Ministerio en lo siguiente:</p> <p>La propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. Estos valores de referencia no son equiparables a los VMR (Resolución 3078 de 2019) o a los PRI (CNPMDM) aludidos en su comentario, dado que tienen un alcance diferente.</p> <p>De otra parte, la metodología de Presupuesto Máximos tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios; para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio de 2019. No obstante, para efectos del Q inicial se tomó la vigencia 2018 por contener la información más completa, correspondiente a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas).</p> <p>Sobre su inquietud respecto a que el "(...) Listado del Anexo 3 deja por fuera varias Moléculas NO PBS que actualmente son usadas y recobradas al sistema de salud (...)", vale advertir que los medicamentos que no fueron recobrados a la ADRES en 2018, fueron considerados para establecer los valores de referencia en sus cantidades y valores para las vigencias 2015 a 2017, sin embargo, no se encuentran descritos en el Anexo 3.</p> <p>Respecto a su observación "(...) las nuevas moléculas que empezaron su comercialización en 2019, al igual que las que tienen aprobación INVIMA en el 2019 y que serán usadas en el 2020, deben estar excluidas del presupuesto máximo y su reconocimiento (...)", debe aclararse que el presupuesto máximo se calcula para todas las tecnologías recobradas entre 2015 y 2018. Sin embargo pensando en situaciones como la mencionada en su solicitud, se identificaron en el primer semestre de 2019 tecnologías en salud recobradas sin precedente de recobro en los años mencionados, las cuales se incorporaron en el presupuesto máximo estimando un valor de referencia.</p> <p>Su propuesta de que " deben estar excluidas del presupuesto máximo", no es viable puesto que el presupuesto máximo se calcula para todas las tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, tal como lo ordena la Ley 1955 de 2019, que reza: "ARTÍCULO 240. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. 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 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)". Por lo anterior, no es posible hacer puntos de corte ni excepción alguna con los parámetros de inclusión para las estimaciones del presupuesto máximo.</p> <p>En cuanto a su solicitud de "(...) aclarar y publicar la base del cálculo respectivo de los medicamentos que aparecen en el anexo No 1 como productos con Valor Máximo de recobro, pero no están incluidos en la resolución 3078 de 2019. (...)", la misma se encuentra publicada en la página del Ministerio y puede ser consultada a través del siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/bd-recobro-cobro-calculo-vm-zip">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/bd-recobro-cobro-calculo-vm-zip</a></p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
674	56	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 5	La metodología para definir los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios, no contiene los anexos técnicos que soportan los valores de referencia del Anexo 5. Por lo cual solicitamos la publicación de la ficha técnica, como se publica para otro tipo de procesos, por ejemplo, medicamentos. Pág. 116, servicios complementarios tiene un conglomerado que no se encuentra definido en el acto administrativo y el numeral "otros" (25-29) no se encuentra definido.		<p>Respuesta 56. En atención a su solicitud de ampliar información sobre los conglomerados asignados a los servicios complementarios, es necesario mencionar que dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.</p> <p>Sobre la "(...) publicación de la ficha técnica, como se publica para otro tipo de procesos, por ejemplo, medicamentos (...)", debe señalarse que el Presupuesto Máximo es global y que los valores presentados en el proyecto de resolución, corresponden a valores de referencia para efectos del cálculo, por ello no se expresa el Presupuesto Máximo por tecnología. Para evitar confusiones sobre los valores máximos y de referencia, se contempla la posibilidad de no incluir en el proyecto de resolución los valores de referencia o valores máximos (Anexos 3, 4 y 5), y en su lugar se prevé sacar una nota técnica para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo.</p> <p>En referencia con su comentario de "(...) servicios complementarios tiene un conglomerado que no se encuentra definido en el acto administrativo y el numeral ""otros"" (25-29) no se encuentra definido.", se precisa que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios complementarios de la tabla de referencia MIPRES, se categorizaron como "OTROS".</p> <p>Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p>
675	57	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 6 PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE LA VIGENCIA 2020 PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	El Valor de 3.635.986.134.556 se observa insuficiente. La fijación del presupuesto máximo por EPS del Régimen Contributivo muestra una disparidad que no guarda relación con el número de afiliados existentes, lo cual demuestra que hay inequidades y posibles errores en la metodología de recobros. Se debe incluir en cálculo de dichos valores, dado que está hecha sobre la base de recobros. Es por esto que entre EPS que tienen números de afiliados similares el presupuesto de Techo para NO PBS es diferente, con lo cual a las EPS que han hecho mayores recobros les corresponde mayor presupuesto y a las que no han hecho efectiva gestión del NO PBS un presupuesto menor. Esto demuestra lo inequitativo que va a ser el acceso a las tecnologías NO PBS en contra de la igualdad y cobertura universal que menciona la constitución y que ha sido ratificada por la corte constitucional en varias sentencias previas. Es por ello que la solución de fondo debería ser, llegar a un plan único	El Ministerio debe asegurar que no se omita ninguna EPS dentro del listado del Anexo 6. Así mismo que el presupuesto que tiene cada EPS está cumpliendo con la Carga de Enfermedad por grupo de Edad, con los parámetros de movilidad y de afiliación en el momento de la implementación, así como con las necesidades en medicamentos NO PBS que tiene la población afiliada a cada entidad independiente si se encuentra o no en los históricos de recobros. Se debe incluir en presupuesto el ingreso de nuevas tecnologías con registro sanitario 2019 y los medicamentos que no han sido dispensados por barreras de acceso del sistema y que se registran en la Superintendencia de salud como PQRS.	<p>Respuesta 57. Sobre los planteamientos presentados en este comentario, en particular respecto a que "El Valor de 3.635.986.134.556 se observa insuficiente. La fijación del presupuesto máximo por EPS del Régimen Contributivo muestra una disparidad que no guarda relación con el número de afiliados existentes, lo cual demuestra que hay inequidades y posibles errores en la metodología de cálculo de dichos valores, dado que está hecha sobre la base de recobros. (...)” debe reiterarse lo ya precisado en cuanto a que en el sistema existe la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, para la que se tienen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes de financiación para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, y en el que las EPS son funcionalmente las responsables de la gestión de la salud de los pacientes. En esta vía, el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>Sobre la metodología de Presupuestos Máximos, la información tomada para el cálculo de valor de referencia corresponde a los reportes realizados (base SII_MYT) por las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y las demás entidades recobrantes por la prestación de tecnologías no incluidas en el PBSUPC.</p> <p>Esta información de las vigencias 2015 a 2018 con corte junio de 2019, corresponde a información de vigencias consolidadas que dan cuenta del histórico de uso de servicios independientemente de las entidades involucradas incorporándose en el análisis el comportamiento incidente y prevalente de las tecnologías en salud. Así mismo, como otra medida de estimación prospectiva, en la metodología, se establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas.</p> <p>Respecto a su planteamiento de "El Ministerio debe asegurar que no se omita ninguna EPS. Así mismo que el presupuesto que tiene cada EPS está cumpliendo con la Carga de Enfermedad por grupo de Edad, con los parámetros de movilidad y de afiliación en el momento de la implementación, así como con las necesidades en medicamentos NO PBS que tiene la población afiliada a cada entidad independiente si se encuentra o no en los históricos de recobros (...)”, se precisa que efectivamente, todas las EPS fueron incluidas en los escenarios de cálculo no obstante, en los casos planteados en el Artículo 7. Metodología para definir el Presupuesto máximo para EPS que no presentan información, para las EPS que no tengan información de recobros/cobro para poder determinar un Presupuesto Máximo, se les asignará un presupuesto per cápita por la población afiliada a dicha EPS.</p> <p>Hay que tener en cuenta que el Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto, la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual, el cambio radica en el incentivo a la mayor eficiencia y gestión para las EPS, por lo que dando aplicabilidad a los postulados constitucionales y legales, en especial la Ley 1751 de 2015 y el propio artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, resulta claro que en ningún caso el cumplimiento del Presupuesto Máximo puede afectar la prestación del servicio de salud.</p> <p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.</p> <p>Finalmente, ante su comentario sobre "(...) Se debe incluir en presupuesto el ingreso de nuevas tecnologías con registro sanitario 2019 y los medicamentos que no han sido dispensados por barreras de acceso del sistema y que se registran en la Superintendencia de salud como PQRS (...)”, vale advertir que el presupuesto máximo se calcula para todas las tecnologías recobradas entre 2015 y 2018. Sin embargo pensando en situaciones como la mencionada en su solicitud, se identificaron en el primer semestre de 2019 tecnologías en salud recobradas sin precedente de recobro en los años mencionados, las cuales se incorporaron en el presupuesto máximo estimando un valor de referencia. De otra parte, a futuro esta metodología es susceptible de cambio, siendo probable considerar nuevas fuentes de información como la mencionada en su comunicado (PQRS de la Supersalud).</p>
676	58	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 7 ESTRUCTURA DE COSTOS PARA EL TRASLADO DE AFILIADOS PARA LA VIGENCIA 2020	Ponderación de la Estructura de Costos por grupos etéreos.	La Estructura de Costos debe estar en línea con los cambios en movilidad que tenga cada entidad en el momento de la implementación, al igual que con el perfil de riesgo de la población. Una estructura de costos por grupo etéreo, desconoce la dinámica del gasto en salud y sus variaciones que no son estáticas, ni unidimensionales.	<p>Respuesta 58. Previendo lo señalado en este comentario, este Ministerio ya contempló los efectos de la dinámica de movilidad dentro del sistema, incorporando al proyecto de resolución en el Artículo sobre "Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente", la posibilidad de ajustar mensualmente el Presupuesto Máximo debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual. En cuanto a su aseveración, esta asignación del per cápita precisamente busca reconocer las diferencias y variaciones de la dinámica del gasto en salud dentro de un grupo poblacional.</p> <p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
677	59	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	GENERAL	<p>Solicitar, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el concepto de Abogacía de la Competencia a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) con respecto del Proyecto de Resolución en estudio.</p>	<p>Los hechos:</p> <p>El Proyecto de Resolución en estudio incide sobre la competencia y el mercado. El proyecto actual de regulación impone precios de referencia/ valores máximos de medicamentos que no son precios de regulación afecta gravemente y una vez más nuestro derecho constitucional a la libre empresa y a la competencia.</p> <p>Fundamentos:</p> <p>1. Doctrina Constitucional:</p> <p>La Corte Constitucional no solo ha considerado la libre competencia económica como un derecho sino también como "principio rector de la economía". En ese sentido la Sentencia C-535/97, señaló: "La libre competencia, desde el punto de vista subjetivo, se consagra como derecho individual que entraña tanto facultades como obligaciones. En una perspectiva objetiva, la libre competencia adquiere el carácter de pauta o regla de juego superior con arreglo a la cual deben actuar los sujetos económicos y que, en todo momento, ha de ser celosamente preservada por los poderes públicos, cuya primera misión institucional es la de mantener y propiciar la existencia de mercados libres. La Constitución asume que la libre competencia económica promueve de la mejor manera</p>	<p>Respuesta 59. Sobre su propuesta de "Solicitar, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el concepto de Abogacía de la Competencia a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) con respecto del Proyecto de Resolución en estudio. Los hechos: El Proyecto de Resolución en estudio incide sobre la competencia y el mercado. El proyecto actual de regulación impone precios de referencia/ valores máximos de medicamentos que no son precios de regulación afecta gravemente y una vez más nuestro derecho constitucional a la libre empresa y a la competencia. (...)", la misma no es procedente en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos, de acuerdo con las normas que rigen el asunto, dado que el concepto de abogacía de la competencia debe solicitarse a la SIC sí, en la elaboración del proyecto de acto administrativo, se identifican circunstancias que pudieran afectar la libre competencia en los mercados.</p> <p>Para el caso de Presupuestos Máximos, dentro del proceso de construcción del proyecto de resolución, este Ministerio revisó el formato definido por la Superintendencia de Industria y Comercio "Evaluación de la incidencia sobre la libre competencia de los proyectos de actos administrativos con fines regulatorios", y concluyó que las reglas propuestas no afectan la libre competencia, ya que las medidas no pretenden regular los precios del mercado de estos servicios y tecnologías, sino que consisten en establecer valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado, no realiza fijación del VMR y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena, valor que es igual para los servicios y tecnologías que compartan el mismo principio activo y forma farmacéutica (grupo relevante), independientemente de su presentación comercial, teniendo en cuenta que el efecto terapéutico está dado por los primeros y no por la segunda, procurando de esta manera la mejor utilización de los recursos disponibles para los servicios y tecnologías a ser financiados con el Presupuesto Máximo.</p> <p>Es importante señalar que los Valores de Referencia como parte del cálculo de estimación del presupuesto máximo son un componente que en la metodología junto con las cantidades expresadas según la medida de cada grupo relevante, permiten establecer el monto de presupuesto máximo a transferir a cada EPS para la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación</p> <p>Para el cálculo de valor de referencia se toma todo el valor facturado por las entidades rectoras a la ADRES por el suministro de la tecnología en salud al paciente y al no constituirse en una regulación del mercado, permiten que el precio de compra y venta de medicamentos pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>En el mismo sentido, respecto del proyecto de resolución que está en consulta pública de la ciudadanía y que pretende adoptar los Presupuestos Máximos, no se avizora la necesidad del requerimiento de concepto previo, dado que, al analizar cada uno de los presupuestos del artículo 3 del Decreto 2897 de 2010, compilado en el artículo 2.2.2.30.1 del Decreto 1074 de 26 de mayo de 2015, se advierte que su objeto no tienen que ver con los elementos indispensables que predicen la incidencia en los mercados. En efecto, el proyecto de resolución:</p> <p>i) No limita la variedad de competidores en los mercados: Los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos son objeto de aplicación a las EPS, EOC e IPS y se fijan a nivel de grupo relevante y no a nivel de entidad rectora en particular. Dado que no constituye un precio de mercado, no impone restricciones a la entrada y salida de competidores, ni a los valores de negociación de dichos agentes. Adicionalmente, los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos, no se hace distinción por marca comercial.</p> <p>ii) No impone conductas a los agentes del mercado: El establecer Presupuestos Máximos a partir de valores de referencia (VR), no constituye un precio de mercado ni regula el funcionamiento del mismo, no afecta la posibilidad de que las EPS puedan comprar y escoger dichos servicios y tecnologías entre los diferentes proveedores existentes en el mercado, a su vez no tiene como alcance regular las relaciones contractuales de negociación entre los diferentes agentes de la cadena de comercialización de medicamentos, solamente indica el valor con el cual se realizó el cálculo de Presupuestos Máximos con los cuales las EPS deben financiar las tecnologías no PBS-UPC, a partir de valores de referencia para determinados servicios y tecnologías por pertenecer a un grupo con las mismas características.</p> <p>iii) No limita la capacidad de las empresas para competir: Tal como se señaló, los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos se fijan a nivel de grupo relevante y no a nivel de entidad rectora en particular, de tal manera que cualquier entidad rectora que quiera obtener el pago de determinado servicio o tecnología, si este pertenece a un grupo relevante, se pagará al valor determinado para ese grupo, independientemente de la entidad que lo esté cobrando, por lo que no se genera una condición de superioridad o de ventaja entre los competidores.</p> <p>iv) No limita la libre elección de los consumidores: Los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Adicionalmente, es preciso advertir que de ninguna forma limita la libre elección de los consumidores finales, que en este caso corresponden a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud afiliados al Régimen Contributivo, ya que el objeto de los valores de referencia (VR) aplica exclusivamente en el cálculo de los Presupuestos Máximos con los cuales las EPS deben financiar las tecnologías no PBS-UPC, y por tanto no reduce o suprime beneficios para los consumidores, ni afecta su posibilidad de comprar y escoger entre empresas y productos.</p> <p>En conclusión, de acuerdo con lo anterior, los Valores de referencia y el Presupuesto Máximo calculado con base en ellos, no constituyen de manera alguna un precio de mercado, y no regulan el valor sobre el cual se comercializan los grupos relevantes de medicamentos, ni interfieren sobre las transacciones comerciales entre los diferentes agentes del sector.</p>
678	60	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Observación de carácter general. Transparencia por parte de la autoridad regulatoria.	<p>Para efectos de evaluar la propuesta de la autoridad regulatoria es necesario contar por parte del regulado con toda la información sobre la cual se fundamenta.</p> <p>Se solicita a la autoridad regulatoria publicar toda la información pertinente que soporta la propuesta normativa.</p>	<p>El Ministerio de Salud y Protección Social no ha hecho pública la base de datos de los recobros por medicamentos, alimentos con propósitos médicos especiales (APME) ni procedimientos del período 2015 a 2019. Igualmente, y en particular para los APME, no ha publicado el listado individualizado de las presentaciones comerciales no financiadas con cargo a la UPC, incluidos en cada uno de los 13 grupos relevantes o categorías de</p>	<p>Respuesta 60. Sobre su solicitud de "(...) publicar toda la información pertinente que soporta la propuesta normativa (...)", es importante señalar que desde el 24 de diciembre de 2019 en aras de la transparencia y legitimidad, este Ministerio publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en la página web del ministerio en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>, subsitio Otros Estudios.</p> <p>De otro lado, en relación a su inquietud de "(...) no ha hecho pública la base de datos de los recobros por medicamentos, alimentos con propósitos médicos especiales (APME) ni procedimientos del período 2015 a 2019. Igualmente, y en particular para los APME, no ha publicado el listado individualizado de las presentaciones comerciales no financiadas con cargo a la UPC, incluidos en cada uno de los 13 grupos relevantes o categorías de APME (...)", la metodología define, para el caso de los APME agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto ni presentación comercial. En el enlace arriba señalado, está la información necesaria para replicar la metodología del modelo Econométrico.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
679	61	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	APME's	La información utilizada para el análisis es de los años 2015, 2016 y 2017. No se tuvo en cuenta los años 2018 y 2019, desconociendo la dinámica de la demanda que se viene teniendo con la implementación de MiPres. Igualmente, se desconoce el hecho de que en los últimos años han entrado al mercado nuevos productos que hacen que la distribución de la demanda cambie sustancialmente. Los datos utilizados tienen un rezago de dos años, por lo cual no brinda información sobre la dinámica de la demanda de productos de nutrición, los precios y las referencias que actualmente se prescriben.		<p>En atención a sus observaciones sobre "(...) No se tuvo en cuenta los años 2018 y 2019, desconociendo la dinámica de la demanda que se viene teniendo con la implementación de MiPres. Igualmente, se desconoce el hecho de que en los últimos años han entrado al mercado nuevos productos que hacen que la distribución de la demanda cambie sustancialmente. (...), es importante aclarar que la información de La ADRES utilizada en Presupuestos Máximos corresponde a la contenida en las bases origen de reconocimiento y pago efectivo de tecnologías no cubiertas por el PBS-UPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.</p> <p>Sobre sus observaciones en cuanto a contemplar como fuente de información las prescripciones MIPRES, es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recobro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES. Esta metodología es susceptible de cambio a futuro, contemplando nuevas fuentes de información como la mencionada en su propuesta.</p> <p>De otra parte, en el proyecto de norma se tiene previsto incluir, en el Artículo sobre "Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes.", que, el Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. El reporte se deberá realizar en los tiempos y condiciones establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Finalmente, tal como se mencionó en la respuesta 52, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución; todo esto derivado de las observaciones allegadas a través de la consulta ciudadana.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>	
680	62	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	APME's	La base de datos suministrada por el Ministerio no permite identificar los productos analizados por categoría. Sumado a lo anterior, al analizar la información de 2015 y parte del 2016 se tienen grandes inquietudes frente a la calidad y cantidad de datos analizados.		<p>Respuesta 62. Sobre sus inquietudes relacionadas con la base de datos y la identificación de los productos analizados, debe reiterarse lo señalado en la respuesta 60 en cuanto a que la metodología define, para el caso de los APME, agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto ni presentación comercial.</p> <p>La información necesaria para replicar la metodología del modelo Econométrico se encuentra en el enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>, subsitio Otros Estudios.</p>	
681	63	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	APME's	De los años incluidos dentro de la base se tiene cerca de 550.230 datos, al analizar la información de nutrición de la base de datos de MiPres de los años 2018 y 2019, se tiene un total de prescripciones de 493.691 (YTD) (2018: 228.243 y 2019: 265.448). Lo anterior, muestra que la información analizada representa sólo cerca del 50% del total de la demanda de productos, haciendo que los VMR asignados por categoría no representen el valor real de mercado.		<p>Respuesta 63. Sobre el particular, debe señalarse que la información tomada para el cálculo de valor de referencia corresponde a los reportes realizados (base SII_MYT) por las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y las demás entidades recobrantes por la prestación de tecnologías no incluidas en el PBSUPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.</p> <p>De otra parte, se debe precisar que la metodología propuesta en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, parte de reconocer el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos, aspecto que a todas luces es insostenible, por ello, en busca de la eficiencia se propone para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC, tener en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES).</p> <p>El Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p>	



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
682	64	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Ultima frase Undécimo Considerando, del primer párrafo de la página 3, en referencia al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad": "En ningún caso, el cumplimiento o del Presupuesto Máximo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio." Y. Décimo	CONSULTA: ¿Cómo el Ministerio de Salud dará manejo a los desabastecimientos asociados a la no oferta de medicamentos en el canal institucional en función que para algunos productos los Valores Máximos de Recobro (VMR) y los Valores de Referencia actuales resultan menores a los costos de producir y comercializar algunos productos? Y si bien es cierto, se ha afirmado que estos valores no representan precios máximos de venta, las instituciones deciden no comprar a precios inferiores a los valores de referencia que propone el Ministerio. Ejemplos de desabastecimiento: Propafenona y Colagenasa, entre otras decenas de productos. Se solicita al Ministerio de Salud y Protección Social retirar los valores de referencia del proyecto actual de Resolución. Se solicita al Ministerio de Salud y Protección Social retirar los valores de referencia del proyecto actual de Resolución. En caso que no lleguen a sersean retirados, se solicita aclarar de forma explícita que los valores son de referencia y NO constituyen un precio de regulación. Como también se solicita al Ministerio de Salud y Protección Social aclarar que el precio final de compra y venta de medicamentos dependerá de los ejercicios de negociación entre los actores de la cadena de comercialización de medicamentos.	La información de precios de referencia para negociar puede ser consultada por cualquier actor a través de la fuente oficial SISMED: precios mínimos, promedio y máximos; y las bases de datos de la regulación de precios máximos de venta de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (CNPMDM). La regulación de los precios es competencia de la CNPMDM. De no darse esta claridad explícita se provocarán desabastecimientos temporales y definitivos en numerosos casos, además del desincentivo de ingreso de más competidores, anulando las ventajas de tarifas, innovación y calidad de producto y servicio que trae el ingreso de competidores en cada mercado relevante.	Respuesta 64. En referencia con sus planteamientos sobre el efecto de los valores de referencia (VR) en la oferta de algunos medicamentos ocasionando "(...) desabastecimientos asociados a la no oferta de medicamentos en el canal institucional en función que para algunos productos los Valores Máximos de Recobro (VMR) y los Valores de Referencia actuales resultan menores a los costos de producir y comercializar algunos productos (...) y frente a su solicitud de "(...) aclarar de forma explícita que los valores son de referencia y NO constituyen un precio de regulación (...)", este Ministerio señala categóricamente que en efecto, en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos éste Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado, no realiza fijación del VMR y en tal sentido dichos valores no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. En tal virtud, no se tiene previsto un efecto de desabastecimiento de productos derivado de la implementación de Presupuestos Máximos.  De otra parte, coincidimos en su planteamientos sobre la posibilidad de los diferentes actores de utilizar en sus negociaciones la información disponible en SISMED y las funciones de la CNPMDM en la regulación de precios de medicamentos; éste órgano fijó los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.
683	65	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Definición de grupo relevante para Alimentos de Propósitos Médicos Especiales. Artículo 3, Numeral 11, artículo	Establecer una definición explícita que permita al regulado conocer a priori en cuál categoría quedará agrupado el producto o fórmula de su interés.	El proyecto de normativa no establece una definición precisa de las categorías o grupos relevantes de los APME. El nombre de cada una de las 13 categorías o grupos relevantes no permite establecer a priori los APME que caben en una u otra categoría. Se requiere establecer explícitamente las características específicas de cada APME incluido en cada categoría o grupo relevante. Los límites entre una categoría y otra deben ser explícitos. Así mismo, debe considerarse la diferenciación con los micronutrientes y los valores históricos de los productos deben	Respecto de la agrupación utilizada en aplicación de la definición de grupo relevante para Alimentos de Propósitos Médicos Especiales, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
684	66	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuest o Máximo. "(...) se tomó como insumo la Base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios sociales complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES"	Nuevamente se reitera al Ministerio de Salud sean excluidos los valores de recobro inferiores al precio mínimo de venta de los medicamentos, el cual puede ser consultado en SISMED o pueden ser proporcionados por las compañías en los casos que los valores de referencia para el cálculo de los presupuestos máximos sean inferiores a los precios mínimos de venta y en algunos casos inferiores a los costos. Estas desviaciones pueden ser explicadas bien por errores de reporte o porque existen precios reportados a ADRES inferiores posterior a la transacción primaria (descuentos, acuerdos comerciales, bonificaciones, etc) por los cuales el laboratorio proveedor de la tecnología no debería ser afectado. Algunos de los mercados relevantes que presentan este fenómeno de poseer un VMR o valor de referencia menor al precio histórico de venta/costo del producto son: 1. Bosutinib (tabletas) 2. Propafenona (tabletas) 3. Colagenasa (crema) 4. Etoricoxib (tabletas) 5. Claritromicina (tabletas) 6. Claritromiciona (gránulos) 7. Betahistina (tabletas) 8. Rifaximina (tabletas) 9. Zolmitriptan (solución nasal) 10. Valaciclovir (tabletas) 11. Hidrocodona + naproxeno (tabletas) 12. Ezetimiba + Rosuvastatina (tabletas)	Los valores de referencia para el cálculo de los presupuestos máximos resultan inferiores a los precios mínimos de venta y en algunos casos inferiores a los costos., debe enfatizarse en que la metodología de Presupuestos Máximos se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información de La ADRES contenida en las bases origen de reconocimiento y pago efectivo de tecnologías no cubiertas por el PBS-UPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta. La gestión de la información de recobro/cobro es competencia de La ADRES, incluyendo la publicación de las bases de datos, este Ministerio es un usuario de dicho reporte.	Respuesta 66. Sobre su propuesta de que sean "(...) excluidos los valores de recobro inferiores al precio mínimo de venta de los medicamentos, el cual puede ser consultado en SISMED (...)", la misma no es procedente por cuanto, tal como se ha venido señalando, el Ministerio propuso la metodología contenida en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, reconociendo el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos e insostenibles, por ello, en busca de la eficiencia, para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC, se tienen en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES). Así las cosas, el Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.  También vale precisar que la metodología de Presupuestos Máximos contempla la detección y eliminación de valores atípicos tal como se describe en el paso No. 4 del Anexo 2, Metodología para la determinación del Valor de Referencia para los grupos relevantes de Medicamentos y Alimentos con Proposito Médico Especial - APME.  En cuanto a la aseveración de que "(...) Estas desviaciones pueden ser explicadas bien por errores de reporte o porque existen precios reportados a ADRES inferiores posterior a la transacción primaria (descuentos, acuerdos comerciales, bonificaciones, etc) (...) ", debe precisarse que tal como lo señala el Artículo 3, Definiciones., "22. Valor de recobro/cobro: corresponde al valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías 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, tampoco el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este Ministerio, ni al valor calculado para los servicios y tecnologías financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas.". Así las cosas, para efectos del cálculo se tomó el valor total de la factura (variable Valor Total recobrado de la base de datos de recobro/cobro).  Por último, en cuanto a su solicitud de "(...) publicar la base de datos de recobro/cobro para poder replicar los ejercicios. Los valores de referencia para el cálculo de los presupuestos máximos resultan inferiores a los precios mínimos de venta y en algunos casos inferiores a los costos.", debe enfatizarse en que la metodología de Presupuestos Máximos se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información de La ADRES contenida en las bases origen de reconocimiento y pago efectivo de tecnologías no cubiertas por el PBS-UPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta. La gestión de la información de recobro/cobro es competencia de La ADRES, incluyendo la publicación de las bases de datos, este Ministerio es un usuario de dicho reporte.  No obstante, en aras de la transparencia y legitimidad, este Ministerio publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> , subsitio Otros Estudios.	
685	67	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 7. Presupuest o máximo para EPS que no tiene recobros/cobro.	Se solicita unificar la base para ajustar el precio a la inflación.	A diferencia del PRI, no ajusta el precio a la inflación observada (año anterior) si no que lo hará sobre meta de inflación (lo que se estima para el año que viene) generando incertidumbre.	Respuesta 67. Sobre su observación al Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, en particular la relativa al mecanismo de ajuste del mismo, el Ministerio modificará este artículo del proyecto de resolución en los siguientes términos:  "Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base:  1. En el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República para los valores de referencia, PRI, valores máximos o valores promedio de las EPS, siempre y cuando no supere los VR.  2. En el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. El reporte se deberá realizar en los tiempos y condiciones establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.  En el evento que no se disponga de información del suministro y valores de los servicios y tecnologías en salud objeto del presente acto administrativo y para cada Grupo Relevante el Ministerio de Salud y Protección Social calculará el Presupuesto Máximo con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Adicionalmente, La ADRES para financiar posibles contingencias y desviaciones futuras descontará un 2.5% del valor del Presupuesto Máximo de la EPS que no envíe la información respectiva.  La ADRES comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el Presupuesto Máximo Final por cada EPS."	
686	68	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 13. No superación del Presupuest o Máximo.	La metodología planteada puede generar incentivos perversos para que el asegurador haga selección adversa de los pacientes, o que por vía administrativa demore o niegue la entrega de nuevas tecnologías, o que interpreten como de alto costo con el propósito de generar ahorros que irían directamente a su margen de utilidad.	Respuesta 68. En atención a las observaciones recibidas respecto del Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en el numeral 2., de este artículo del proyecto de resolución.  Sobre su comentario relacionado con que "La metodología planteada puede generar incentivos perversos para que el asegurador haga selección adversa de los pacientes", debe considerarse que en esencia este comportamiento aqueja a todo el sistema y debe ser tratado en el ámbito de la operación del aseguramiento por cuanto trasciende los propósitos del presente proyecto de resolución, sin perjuicio de lo cual, la norma propuesta dispone en el artículo denominado como "Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente", de medidas de ajuste debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, reconociéndole a las EPS el valor correspondiente para la atención de lo cubierto por el mecanismo.  Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.		

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
687	69	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. Para que no se presente la superación del Presupuesto Máximo las EPS deben gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos.	Frente al deber que le asiste al Ministerio de Salud y Protección Social de surtir del procedimiento de Abogacía de la Competencia establecido en el artículo 7° de la Ley 1340 de 2009 y demás normas concordantes. La Resolución que se pretende expedir tiene incidencia sobre la libre competencia, razón por la cual debe sujetarse al procedimiento de abogacía de la competencia según lo dispuesto en el 7° de la Ley 1340 de 2009. Lo anterior, de conformidad con las razones que se indican en la justificación:	Según lo dispuesto en el artículo 6° del Proyecto Regulatorio, Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, la metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS, depende sustancialmente de los valores de referencia de medicamentos y productos APME definidos en los Anexos 3 y 4 del mismo Proyecto. De la mano con lo anterior, el proyecto le impone a las EPS y a los agentes que intervienen en la cadena de valor los deberes previstos en los parágrafos 1 a 3 del Artículo 13. Aunque la Resolución no establece expresamente precios máximos regulados para medicamentos ni para productos APME, indirectamente termina teniendo este efecto, al establecer unos precios de referencia que se plantea "deben" ser tenidos en cuenta por las EPS. De hecho, de acuerdo con los parágrafos primero y tercero de la referida norma, el deber de tener en cuenta los valores de referencia no se limita únicamente a las EPS, sino que también se traslada a los importadores, productores y demás agentes comercializadores de estos productos, como agentes de la cadena de formación de valor. De lo anterior se colige que, en la práctica la regulación terminará incidiendo de manera directa sobre los precios de los medicamentos y productos APME.	Respuesta 69. Sobre su comentario acerca del "deber que le asiste al Ministerio de Salud y Protección Social de surtir del procedimiento de Abogacía de la Competencia establecido en el artículo 7° de la Ley 1340 de 2009 y demás normas concordantes. (...)", la misma no es procedente en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos, de acuerdo con las normas que rigen el asunto, dado que el concepto de abogacía de la competencia debe solicitarse a la SIC sí, en la elaboración del proyecto de acto administrativo, se identifican circunstancias que pudieran afectar la libre competencia en los mercados. Para el caso de Presupuestos Máximos, dentro del proceso de construcción del proyecto de resolución, este Ministerio revisó el formato definido por la Superintendencia de Industria y Comercio "Evaluación de la incidencia sobre la libre competencia de los proyectos de actos administrativos con fines regulatorios", y concluyó que las reglas propuestas no afectan la libre competencia, ya que las medidas no pretenden regular los precios del mercado de estos servicios y tecnologías, sino que consisten en establecer valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado, no realiza fijación del VMR y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena, valor que es igual para los servicios y tecnologías que compartan el mismo principio activo y forma farmacéutica (grupo relevante), independientemente de su presentación comercial, teniendo en cuenta que el efecto terapéutico está dado por los primeros y no por la segunda, procurando de esta manera la mejor utilización de los recursos disponibles para los servicios y tecnologías a ser financiados con el Presupuesto Máximo. Es importante señalar que los Valores de Referencia como parte del caculo de estimación del presupuesto máximo son un componente que en la metodología junto con las cantidades expresadas según la medida de cada grupo relevante, permiten establecer el monto de presupuesto máximo a transferir a cada EPS para la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación. Para el cálculo de valor de referencia se toma todo el valor facturado por las entidades recobrante a la ADRES por el suministro de la tecnología en salud al paciente y al no constituirse en una regulación del mercado, permiten que el precio de compra y venta de medicamentos pueda ser definido por quien corresponda. En el mismo sentido, respecto del proyecto de resolución que está en consulta pública de la ciudadanía y que pretende adoptar los Presupuestos Máximos, no se avizora la necesidad del requerimiento de concepto previo, dado que, al analizar cada uno de los presupuestos del artículo 3 del Decreto 2897 de 2010, compilado en el artículo 2.2.2.30.1 del Decreto 1074 de 26 de mayo de 2015, se advierte que su objeto no tienen que ver con los elementos indispensables que predicen la incidencia en los mercados. En efecto, el proyecto de resolución: i) No limita la variedad de competidores en los mercados: Los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos son objeto de aplicación a las EPS, EOC e IPS y se fijan a nivel de grupo relevante y no a nivel de entidad recobrante en particular. Dado que no constituye un precio de mercado, no impone restricciones a la entrada y salida de competidores, ni a los valores de negociación de dichos agentes. Adicionalmente, los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos, no se hace distinción por marca comercial. ii) No impone conductas a los agentes del mercado: El establecer Presupuestos Máximos a partir de valores de referencia (VR), no constituye un precio de mercado ni regula el funcionamiento del mismo, no afecta la posibilidad de que las EPS puedan comprar y escoger dichos servicios y tecnologías entre los diferentes proveedores existentes en el mercado, a su vez no tiene como alcance regular las relaciones contractuales de negociación entre los diferentes agentes de la cadena de comercialización de medicamentos, solamente indica el valor con el cual se realizó el cálculo de Presupuestos Máximos con los cuales las EPS deben financiar las tecnologías no PBS-UPC, a partir de valores de referencia para determinados servicios y tecnologías por pertenecer a un grupo con las mismas características. iii) No limita la capacidad de las empresas para competir: Tal como se señaló, los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos se fijan a nivel de grupo relevante y no a nivel de entidad recobrante en particular, de tal manera que cualquier entidad recobrante que quiera obtener el pago de determinado servicio o tecnología, si este pertenece a un grupo relevante, se pagará al valor determinado para ese grupo, independientemente de la entidad que lo esté cobrando, por lo que no se genera una condición de superioridad o de ventaja entre los competidores. iv) No limita la libre elección de los consumidores: Los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ente, no regulan las relaciones entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. Adicionalmente, es preciso advertir que de ninguna forma limita la libre elección de los consumidores finales, que en este caso corresponden a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud afiliados al Régimen Contributivo, ya que el objeto de los valores de referencia (VR) aplica exclusivamente en el cálculo de los Presupuestos Máximos con los cuales las EPS deben financiar las tecnologías no PBS-UPC, y por tanto no reduce o suprime beneficios para los consumidores, ni afecta su posibilidad de comprar y escoger entre empresas y productos. En conclusión, de acuerdo con lo anterior, los Valores de referencia y el Presupuesto Máximo calculado con base en ellos, no constituyen de manera alguna un precio de mercado, y no regulan el valor sobre el cual se comercializan los grupos relevantes de medicamentos, ni interfieren sobre las transacciones comerciales entre los diferentes agentes del sector.
688	70	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo.	Se solicita aclarar el tratamiento que recibirán los nuevos productos.	No es claro ¿qué pasa con la entrada de nuevos productos? ¿Deben clasificarse dentro de las categorías definidas y estarán inmediatamente cubiertas por el presupuesto máximo para cada EPS?	Respuesta 70. En cuanto a su solicitud de "(...) aclarar el tratamiento que recibirán los nuevos productos (...)", se reitera que los procedimientos nuevos quedan excluidos del presupuesto máximo y la vía para que sean considerados al interior del Sistema corresponde a la establecida en la Resolución 3804 de 2016, "Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS". En consonancia con lo anterior, este Ministerio tiene previsto incluir en el proyecto de resolución, Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Complementarios., un ajuste al numeral vi, en el que se señale que los servicios y tecnologías en salud nuevos en el país tendrán financiada con cargo a la ADRES, la evaluación de tecnología en salud en su componente económico que realice el IETS. En referencia con su inquietud de "(...) No es claro ¿qué pasa con la entrada de nuevos productos? ¿Deben clasificarse dentro de las categorías definidas y estarán inmediatamente cubiertas por el presupuesto máximo para cada EPS?.", el Ministerio incluirá ajustes al Artículo 18. Numeral 2., definiendo el procedimiento que permita establecer la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica del medicamento, la que en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado. Este ajuste al numeral 2., permite a las EPS sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada; además, aporta información válida que sirve para la toma de decisiones por parte del profesional de la salud; este ajuste en esencia contempla que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud y contar con evidencia científica, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior. Vale advertir que en todo caso, entre tanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo; así mismo, 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. Por otra parte, 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.
689	71	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios.	Se solicita aclarar cómo aplicará a futuro la metodología especialmente por disponibilidad de datos en la base de recobros/cobros.	El Ministerio aún está en proceso de actualización para codificación de procedimientos (por ejemplo, monitoreo flash de glucosa que se pedirá crear en 2020), para lo cual no deja claro cómo aplicará a futuro la metodología especialmente por disponibilidad de datos en la base de recobros/cobros.	Respuesta 71. Sobre su solicitud de "(...) aclarar cómo aplicará a futuro la metodología especialmente por disponibilidad de datos en la base de recobros/cobros (...)", debe precisarse que en el proyecto de resolución se han dispuesto dos acciones: i) según se propone en el artículo 42, el Ministerio ha contemplado un proyecto de acto administrativo que define la estructura de solicitud de información que a futuro las EPS deben reportar para el estudio y seguimiento a los presupuestos máximos, donde será MIPRES la fuente de seguimiento, y ii) en el mismo artículo 42 del proyecto de resolución de Presupuestos Máximos, se señala los plazos para el reporte de información por parte de las EPS de forma bimestral e indica que "En todo caso, las Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado reportarán la información que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, para adelantar el estudio y seguimiento de los Presupuestos Máximos". Respecto a su inquietud relacionada con "El Ministerio aún está en proceso de actualización para codificación de procedimientos (por ejemplo, monitoreo flash de glucosa que se pedirá crear en 2020), para lo cual no deja claro cómo aplicará a futuro la metodología especialmente por disponibilidad de datos en la base de recobros/cobros.", se reitera que los procedimientos nuevos quedan excluidos del presupuesto máximo y la vía para que sean considerados al interior del Sistema corresponde a la establecida en la Resolución 3804 de 2016, "Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS". En consonancia con lo anterior, este Ministerio tiene previsto incluir en el proyecto de resolución, Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Complementarios., un ajuste al numeral vi, en el que se señale que los servicios y tecnologías en salud nuevos en el país tendrán financiada con cargo a la ADRES, la evaluación de tecnología en salud en su componente económico que realice el IETS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
690	72	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 19. Numeral VI) Los APME que no cumplan lo descrito en el párrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo.	El Artículo 22 no tiene paragrafo 3. Es pertinente ajustar el texto para que queden los criterios		Respuesta 72. En consideración a su comentario sobre la inexistencia de un párrafo 3 en el artículo 22 del proyecto de resolución de Presupuesto Máximo, en efecto el Ministerio ajustará la redacción, toda vez que el citado párrafo 3, pertenece al artículo 21, correspondiente a los APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo.
691	73	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 21. Prescripción	El listado de APMEs debe ser público y estar disponible en la página de INVIMA o del Ministerio de Salud, con sus respectivas actualizaciones. Se debe tener un listado por producto que indique a qué categoría pertenece. Se solicita aclarar que para APMEs no existe denominación común internacional y que la prescripción seguirá realizándose de acuerdo a las categorías descritas en MiPres por marca comercial y diferenciando entre productos líquidos y en polvo. Propuesta: Artículo 21. Prescripción. La prescripción se realizará (...) condiciones descritas en este acto administrativo. Dado que para APMEs no existe denominación común internacional, la prescripción seguirá realizándose de acuerdo a las categorías descritas en MiPres por marca comercial y diferenciando entre productos líquidos y en polvo. (Texto propuesto subrayado).	No todos los productos están registrados como lo dicta la resolución de VR , ya que desde final de 2017 los registros se alinearon a la guía de criterios técnicos de APME en donde los parámetros de clasificación son diferentes; incluso varios APMEs fueron evaluados y aprobados antes de la publicación de esta guía con una denominación diferente dentro del registro sanitario y en algunos casos estos productos están en Mipres aun cuando todavía tienen descripciones ajustadas a alimentos convencionales.	Respuesta 73. Respecto a sus observaciones es necesario señalar que la metodología de Presupuestos Máximos define, para el caso de los APME agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial.  De otra parte, el listado de APME se encuentra en el INVIMA y puede ser consultado a través de su página web, la cual permite consultas de registros sanitarios y revisar los productos de interés de cualquier ciudadano.  En la actualidad tenemos 152 alimentos para propósito médico especial parametrizados para su prescripción a través de MIPRES; es cierto, que cada uno de estos son productos sumamente especializados y de gran importancia para la terapia nutricional, que además brindan alternativas completas a los grupos de soporte nutricional en el ámbito clínico, siendo estos equipos de expertos profesionales quienes al final del día definen cual será el producto y/o terapia nutricional que responde a las necesidades específicas de cada paciente.  En este sentido, es importante mencionar que para el proceso que actualmente adelanta este Ministerio, relacionado con la definición del Presupuesto Máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial; partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017, en estado aprobado, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.  Es así, que este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) por parte de La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (La ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME).  Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional; claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, el origen de la proteína puede ser diferente, así como los procesos tecnológicos utilizados para su fabricación. Es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.
692	74	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 21 Parágrafo 2	Se solicita clarificar que aplica tanto para medicamentos como para APMEs. Propuesta: Parágrafo 2. La prescripción de medicamentos y de APMEs deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, las recomendaciones (...) (Texto propuesto subrayado)		Respuesta 74. En cuanto a su propuesta de incluir a los APME en el alcance del párrafo 2 del artículo 21 del proyecto de resolución, que señala: "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 (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); (...)", la misma es acogida y se ajustará en la redacción del texto, en razón a que los APME al igual que los medicamentos, solo pueden ser prescritos por el personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia, que en este caso está limitado al médico tratante.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
693	75	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Artículo 24. Registro sanitario. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un medicamento o a 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.	Se solicita mayor claridad en este punto. Actualmente hay productos evaluados como APMEs bajo distintos parámetros y cuya denominación no está de acuerdo a la definición adoptada en la Guía de APME de 2017 y se encuentran en MIPRES.		<p>Respuesta 75. En referencia con lo planteado, debe considerarse en principio que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda (Artículo 18 del Proyecto de resolución). No hacen parte del Presupuesto Máximo las tecnologías y servicios financiados con cargo a la UPC y los excluidos explícitamente de financiación con recursos públicos asignados a la salud, en virtud a lo definido en los artículos 18, 19 y 20 del proyecto de resolución, en la cual también se detalla la metodología utilizada para establecer las tecnologías y servicios financiados con Presupuestos Máximos.</p> <p>En cuanto a su comentario de que "(...) Actualmente hay productos evaluados como APMEs bajo distintos parámetros y cuya denominación no está de acuerdo a la definición adoptada en la Guía de APME de 2017 y se encuentran en MIPRES.", debe atenderse a lo definido en el Artículo 21. Prescripción, parágrafo 3, que a su tenor dice: "El APME no financiado con cargo a la UPC 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, 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."</p> <p>Los APME se encuentran denominados de esta manera en su respectivo registro sanitario INVIMA. Los criterios para el otorgamiento de registros sanitarios, como alimentos para propósito médico especial fueron definidos en el año 2016 conjuntamente con el INVIMA, de manera que hoy en día los productos que cumplen con los criterios mencionados, cuentan con su registro sanitario como APME; algunos muy pocos que se encuentran en MIPRES, y que aunque cumplen con los criterios de APME, no tienen tal descripción en el registro sanitario, se encuentran en proceso de actualización del mismo ante el INVIMA.</p>
694	76	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 1 METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPOSITO MEDICO ESPECIAL- APME	Se solicita al Ministerio de Salud y Protección Social divulgar la metodología empleada y sus detalles, entre ellos los que se relacionan en el comentario a continuación en la columna Justificación, pero sin limitarse a los mismos.	<p>Conocer el detalle de la metodología empleada brindará seguridad y facilitará la solución a muchas de las dificultades planteadas en estos comentarios.</p> <p>En cuanto al modelo estimado:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- No se presenta la metodología econométrica de estimación y el número de observaciones utilizadas. Por el coeficiente Alpha se presume que el estimador es efectos fijos.</li><li>- Calcular la tasa delta por grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida carece de sentido al agrupar tecnologías con propósitos y niveles de demanda distintos.</li><li>- ¿Cómo se miden las actividades asociadas a la entrega de medicamentos?</li><li>- ¿Cuál es la interpretación del coeficiente phi como tasa de crecimiento por grupo relevante? ¿Este coeficiente mide como un incremento en la tasa de crecimiento de determinado grupo (que comparta la misma unidad de medida) aumenta el logaritmo de las Unidades Mínimas de Concentración por grupo relevante?</li><li>- Según lo expuesto en la metodología, la estimación del panel de datos se realiza para todos los grupos relevantes lo cual genera una alta heterocedasticidad en el término de error, esto invalida el uso de esos parámetros para la toma de decisiones. Incluir medicamentos de alto costo o con baja prevalencia con</li></ul>	<p>Respuesta 76. En atención a sus observaciones es necesario precisar que el método econométrico corresponde al de datos panel. Se realizan pruebas para definir el modelo y corresponde al de efectos fijos. El número de observaciones corresponde a la información de los años 2015 a 2018 para los grupos relevantes identificados.</p> <p>De otro lado, tener grupos relevantes con el mismo principio activo y forma farmacéutica es una forma de agrupar las tecnologías que son comparables, luego incluir el criterio de la misma unidad de medida permite agrupar tecnologías para calcular las tasas de crecimiento en los recobros. Esto permite identificar cómo se comportan los grupos relevantes en la prestación de las tecnologías de la población cubierta en el sistema de salud.</p> <p>La interpretación del coeficiente estimado corresponde a la tasa de crecimiento anual de las diferentes unidades de medida de los grupos relevantes del modelo planteado. Para identificar la tasa de crecimiento anual de los grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida se aplica el antilogaritmo, se le resta uno y a este resultado se multiplica por 100, según lo establecido en la resolución.</p> <p><math display="block">[TASA\ DELTA]_{-}(i,t)=[(((Exp(\Phi)_{-})-1)*100)]</math></p> <p>Ahora, la interpretación corresponde a la tasa de crecimiento porcentual anual en Unidades Mínimas de Concentración (UMC) de cada una de las diferentes unidades de medida que tienen los grupos relevantes.</p> <p>Como se ha mencionado, los datos de las cantidades de los recobros/cobros presentan distintas características, por ello se construyeron los grupos relevantes que comparten el mismo principio activo y forma farmacéutica junto con las Unidades Mínimas de Concentración. Esto permite identificar grupos con similares características. La fortaleza de la metodología de datos panel nos permite identificar el comportamiento de cada uno de los grupos relevantes construidos y se incluye el criterio de la unidad de medida que contribuyen a agrupar tecnologías similares en principio activo, forma farmacéutica y unidad de medida. Al realizar las estimaciones se utilizan las variables en logaritmos para disminuir la varianza de los datos y estimar las tasas de crecimiento anual de los grupos identificados con igual unidad de medida. Una vez realizadas las estimaciones se corrigen los posibles problemas de varianza y correlación relacionados con las características de los datos pero que en ningún momento desvirtúan la especificación y forma funcional del modelo establecido.</p> <p>El modelo no utiliza diferencias de las variables del modelo por lo cual no es válida la interpretación que se hace en la pregunta. Ahora, para los años en que un grupo relevante aparece con valor cero, no es que la información no exista, sino que en ese año no se presentaron recobros en ese grupo relevante y precisamente una de las bondades del método de estimación corresponde a que el modelo es fuertemente balanceado en los datos y grupos. El número de años del modelo corresponde a cuatro que corresponde a la información de los años 2015, 2016, 2017 y 2018.</p> <p>El modelo no es un modelo de demanda y corresponde a los modelos de crecimiento, de los cuales existe literatura de teoría económica para su profundización.</p> <p>El modelo no incluye variables dicotómicas porque la variable tiempo de los grupos relevantes con la misma unidad de medida tienen implícita la variable dicotómica que permite identificar esta característica en el modelo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
695	77	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 2 METODOLOGÍA PARA LA DETERMINACIÓN DEL VALOR DE REFERENCIA PARA LOS GRUPOS RELEVANTES DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL-APME.	Consistente con la propuesta formulada para el Artículo 21, se solicita mantener la clasificación empleada en MiPres dividiendo productos líquidos y en polvo, evitando así confusiones tanto para los prestadores como a los aseguradores y operadores logísticos.	Dado que la clasificación hecha fue solamente teniendo en cuenta la naturaleza de la proteína y la densidad calórica se quedan por fuera otros parámetros que afectarían ese VR, como la cantidad de proteína, la adición de nutrientes específicos en formulas especializadas que pueden ocasionar distorsión de los cálculos en ciertas categorías haciendo que se tenga un valor de VR sobrestimado o subestimado según los productos que hayan sido clasificados en las categorías que abarcan la mayoría de las fórmulas como son las polimérica normocalórica/ hipercalórica en polvo y líquido, donde está la mayoría de las fórmulas estándar y especializadas. La normatividad sanitaria vigente actual no define las Categorías relacionadas en el ANEXO 4. Adicionalmente, la presente propuesta de Resolución tampoco las define. La información actual disponible que utiliza la Autoridad Sanitaria para clasificar los APMEs está incluida en los "Criterios Técnico para la presentación de solicitudes de alimentos para propósitos médicos especiales", la cual en su numeral 5 establece una clasificación de APMEs "de acuerdo a las características de los nutrientes, composición, y uso específico", las cuales son: 1. Fórmulas poliméricas 2. Fórmulas oligoméricas 3. Fórmulas monoméricas	<p>En atención a su solicitud de "mantener la clasificación empleada en MiPres dividiendo productos líquidos y en polvo, evitando así confusiones tanto para los prestadores como a los aseguradores y operadores logísticos (...)", la misma no es procedente por cuanto ya se dispone de dicha distinción; además en virtud de que, tal como se ha venido señalando sobre la metodología aplicada para calcular el Presupuesto Máximo en el caso de los APME, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, el origen de la proteína puede ser diferente, así como los procesos tecnológicos utilizados para su fabricación. Es por eso que con este ejercicio, no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo con sus principales características nutricionales.</p> <p>Sobre el detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>
696	78	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	ANEXO 2 "Metodología para la determinación del valor de referencia para los grupos relevantes de Medicamentos y Alimentos con Propósito Médico Especial-APME". Numeral 2, Paso 1: Estandarización	Se solicita aclarar la metodología usada para el cálculo del Valor de Referencia para los APME. Así mismo, se solicita compartir los Grupos Relevantes de APME usados en el Paso 1 Estandarización del Anexo 2 de acuerdo al "uso específico del producto de soporte nutricional"	Los valores de referencia descritos en el Anexo 4 para categorías específicas son muy bajos. No es clara la metodología y/o el agrupamiento usado (Grupos Relevantes) para llegar a este valor.	<p>En cuanto a su solicitud de "(...) aclarar la metodología usada para el cálculo del Valor de Referencia para los APME. (...) compartir los Grupos Relevantes de APME usados en el Paso 1 Estandarización del Anexo 2 de acuerdo al "uso específico del producto de soporte nutricional" (...) Los valores de referencia descritos en el Anexo 4 para categorías específicas son muy bajos. No es clara la metodología y/o el agrupamiento usado (Grupos Relevantes) para llegar a este valor.", en cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Tal como se ha manifestado previamente, desde el 24 de diciembre de 2019 en aras de la transparencia y legitimidad, este Ministerio publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en la página web del ministerio en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>, subsitio Otros Estudios.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
697	79	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Anexos 4 y 5 Proceso formal de consulta pública de las bases de datos con que fueron calculados los Valores de Referencia de Procedimientos, Servicios Complementarios y Alimentos con Propósito Médico Especial (APMES).	La metodología para definir los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios, no contiene los anexos técnicos que soportan los valores de referencia del Anexo 5. Por lo cual solicitamos la publicación de la ficha técnica, como se publica para otro tipo de procesos, por ejemplo, medicamentos.	Para el caso de Procedimientos, Servicios Complementarios y Alimentos con Propósito Médico Especial (APMES), no hubo un espacio de consulta pública formal, suficiente y que, de forma transparente, permitiera evidenciar el origen de los cálculos de Valor de Reconocimiento (VR). Al hacerse públicos los VR, la revisión y garantía de precisión de la información es de vital importancia ya que estos se convierten en un referente de negociación y compra en el sistema. En la práctica este fenómeno se ha hecho evidente con la implementación de la Resolución 1019 de 2019 para el caso de medicamentos. Es claro que los valores de referencia no son los mismos VMR, pero para efectos de mercado, su uso como base de negociación y como referente de "valor máximo en el mercado" es el mismo. En el caso de APMES se observan VR extremos que no hacen sentido con la categoría, y que requieren ser revisados, como es el caso de fórmulas poliméricas hipercalóricas en polvo y las oligoméricas normocalóricas en líquido.	Respuesta 79. En consideración a las inquietudes y propuestas planteadas en su comentario, en particular sobre la relacionada con que "(...) La metodología para definir los valores de referencia de procedimientos y servicios complementarios, no contiene los anexos técnicos que soportan los valores de referencia del Anexo 5 (...)", debe iterarse que para evitar confusiones sobre los valores máximos y de referencia, se contempla la posibilidad de no incluir en el proyecto de resolución los valores de referencia o valores máximos (Anexos 3, 4 y 5), y en su lugar se prevé sacar una nota técnica para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo.  Respecto de su señalamiento de que "(...) No hubo un espacio de consulta pública formal, suficiente y que, de forma transparente, permitiera evidenciar el origen de los cálculos de Valor de Reconocimiento (VR) (...)", debe saber que, el proceso de socialización se surte con la publicación de este proyecto de resolución, la recepción de las observaciones y comentarios de la ciudadanía y grupos de interés, junto con las respuestas que sobre el particular se otorguen, en cumplimiento del Numeral 8, Artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.  Además, una vez se determine el texto definitivo del acto administrativo será publicado en el diario oficial para que sea de público conocimiento de la ciudadanía, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 1437 de 2011.  De otra parte, sobre su aseveración de que "(...) Al hacerse públicos los VR, la revisión y garantía de precisión de la información es de vital importancia ya que estos se convierten en un referente de negociación y compra en el sistema.(...)", el Ministerio insiste en que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo exclusivamente, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Finalmente, en relación con su planteamiento sobre los valores de referencia para APMES donde "(...) se observan VR extremos que no hacen sentido con la categoría, y que requieren ser revisados, como es el caso de fórmulas poliméricas hipercalóricas en polvo y las oligoméricas normocalóricas en líquido.", debe señalarse que para manejar una eventual dispersión de valores, en el Anexo 2. "Metodología para la determinación del valor de referencia para los grupos relevantes de Medicamentos y Alimentos con Propósito Médico Especial- APME", se abordan las alternativas para manejar la dispersión de los datos (Ver Paso 4. Detección de Valores Atípicos), las cuales comportan lo siguiente "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."  Cabe resaltar que los grupos relevantes comentados en su observación no son comparables, toda vez que cada grupo relevante se conforma por productos con características similares a su interior, pero con características diferentes frente los demás grupos relevantes APME.	
698	80	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Anexo 4. Listado de valores de referencia de Alimentos con Propósitos Médicos Especiales	Unificar conceptos normativos incluidos. Por ejemplo, "categoría" y "grupo relevante" Se debe tener un listado explícito que indique en qué categoría queda cada producto.	Por claridad normativa evitar conceptos no definidos. El concepto de "categoría" utilizado en el Anexo 4 aparece en la normativa como alternativa a "grupo relevante", sin estar definido en el proyecto de manera que al regulado le corresponde intuir que se trata de un concepto alternativo y sinónimo, sin estar explícitamente establecido como tal. La definición de grupos relevantes no se alinea de manera completa a ninguna clasificación de las manejadas para registrar los APMES en Colombia o para obtener su recobro. En la actual guía de APMES existe la siguiente clasificación: Fórmulas Poliméricas, modulares Fórmulas oligoméricas, Fórmulas monoméricas, Fórmulas modulares y fórmulas para enfermedades específicas. Estas últimas fueron eliminadas de la clasificación propuesta para calcular los VR, pese a que en comunicaciones del Ministerio hacia el INVIMA se ratifica por ellos esta clasificación. Desde finales de 2017 se obtiene la aprobación de un APME con base en esta clasificación. La condición de normocalórico e hipercalórico no está definida en esta guía, los fabricantes toman como referencia este criterio de la Unión Europea u otro referente según el origen del producto. Muchos productos no incluyen en su denominación la naturaleza de la proteína ni la densidad energética.	Respuesta 80. Respecto a su observación sobre la utilización del término "Categoría" en el Anexo 4, se precisa que el mismo es equivalente al de "Grupo Relevante", y será ajustado.  De otra parte, sobre sus comentarios relacionados con que "(...) Se debe tener un listado explícito que indique en qué categoría queda cada producto (...)", debe advertirse nuevamente que la metodología define, para el caso de los APME agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto ni presentación comercial, conforme lo cual no es dable publicar el nivel de detalle solicitado.  En cuanto su aseveración de que la "(...) definición de grupos relevantes no se alinea de manera completa a ninguna clasificación de las manejadas para registrar los APMES en Colombia o para obtener su recobro (...)", debe enfatizarse que el alcance de la definición planteada en el proyecto de resolución, corresponde al escenario de Presupuestos Máximos, por lo que en su construcción se realizó un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí.  Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional; claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, el origen de la proteína puede ser diferente, así como los procesos tecnológicos utilizados para su fabricación. Es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.  En cuanto a sus comentarios respecto a que "(...) Desde finales de 2017 se obtiene la aprobación de un APME con base en esta clasificación. La condición de normocalórico e hipercalórico no está definida en esta guía, (...)", y, "(...) Muchos productos no incluyen en su denominación la naturaleza de la proteína ni la densidad energética porque no fueron evaluados antes de la nueva guía, por lo que no es claro cómo se revisaron los productos para calcular los VR si en el listado del Invima (...)", es importante mencionar que para la definición de los grupos relevantes APME se tuvo en cuenta los alimentos que tienen características similares en su composición calórica y especificidades de los macro y micronutrientes, así como el uso específico que se ha otorgado a algunos de éstos. Los criterios para el otorgamiento de registros sanitarios, como alimentos para propósito médico especial fueron definidos en el año 2016 conjuntamente con el INVIMA, de manera que hoy en día los productos que cumplen con los criterios de la definición propuesta en el artículo sobre "Prescripción", parágrafo 3.ii., cuentan con su registro sanitario como APME; algunos muy pocos que se encuentran en MIPRES, y que aunque cumplen con los criterios de APME, no tienen tal descripción en el registro sanitario, se encuentran en proceso de actualización del mismo ante la entidad competente que es el INVIMA.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
699	81	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Anexo 4	Socialización de los criterios/racionales técnicos empleados para la agrupación de las diferentes fórmulas nutricionales en cada una de las 13 categorías definidas.	Los comercializadores de APMES además de la reunión de socialización en el Ministerio, no tuvieron un espacio de tiempo suficiente de consulta pública que de forma transparente permitiera entender el proceso, criterio y estándares de referencia por el cual se llegó a la definición de los 13 grupos relevantes.	<p>Sobre su solicitud de “socialización de los criterios/racionales técnicos empleados para la agrupación de las diferentes fórmulas nutricionales en cada una de las 13 categorías definidas (...)”, se reitera lo señalado en la respuesta 79 en cuanto a que el proceso de socialización se surte con la publicación de este proyecto de resolución, la recepción de las observaciones y comentarios de la ciudadanía y grupos de interés, junto con las respuestas que sobre el particular se otorguen, en cumplimiento del Numeral 8, Artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</p> <p>En atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Respecto a su observación de que “(...) Los comercializadores de APMES además de la reunión de socialización en el Ministerio, no tuvieron un espacio de tiempo suficiente de consulta pública que de forma transparente permitiera entender el proceso (...)”, considerando varias apreciaciones similares, el plazo para recibir las observaciones fue extendido. De otra parte, en aras de la transparencia y legitimidad, el Ministerio de Salud publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>, subsitio Otros Estudios.</p>
700	82	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Anexo 4	Consulta pública de la conformación de grupos relevantes para Alimentos con Propósito Médico Especial (APMES). Los 13 grupos relevantes en los cuales se propone sean agrupados todos los registros sanitarios de Alimentos con Propósitos médicos especiales (Anexo 4) no se ajusta a la definición de grupo relevante.	Los comercializadores de APMES no tuvieron un espacio de consulta pública que de forma participativa e incluyente permitiera definir de una manera deliberativa y técnica los grupos relevantes para APMES. Al ser un determinante del cálculo de VR y del cálculo de presupuestos máximos, ampliar la discusión sobre los grupos relevantes en APMES es de vital importancia para garantizar la precisión en la estimación. A diferencia de medicamentos y procedimientos médicos, que cuentan con estándares de agrupación bien definidos y de alta especificidad (ATC-5 o CUPs), los APMES carecen de un estándar de agrupamiento único, ameritando mayor discusión y entendimiento de las definiciones. Igualmente, algunas empresas consideran que existen productos APMES que no están bien representados o diferenciados dentro de los grupos relevantes definidos y que estos no permitirían lograr el mismo nivel de diferenciación que se alcanza con los estándares semánticos ATC-5 y CUPs (para medicamentos y procedimientos respectivamente). Es importante entender como las marcas y presentaciones comerciales disponibles en Colombia fueron agrupadas en los grupos relevantes. Al ser los VR un referente público para negociaciones y compras en el sistema de salud, la falta de claridad respecto a la relación de	<p>Respuesta 82. Sobre su comentario de que “Los comercializadores de APMES no tuvieron un espacio de consulta pública que de forma participativa e incluyente permitiera definir de una manera deliberativa y técnica los grupos relevantes para APMES (...)”, se reitera lo señalado en la respuesta 79 en cuanto a que el proceso de socialización se surte con la publicación de este proyecto de resolución, la recepción de las observaciones y comentarios de la ciudadanía y grupos de interés, junto con las respuestas que sobre el particular se otorguen, en cumplimiento del Numeral 8, Artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</p> <p>En cuanto a sus planteamientos respecto a que “(...) los APMES carecen de un estándar de agrupamiento único, ameritando mayor discusión y entendimiento de las definiciones. Igualmente, algunas empresas consideran que existen productos APMES que no están bien representados o diferenciados dentro de los grupos relevantes definidos (...)”, el Ministerio recalca la vocación de la estrategia de Presupuestos Máximos, cuya metodología de cálculo es un ejercicio de programación presupuestal que, con base en lo expuesto en la propuesta de resolución, establece unos recursos con destinación específica (No PBS-UPC) para cada EPS.</p> <p>Dichos recursos deben ser objeto de gestión por parte de cada EPS, de tal manera que las cantidades asignadas en el presupuesto máximo no sean excedidas, ya que como se expuso estas reflejan todos los determinantes de la demanda por estos servicios, entre ellos el perfil epidemiológico de los afiliados a cada EPS y las tecnologías requeridas para atenderlo, que se proyectan de acuerdo a un delta o crecimiento esperado con base a la estimación econométrica descrita en la propuesta de resolución.</p> <p>Dado que el monto en dinero del presupuesto máximo es una suma fija, cualquier desviación de las cantidades, se debe ajustar en los valores de referencia. Aquí es importante iterar que el valor de referencia no es un precio regulado. Así mismo, el precio de negociación hace parte del acuerdo de voluntades entre la EPS y sus proveedores.</p> <p>Es por lo anterior que para el caso de los Grupos Relevantes APME se hicieron agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; y dado que se trata de un ejercicio de presupuestal, objeto de gestión por parte de las EPS, no se hace cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial, conforme lo cual no es dable publicar el nivel de detalle solicitado.</p>
701	83	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Anexo 4. Listado de valores de referencia de Alimentos con Propósitos Médicos Especiales	Revisar los APME incluidos en cada categoría para efectos del calculo de su valor de referencia y publicar las variables incluidas en el cálculo.	Los valores referenciados por gramo son excesivamente bajos y no tiene consistencia con el mercado respecto a las características de nutrientes y composición y uso específico en el soporte nutricional. Existen rangos en la clasificación que presentan una variación entre \$2.263 por gramo y \$10. Al regulado le resulta imprescindible conocer los micro datos a partir de los cuales se realizaron los cálculos para poder evaluar y comentar la propuesta de la	<p>Respuesta 83. Sobre su solicitud de “Revisar los APME incluidos en cada categoría para efectos del cálculo de su valor de referencia y publicar las variables incluidas en el cálculo. Los valores referenciados por gramo son excesivamente bajos y no tiene consistencia con el mercado respecto a las características de nutrientes y composición y uso específico en el soporte nutricional (...)”, debe advertirse que ante varias apreciaciones similares, el Ministerio reviso minuciosamente la metodología aplicada, partiendo especialmente de la información utilizada (recobros/cobros en estado aprobado, años 2015, 2016 y 2017), información auditada por La ADRES que da cuenta de la facturación efectivamente recibida, de la cual se tomó la variable Valor Total del recobro (sin descuentos).</p> <p>Partiendo de estos valores reportados por las EPS, se aplicó la metodología descrita en el proyecto de resolución, incluyendo la detección de valores atípicos, conforme lo cual el Ministerio reafirma la fiabilidad de los resultados presentados, cuyos valores corresponden a la realidad reportada por las EPS.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
702	84	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	anexo 4	Las formulas APME para niños lactantes y pequeños deberían ser separadas de las categorías donde caen APMES para niños mayores y adultos.	Las necesidades energéticas de los niños lactantes son diferentes a las del resto de la población y muchos APMES para niños de este grupo etáreo no cumplen el criterio establecido para densidad energética. En la Resolución 719 estos alimentos están en una subcategoría diferente. Revisando los referentes internacionales no encontramos una clasificación que se ajuste a esta propuesta. Se listan a continuación algunos referentes a considerar para generar regulación específica para esta categoría: • Proposal for a new practicable categorization system for food for special medical purposes e Enteral nutritional products, Clinical Nutrition ESPEN 10 (2015) e219ee223. • Basics in clinical nutrition: Commercially prepared formulas, e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism 4 (2009) e212–e215. • Suggestions for terminology in clinical nutrition, e-SPEN Journal 9 (2014) e97ee108. • National food safety standard Guideline for Formulas for special medical purposes intended for infants, National Standards on Food Safety of P. R. China. • ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition, Clinical Nutrition 36 (2017) 49e64. • Enteral Nutrition Formula Selection: Current Evidence and Implications for Practice, Nutrition	Respuesta 84. Acerca de sus planteamientos sobre “Las formulas APME para niños lactantes y pequeños deberían ser separadas de las categorías donde caen APMES para niños mayores y adultos (...) En la Resolución 719 estos alimentos están en una subcategoría diferente.(...)”, y “Revisando los referentes internacionales no encontramos una clasificación que se ajuste a esta propuesta.(...)”, nuevamente se precisa que el alcance de la definición de Grupo Relevante APME planteada en el proyecto de resolución, corresponde al escenario de Presupuestos Máximos, por lo que en su construcción se realizó un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial; partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí. Los grupos relevantes APME corresponden entonces a agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto ni presentación comercial. Conforme lo anterior, no es procedente su propuesta de separar las formulas APME para niños lactantes y pequeños.  De otra parte, se insiste en que el Ministerio conoce la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional; claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, el origen de la proteína puede ser diferente, así como los procesos tecnológicos utilizados para su fabricación. Es por eso que con este ejercicio de incorporación de APME a Presupuestos Máximos no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.	
703	85	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	anexo 4	Al analizar la base de datos utilizada en la construcción de los valores de referencia se observa que en el grupo relevante Fórmula modular únicamente se utilizaron cinco (5) datos y en el grupo Fórmula para tratamiento de la desnutrición aguda infantil dos (2) datos. Proyectar el comportamiento y establecer un valor de referencia con poca información no permite entender adecuadamente la variable (precio de dichos grupos relevantes). Sumado a lo anterior, la estimación de los VMR para categorías tales como: Fórmula especial para enfermedades huérfanas (polvo), Fórmula especial para enfermedades huérfanas (líquido) y Fórmula oligomérica hipercalórica (líquido), se realizó con menos de 1.000 observaciones por cada categoría (635, 924 y 400, respectivamente), siendo un número de observaciones muy pequeño que no tienen representatividad dentro del total de prescripciones de cada categoría.		Respuesta 85. Ante sus apreciaciones relacionadas con “(...) Al analizar la base de datos utilizada en la construcción de los valores de referencia se observa que en el grupo relevante Fórmula modular únicamente se utilizaron cinco (5) datos y en el grupo Fórmula para tratamiento de la desnutrición aguda infantil dos (2) datos Proyectar el comportamiento y establecer un valor de referencia con poca información no permite entender adecuadamente la variable (precio de dichos grupos relevantes) (...)”,debe señalarse nuevamente que para la incorporación de los APME en el mecanismo de Presupuestos Máximos, el Ministerio tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social.  En esta información de vigencias consolidadas, se documenta el histórico de uso de servicios, APME inclusive), independientemente de las entidades involucradas, se constituye en la mejor información disponible, y la misma cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
704	86	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	anexo 4	<p>Establecer una clasificación de grupos para los APME es complejo debido a la amplia variedad de productos de soporte nutricional requeridos por personas con diferentes condiciones de salud. Este listado debe estar alineado y ser consistente con los criterios técnicos para los APME usados por la SEAB-INVIMA para sus evaluaciones, así mismo con la regulación o normatividad internacional sobre los APME. Es necesario revisar y construir nuevamente este listado, a través de una mesa técnica de expertos en diferentes áreas de conocimiento: nutricionistas, químicos, médicos especialistas, economistas, ingenieros de alimentos, entre otros. También es importante la participación de las diferentes partes interesadas: industria, academia, gobierno, ONGs, asociaciones médicas y de pacientes, entre otros.</p> <p>Según el comentario anterior de la propuesta, se requiere una mesa técnica de expertos para revisar y construir nuevamente este listado de categorías.</p>	<p>Los valores de referencia (que son la base del cálculo del PM) presentan un error en su cálculo estimado para cada grupo relevante de APME, por las siguientes razones:</p> <p>1. En Colombia no existe una regulación, hasta el momento, que establezca las diferentes categorías de APMEs, su clasificación y requisitos particulares. Por tal razón, los nombres de los alimentos otorgados a través de los registros sanitarios del INVIMA no siempre indican ni sirven para establecer la categoría estipulada en el presente proyecto. Aunque se ha hecho un intento por definir estas categorías desde hace algunos años, el INVIMA únicamente cuenta con un documento guía donde establece los criterios técnicos para las presentaciones de APMEs ante la SEAB. Dichos lineamientos se han aplicado desde el 2018 en adelante, sin embargo, no tienen carácter vinculante por no haber sido adoptados a través de resolución o decreto. Por otra parte, los registros sanitarios de APMEs concedidos en 2017 y años anteriores (con vigencia de 5 años) no siguen ningún tipo de clasificación con respecto a los nombres o categorías de APMEs. Esto quiere decir que existen registros vigentes de alimentos APMEs que no siguen los lineamientos del INVIMA, ni están obligados, hasta tanto no culmine su vigencia y sea necesario</p>	<p>Respuesta 85.</p> <p>Respuesta 86. En referencia con su planteamiento de que “En Colombia no existe una regulación, hasta el momento, que establezca las diferentes categorías de APMEs, su clasificación y requisitos particulares. (...) Es necesario revisar y construir nuevamente este listado, a través de una mesa técnica de expertos en diferentes áreas de conocimiento: nutricionistas, químicos, médicos especialistas, economistas, ingenieros de alimentos, entre otros. También es importante la participación de las diferentes partes interesadas: industria, academia, gobierno, ONGs, asociaciones médicas y de pacientes, entre otros. Según el comentario anterior de la propuesta, se requiere una mesa técnica de expertos para revisar y construir nuevamente este listado de categorías”, debe considerarse inicialmente que para orientar la incorporación de los APME en el escenario de Presupuestos Máximos, ya se tiene definido en el parágrafo 3, del artículo sobre “Prescripción” de APMES, que el APME no financiado con cargo a la UPC deberá cumplir unas determinadas condiciones para su prescripción, principalmente, estar registrado ante el INVIMA con su respectiva clasificación como alimento para propósitos médicos especiales, y, 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, 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.</p> <p>Se citan estas condiciones de prescripción de los APME planteadas en el proyecto de resolución, para precisar que su alcance corresponde al escenario de Presupuestos Máximos, al interior del cual en su construcción se realizó un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial APME; partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí. Los grupos relevantes APME corresponden entonces a agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial.</p> <p>De otro lado, cabe reiterar que la metodología de cálculo de presupuestos máximos es un ejercicio de programación presupuestal que, con base en lo expuesto en la propuesta de resolución, establece un presupuesto máximo para cada EPS. Dicho presupuesto debe ser objeto de gestión por parte de cada EPS, de tal manera que las cantidades asignadas en el presupuesto máximo no sean excedidas, ya que como se expuso estas reflejan todos los determinantes de la demanda por estos servicios, entre ellos el perfil epidemiológico de los afiliados a cada EPS, que se proyecta de acuerdo a un delta o crecimiento esperado con base a la estimación econométrica descrita en la propuesta de resolución.</p> <p>Dado que el monto en dinero del presupuesto máximo es una suma fija, cualquier desviación de las cantidades, se debe ajustar en los valores de referencia. Aquí es importante aclarar que el valor de referencia no es un precio regulado. En consecuencia, la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. Así mismo, el precio de negociación hace parte del acuerdo de voluntades entre la EPS y sus proveedores.</p> <p>Conforme lo anterior, dentro del mecanismo de Presupuestos Máximos en el componente APME, no es procedente su propuesta de conformar “(...) una mesa técnica de expertos para revisar y construir nuevamente este listado de categorías (...)”.</p>
705	87	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	anexo 4	<p>Se solicita revisar las inconsistencia que presentan los VMR fijado para las categorías Fórmula polimérica hipercalórica y Fórmulas oligoméricas normocalóricas</p> <p>En relación con el grupo relevante Fórmula oligomérica normocalórica en polvo, la metodología para eliminar los valores atípicos implica la eliminación del 28% de las observaciones. Esto situación revela la heterogeneidad tan amplia que existe en los valores de recobro que pueden ser consecuencia de una agrupación inadecuada.</p> <p>De la misma forma, para la categoría Fórmula Monomérica en polvo, la metodología para eliminar los valores atípicos implica la eliminación del 17% de las observaciones, evidenciando la alta heterogeneidad en los valores recobrados.</p>	<p>El VMR fijado para la categoría Fórmula polimérica hipercalórica debe estar errado, dado que productos que quedarían dentro de ese grupo y que son comercializados en el canal trade presentarían VMR de presentaciones comerciales 10 veces por encima del precio en el canal trade (farmacias). Igualmente, el VMR para formulas oligoméricas normocalóricas es extremadamente bajo, donde productos incluidos en esa categoría y que son comercializados en farmacias, tendrían un costo comercial (VMR por presentación) 10 veces por debajo del precio en el canal trade</p>	<p>Respuesta 87. En cuanto a su solicitud de “(...) revisar las inconsistencia que presentan los VMR fijado para las categorías Fórmula polimérica hipercalórica y Fórmulas oligoméricas normocalóricas (...)”, debe precisarse inicialmente que el Ministerio dentro del cálculo de Presupuestos Máximos no fija VMR, los cuales son potestad exclusiva de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM, sino Valores de Referencia (VR), para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo exclusivamente, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Ahora bien, tal como se ha precisado, para el caso de los APME se realizaron agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial. Por esta razón, los grupos relevantes APME no son comparables, toda vez que cada grupo relevante se conforma por productos con características similares a su interior, pero con características diferentes frente los demás grupos relevantes APME, del mismo modo y en consecuencia, el VR resultante solo es aplicable a los productos de su propia agrupación.</p> <p>En cuanto a las diferencias entre agrupaciones de APME y la existencia de Valores de Referencia (VR) “extremadamente bajos”, el Ministerio recalca la vocación de la estrategia de Presupuestos Máximos, cuya metodología de cálculo es un ejercicio de programación presupuestal que, con base en lo expuesto en la propuesta de resolución, establece unos recursos con destinación específica (No PBS-UPC) para cada EPS.</p> <p>Dichos recursos deben ser objeto de gestión por parte de cada EPS, de tal manera que las cantidades asignadas en el presupuesto máximo no sean excedidas, ya que como se expuso estas reflejan todos los determinantes de la demanda por estos servicios, entre ellos el perfil epidemiológico de los afiliados a cada EPS y las tecnologías requeridas para atenderlo, que se proyectan de acuerdo a un delta o crecimiento esperado con base a la estimación econométrica descrita en la propuesta de resolución.</p> <p>Dado que el monto en dinero del presupuesto máximo es una suma fija, cualquier desviación de las cantidades, se debe ajustar en los valores de referencia. Aquí es importante iterar que el valor de referencia no es un precio regulado y que el precio de negociación hace parte del acuerdo de voluntades entre la EPS y sus proveedores.</p> <p>En relación con sus observaciones relacionadas con que “el grupo relevante Fórmula oligomérica normocalórica en polvo, la metodología para eliminar los valores atípicos implica la eliminación del 28% de las observaciones. Esto situación revela la heterogeneidad tan amplia que existe en los valores de recobro que pueden ser consecuencia de una agrupación inadecuada”, debe advertirse nuevamente que la metodología para establecer los Grupos Relevantes APME realizó una agrupación basada en tres características (categoría, unidad de medida y presentación), que ante apreciaciones similares recibidas en la consulta pública, fue nuevamente revisada desde la metodología aplicada para tal agrupación, hasta la información utilizada (recobros/cobros en estado aprobado, años 2015, 2016 y 2017), información auditada por La ADRES que da cuenta de la facturación efectivamente recibida, de la cual se tomó la variable Valor Total del recobro (sin descuentos).</p> <p>Partiendo de estos valores reportados por las EPS, se aplicó la metodología descrita en el Anexo 2. Del proyecto de resolución, incluyendo la detección de valores atípicos (paso 4. Anexo 2.), conforme lo cual el Ministerio reafirma la fiabilidad de los resultados presentados en el Anexo 4., cuyos valores corresponden a la realidad reportada por las EPS.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
706	88	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	anexo 4	En el grupo Fórmula polimérica hipercalórica en unidad de mililitro el valor de referencia publicado es \$38,09, no obstante, la estimación evidencia un valor de \$38.30.		Respuesta 88. Ante la eventual diferencia planteada en su estimación del Valor de Referencia (VR) del grupo fórmula polimérica hipercalórica (líquido) de \$38.30, frente al VR propuesto en el Anexo 4., de \$38,09, el Ministerio reviso nuevamente los cálculos propuestos para la estimación del VR de todos los grupos relevantes APME, encontrando para el caso del grupo aludido los mismos resultados presentados en el proyecto de resolución. En consecuencia, para este grupo se mantiene el VR de \$38,09.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ámbos regímenes.
707	89	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	anexo 4	En el grupo Fórmula especial para enfermedades huérfanas en unidad de mililitro el valor de referencia publicado es \$ 154.95, no obstante, la estimación evidencia un valor de \$161.30.		Respuesta 89. Realizando la validación del cálculo de valor de referencia -VR en aplicación de la metodología del anexo número 2, el Ministerio de Salud y Protección Social mantiene el VR para el grupo relevante ID "2 - Fórmula especial para enfermedades huérfanas en unidad de mililitro" en \$154,95, tal como aparece en el Anexo número 4 del proyecto de Resolución.  Es importante mencionar, que una vez excluidos los registros de los valores atípicos en UMC en aplicación de la metodología, quedan un total de 919 registros.  Los índices de precios tomados para llevar a precios constantes del año de vigencia 2020 los valores recobrados del respectivo año corriente, son los siguientes:  De acuerdo a la variación del IPC serie histórica publicada por el Banco de la Republica:  Para 2016: 1.057 Para 2017: 1.041 De acuerdo a la inflación esperada dentro del marco fiscal de mediano plazo: Para 2018: 1.033 De acuerdo a la meta de inflación establecida por el Banco de la República: Para 2019: 1.030 Para 2019: 1.031  Es importante reiterar que el procesamiento de la base de datos descrita fue realizado en el software de minería de datos IBM SPSS Modeler 18.2 y la generación del resultado de VMR fue realizado en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.
708	90	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	anexo 4	En el grupo Fórmula polimérica hipercalórica en polvo todos los productos recobrados tienen una concentración de 300 gramos, sin embargo, actualmente en el sistema de salud se prescriben productos de fórmula polimérica hipercalórica en polvo con presentaciones de más de 400 gramos, los cuales no son tenidos en cuenta dentro del análisis.		Respuesta 90. En atención a su comentario en el que plantea que "(...) actualmente en el sistema de salud se prescriben productos de fórmula polimérica hipercalórica en polvo con presentaciones de más de 400 gramos, los cuales no son tenidos en cuenta dentro del análisis.", tal como se ha venido aclarando, para la incorporación de los APME en el mecanismo de Presupuestos Máximos, el Ministerio tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, y 2017 con fecha de corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social.  Al tomar todo el reporte de información de vigencias consolidadas, se documentó el histórico de uso de servicios, con los diferentes productos APME inclusive (si fueron objeto de recobro), independientemente de las entidades involucradas, constituyéndose así en la mejor información disponible, que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.
709	91	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	anexo 4	Generar grupo relevante independiente para Inmunonutrición	Es una categoría independiente, identificable y diferenciada en MIPRES. "Formulas Inmunomoduladoras Arginina, Glutamina, w3, ácidos grasos, nucleótidos y antioxidantes." La inmunonutrición es una intervención especializada respaldada en guías de práctica clínica internacionales que se enfoca en atenuar la respuesta fisiológica y proveer una adecuada suplementación nutricional para contrarrestar los efectos del catabolismo intra y postoperatorio, generados como consecuencia de la intervención quirúrgica. Sus componentes individuales basados en Arginina, Glutamina, w3, ácidos grasos, nucleótidos y antioxidantes, así como su acción biológica, no pueden ser sustitubles por otras fórmulas	Respuesta 91. En cuanto a su propuesta de "Generar grupo relevante independiente para Inmunonutrición (...)", en el momento la misma no es procedente, toda vez que para el proceso que actualmente adelanta este Ministerio, relacionado con la definición del Presupuesto Máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, ya se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial APME; partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016, 2017, en estado aprobado, que fueron financiados con recursos públicos de la salud. Conforme lo señalado, para el caso de los Grupos Relevantes APME se hicieron agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; y dado que se trata de un ejercicio de presupuestal, objeto de gestión por parte de las EPS, vale reiterar que no se hace el cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial  En este punto, el Ministerio recalca la vocación de la estrategia de Presupuestos Máximos, cuya metodología de cálculo es un ejercicio de programación presupuestal que, con base en lo expuesto en la propuesta de resolución, establece unos recursos con destinación específica (No PBS-UPC) para cada EPS.  Dichos recursos deben ser objeto de gestión por parte de cada EPS, de tal manera que las cantidades asignadas en el presupuesto máximo no sean excedidas, ya que como se expuso estas reflejan todos los determinantes de la demanda por estos servicios, entre ellos el perfil epidemiológico de los afiliados a cada EPS y las tecnologías requeridas para atenderlo, que se proyectan de acuerdo a un delta o crecimiento esperado con base a la estimación econométrica descrita en la propuesta de resolución.
710	92	3/01/2020	202042300008312 202042300026002	ANA MARIA VESGA GAVIRIA Directora Ejecutiva Cámara de la Industria Farmacéutica	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	APME's	Ampliación del tiempo de consulta	El tiempo estipulado para revisión y observaciones a la metodología de cálculo de los VR de APMES, Procedimientos y Servicios Complementarios es demasiado corto considerando que para el caso de medicamentos el plazo fue mayor. Esto permitió poder plantear ajustes técnicos	Respuesta 92. En cuanto a su solicitud de "Ampliación del tiempo de consulta (...) El tiempo estipulado para revisión y observaciones a la metodología de cálculo de los VR de APMES, Procedimientos y Servicios Complementarios es demasiado corto", considerando varias apreciaciones similares, el plazo para recibir las observaciones fue extendido.  De otra parte, en aras de la transparencia y legitimidad, el Ministerio de Salud publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> , substitio Otros Estudios.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
711	1	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo	Para el cálculo de Régimen Contributivo se debe tomar en cuenta las bases de datos MIPRES, con el fin de verificar las prescripciones NO PBS	Se solicita que en la Resolución se registre que fuentes de información se registro para el presupuesto de Régimen Contributivo y movilidad, así mismo verificar las prescripciones MIPRES vigencias 2017,2018 y primer semestre 2019. Realizar un comparativo de precios por tipo de tecnología, tener en cuenta las prescripciones del segundo semestre 2019 más los recobros realizados al	En el artículo 5 se expresa claramente la fuente de información de Régimen Contributivo. En cuanto a su propuesta de utilizar las bases de datos Mipres es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recobro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES. Las prescripciones utilizadas son las reportadas hasta el primer semestre de 2019.
712	2	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado	-.- Incorporar el anexo de la "Metodología para establecer el Presupuesto Máximo por EPS de Servicios Sociales Complementarios para los Regímenes Contributivo y Subsidiado".	-.- La descripción del artículo 6 no presenta mayor detalle frente a la metodología para llegar a los valores de referencia de los conglomerados.	Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.  Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2.
713	3	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado	-.- Ampliar la información sobre las características que hacen parte de cada uno de los conglomerados definidos para los servicios sociales complementarios contenidos en el Anexo N. 5.  Adicionalmente describir a que hace referencia el concepto de OTROS.		"Otros" hace referencia a las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de procedimientos y servicios complementarios de la tabla de referencia Mipres.  Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.
714	4	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 8. Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente	Teniendo en cuenta el calculo de per cápita mensual y anual solicitamos que se adicione si los ajustes a este presupuesto lo realizaran de manera mensual o trimestral teniendo en cuenta la información solicitada por Adres.	En el presupuesto máximo proyectado no se encuentra los afiliados de las EPS que están liquidación a partir del segundo semestre del 2019.	Con respecto a su inquietud se recuerda que en el proyecto de resolución existe un artículo que habla de Transferencia del Presupuesto Máximo, en ella se precisa que la ADRES tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS, haciendo referencia a la transferencia mensual.  Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.
715	5	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Título II- Metodología Y Definición Del Presupuesto Máximo, Y Transferencia De Los Recursos Para La Gestión De Los Servicios Y Tecnologías En Salud Artículo 12. Transferencia del Presupuesto Máximo	Parágrafo: A partir del primer año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS.		En virtud de su observación y la de otros actores el Ministerio está contemplado retirar el paragrafo y retirar del artículo 12 el tema de las cuentas maestras por tanto la transferencia a las EPS será del 100% y este Ministerio dictaminará los días en los cuales se realizará dicha transferencia en el mes. Es importante recordar que el artículo en mencion tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
716	6	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. Numeral 3.	.- En caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso una gestión eficiente en cuanto a modelos de contratación, conformación redes y otras acciones como la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la expedición de la presente resolución.		Este artículo trata de la No superación del presupuesto máximo, es preciso recordar que las acciones frente a modelos de contratación, conformación de redes son responsabilidad de las EPS y fueron tenidas en cuenta en el apartado ACCESO: "Las EPS como responsables de la gestión realizaran seguimiento, monitoreo y auditoria según lo estimen conveniente y de conformidad con los mecanismos de contratación y acuerdo de voluntades, aspecto que se sugiere incorporar en los acuerdos de voluntades." por lo tanto no puede considerarse la adición de su solicitud como justificación a la superación del presupuesto máximo. Con respecto a su segunda solicitud se aclara que en ultimo artículo del presente acto normativo reza "La presente resolución rige a partir de su publicación".
717	7	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. Parágrafo 4	La ADRES deberá definir los procedimientos para determinar el riesgo de superación de los Presupuestos Máximos, En caso de superar el presupuesto máximo según sistema de alerta de MIPRES. La EPS garantiza el servicio y se realiza el cobro ante la	La EPS debe garantizar el servicio y permitir el cobro al ADRES.	El presupuesto Máximo es el valor que La ADRES transfiere a las EPS para que éstas 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; se ha de entender que la no superación del presupuesto máximo es el proposito que debe establecerse en la EPS y para ello eberá implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión, una adecuada defensa judicial y procesos de auditoria permanente que garantice una eficaz y oportuna aplicación de los recursos; por lo anterior no se considera pertinente adicionar su comentario.
718	8	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 15. Mecanismo Financiero y de Seguros.	Para mitigar el riesgo asociado a la gestión del Presupuesto Máximo, las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros, este mecanismo no restringe el reconocimiento de una posible desviación del presupuesto máximo, ni de presupuestarse el porcentaje definido para posibles desviaciones del presupuesto máximo)		La ley 1955 en el artículo 240 parágrafo reza "...Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC..." esto por tanto evidente que estos mecanismo no restringuen las desviaciones que se puedan detectar; adicionalmente dentro del articulo refuerza diciendo "...En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada contemplado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015." Dicho lo anterior no se considerar adicionar al texto su observación.
719	9	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 16. Acceso.	Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, quienes deberán garantizar de igual manera por la optimización de los recursos asignados según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de atención, gestión, concertar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes. En todo caso las EPS podrán contratar en forma integral el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y financiados con cargo al Presupuesto Máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación. En todo caso las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud. Parágrafo 1: Las EPS e IPS como responsables de la gestión realizaran seguimiento, monitoreo y auditoria según lo estimen conveniente y de conformidad con los mecanismos de contratación y acuerdo de voluntades.		Con respecto a incorporar nominalmente a los otros actores en apartado ACCESO, el Ministerio está contemplando realizar ajustes en el artículo seguimiento, control y monitoreo. Por lo tanto se aclara que respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoria y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.  Con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.  Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES realizará un piloto para evaluar y ajustar la metodologia propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.
720	10	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSAL UD	Artículo 18. Numeral 4.	4. Los Servicios Sociales Complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente. En todo caso estos servicios deberán ser informados a		Según las observaciones recibidas por distintos actores el Ministerio esta contemplando realizar cambios sobre el numeral 4 para dar mayor precisión. Es de aclarar que sobre los "servicios sociales complementarios", por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
721	11	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTAMPUD	Artículo 19. Medicamentos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios.	vii) Los Medicamentos y Procedimientos nuevos en el País. ix) Los procedimientos realizados fuera del país. Parágrafo: La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), determinará los procesos, procedimientos de cobro para la radicación de la facturación que no está incluida tanto para el régimen subsidiado y Contributivo y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo. vi) Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo. (Realizar la verificación ya que en este artículo no se registra el parágrafo 3)	Es importante que en este artículo se registre el proceso que se debe realizar cuando los procedimientos, APME, medicamentos no están financiados con cargo al presupuesto máximo	No se acepta su solicitud en cuanto a adicionar medicamentos, ya que solo los no financiados con cargo a presupuesto máximo son: Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia, los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada o por medio de acuerdos de riesgo compartido según lo determine este ministerio, los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya siendo este último limitado hasta que se defina su financiación por presupuestos máximos.  Con respecto a los procedimientos realizados fuera del país, se aclara que el artículo 15 de la ley 1751 de 2015 afirma "... En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:...f) Que tengan que ser prestados en el exterior. Teniendo en cuenta su observación y la de otros actores sobre el parágrafo este se ajustará.
722	12	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTAMPUD	Artículo 31. Concordancia entre la prescripción y la dispensación	En cumplimiento a lo descrito en el artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del dispensador del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Número 780 de 2016, el dispensador no podrá entregar cantidades diferentes (ni mayores ni menores) a las requeridas para cumplir lo ordenado en la prescripción médica, amparándose en la presentación comercial de los medicamentos. (La prescripción será de acuerdo con la presentación aprobada por el INVIMA y en caso de que no se dé, el dispensador podrá entregar de acuerdo con el INVIMA ante presentaciones no fraccionables, en el ámbito ambulatorio.)		La construcción del artículo responde a la correlación directa que debe existir entre las cantidades de medicamento que el personal de salud formula y lo que es dispensado al usuario. La concordancia entre estas cantidades se encuentran fundamentadas en lo que ordena el Decreto Único Reglamentario del sector Salud. El ajuste, adecuación de dosis y fraccionamiento mediante reempaque de ser necesario es un proceso que el ente competente para tal fin (INVIMA) certifica, por lo cual es obligación de las EPS que en sus procesos contractuales de contratación se incluya el cumplimiento de estos estándares obligatorios de ley.  Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que el Decreto 780 de 2016 se encuentra en firme, el artículo 31 del Proyecto de Resolución de Presupuestos máximos no está modificando ni adicionando alguna reglamentación respecto al tema que actualmente no se encuentre vigente, por lo tanto no se adiciona la sugerencia propuesta.
723	13	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTAMPUD	Título IV - Verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo  Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos.	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 hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses, al momento del cierre de la vigencia se deberá reconocer la desviación a que haya lugar.		Respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.  Con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generará alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.  Previo a la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES realizará un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
724	14	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTAMPUD	Artículo 42. Trámite de la información. La ADRES y este ministerio recibirán la información dentro de los plazos establecido s, según el detalle, calidad y periodicidad que se defina, a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. En todo caso, las Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado reportarán	Parágrafo: las EPS tendrán hasta el mes de marzo de 2020 para incluir en los archivos fuentes de información para el cálculo de techos los valores adicionales no entregados inicialmente, así como la radicación correspondiente al segundo semestre de 2019, con dicha información el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará la información y realizará nuevamente el cálculo acorde con la metodología utilizada y publicará la nueva tabla de techos en el mes de junio del año 2020."		El parágrafo que proponen incorporar no es viable debido a que en el mismo artículo se presenta las fechas y la periodicidad en la que deben reportar la información, por lo anterior sería un factor de confusión para los actores colocar plazos distintos a los estipulados, por observaciones recibidas en este artículo se realizó el siguiente complemento: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no suministren información, los RIPS para efectos del cálculo de los Presupuestos Máximos, seguimiento y control no serán sujetas de incrementos en los valores contratados y podrán ser excluidas de las redes de prestación respectivas.
725	15	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTAMPUD	Mecanismo de operación para el régimen subsidiado mientras se publica la resolución	Establecer en la misma resolución el procedimiento que operará para el régimen subsidiado a partir del 1 de enero de 2020 (ARTÍCULO 231. COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LA NACIÓN)		El presente proyecto normativo operara para los dos regimenes en las fechas estipuladas, por lo tanto no se requiere hacer claridad entre el subsidiado y contributivo. El Ministerio está contemplando realizar ajustes al proyecto normativo así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regimenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regimenes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
726	16	3/01/2020	202042300008322	Nancy Parada Díaz Líder Analítica	ASOCAJAS Y GESTARSALUD	Anexo Procedimientos.	<p>Razón por la cual el grupo y subgrupo tienen valores de referencia ver ejemplo: 236 378401 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADOR CARDIACO \$ 26.486.574,25</p> <p>237 3784 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADORES CARDIACOS \$ 28.544.553,09</p> <p>Adicionar un párrafo en el anexo - 5, que incluye y que se excluye integral para el cubrimiento de los servicios en razón que hay servicios que son facturables integralmente y que estos son contratados con las IPS por los mecanismos de evento y paquete, en el caso de que se evidencien diferencias en los valores de referencia teniendo en cuenta los tarifarios y los demás servicios que se deben como parte integral como estancias, insumos, medicamentos y que son facturables como NO PBS, la diferencia se realizaría como un cobro ante Adres de acuerdo a los lineamientos que se establezcan en procesos, procedimientos y auditoría integral, teniendo en cuenta que en algunos procedimientos se evidencian desviaciones en los valores de referencia en este proyecto y lo registrado por las bases de información de lo recobrado por las EPS, como por ejemplo estos procedimientos: Código CUPS 209604- IMPLANTACION DE RESINCRONIZADOR</p>	<p>En el anexo 5- Procedimientos se debe tener claridad frente a los servicios que se incluyen y excluyen con el fin de que servicios son parte integral y que están dentro del presupuesto y que las IPS se ajusten a los valores de referencia, como se ha tenido en medicamentos.</p>	<p>La diferencia de valores se obtiene directamente de la información de la base con el histórico de reporte a la ADRES de recobros/cobros de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, estos valores fueron presentados por las EPS con descripciones de los CUPS que pudieron corresponder a los códigos CUPS de 4 o de 6 dígitos. Para el cálculo del primer cuartil de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recobradas, se consideró cada código CUPS obtenido del reporte. A pesar de esto, se debe tener en cuenta que el cálculo de valores de referencia es de uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS, no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Teniendo en cuenta este tipo de retroalimentación, se publicará los valores de referencia para códigos CUPS a 6 dígitos, sin embargo todos los valores y cantidades presentes en la base de recobros harán parte del cálculo de presupuestos máximos.</p> <p>Con respecto a la incorporación de un párrafo en el anexo 5, se les informa que los valores referencia fueron soportados por cada EPS en base de recobro/cobro ante la ADRES, por lo tanto se tuvo en cuenta todos los registros, en la metodología de este proyecto normativo se explico las formulas y calculos utilizados y es pertinente recordar que el valor de referencia no se constituye en una regulación de precio, lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
727	1	3/01/2020	202042300008332	Juan Sebastian Guzmán BD Alliance Manager	VALENTECH PHARMA COLOMBIA S.A.S	COMENTARIOS GENERALES	<p>En primer lugar, queremos manifestar nuestra preocupación por el poco tiempo otorgado para presentar comentarios al Proyecto, toda vez que la publicación del mismo se da no solo a altas horas de la noche (como se evidencia en la siguiente imagen) lo que implica un día menos para la formulación de comentarios, sino que además en una época del año en donde inclusive hasta las instituciones públicas a las cuales también impacta el Proyecto no están presentes, como es el caso del Invima<sup>1</sup>, todo lo cual dificulta la posibilidad de un pronunciamiento adecuado sobre un proyecto de resolución de una trascendencia muy importante, con un alto nivel de complejidad y por demás extenso.</p> <p>El actuar del MSPS debe regirse de conformidad con el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo ("CPACA"). En tal medida, el artículo 13 que consagra los principios de la administración señala, entre otros, que las autoridades deben velar por realizar una adecuada publicidad de sus actos administrativos con el fin de que ciudadanos, grupos de interés, partes interesadas y afectadas, así como otras autoridades puedan no solo conocer el contenido del dichos actos administrativos como el referido Proyecto, sino que además se les permita manifestarse de forma adecuada y oportuna respecto del mismo, con la finalidad</p>		<p>Se cumplió con lo dispuesto en el numeral 8º del artículo 8º del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y el artículo 2.1.2.1.23 del Decreto 1081 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República".</p> <p>El presente proyecto de resolución se publicó el día 16 de diciembre de 2019 hasta el 2 de enero de 2020. Para garantizar una mayor participación de la ciudadanía en la expedición del acto administrativo en cuestión el Ministerio nuevamente decidió publicarlo desde el 9 de enero del 2020 hasta el 23 de enero de 2020.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
728	2	3/01/2020	202042300008332	Juan Sebastian Guzmán BD Alliance Manager	VALENTECH PHARMA COLOMBIA S.A.S	COMENTARIOS GENERALES	<p>En segundo lugar, y de manera más relevante, nos genera una inmensa preocupación, el hecho de que las enfermedades huérfanas no sean mencionadas ni una sola vez dentro el texto del Proyecto, dejando a la interpretación y a la subjetividad de autoridades, antes de control, administrados y demás; cabe resaltar, que la Ley Estatutaria de la Salud genera un refuerzo y un trato diferencial frente a las enfermedades huérfanas, por lo que resulta no solo pertinente sino supremamente necesario, que en el Proyecto se haga claridad y distinción entre el articulado que aplica para patologías comunes y las que aplican para patologías especiales como las de las enfermedades huérfanas.</p> <p>Consideramos entonces que el Proyecto genera una serie de tratos inequitativos y peligrosos, que resultan no solo contraproducentes con el propósito establecido por la Ley Estatutaria frente al tratamiento de pacientes con enfermedades huérfanas, sino contraria también a la Constitución Política al generar barreras que afectan directamente la salud y la vida de estos mismos pacientes. En efecto, la Ley 1751 de 2015, establece en su artículo 11 que: "Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas con discapacidad, entre otros, merecen especial protección del Estado."</p>	<p>Como se observa, la Ley en comento no solo estableció la salud como un derecho fundamental, sino que, además, fue enfática en señalar que la atención de pacientes de enfermedades huérfanas no deberá ser limitada por ningún tipo de restricción administrativa, contrario a lo que pareciera se pretende de manera indirecta a través del Proyecto. Establecer presupuestos máximos para tecnologías no incluidas en el Plan Básico en Salud (PBS) implicaría para las EPS tener que restringir su capacidad para poder dar cobertura de medicamentos a pacientes de alto costo como los de enfermedades huérfanas; así, la consecuencia inmediata de esto será que las EPS evitarán a toda cosa atender y recibir a esta población de especial protección y cuyos tratamientos son considerados de alto costo (condición propia de medicamentos altamente especializados para patologías supremamente complejas), imponiendo para ello nuevas barreras burocráticas y administrativas que terminarán por agravar el estado de salud de estos pacientes, y haciendo todo en su poder para que las acciones judiciales donde los pacientes pretenden reclamar su derecho a la salud sean desestimadas, o no acatadas.</p> <p>Por tanto, el Proyecto lo que generaría sería un trato inequitativo entre pacientes con patologías de bajo costo, versus pacientes de enfermedades huérfanas y de alto costo, puesto que al limitarse el campo presupuestal de las EPS para atender en ambos regímenes los servicios y tecnologías correspondientes.</p>	<p>Atendiendo la observación el Ministerio incluirá un artículo específico que trate de la financiación de medicamentos para enfermedades huérfanas, con la precisión de que los medicamentos en las indicaciones para el tratamiento de enfermedades huérfanas que se venían suministrando en la vigencia anterior a la del presupuesto máximo de cada vigencia, se financiaran con recursos de presupuestos máximos.</p> <p>Los medicamentos que requieran las personas que sean diagnosticadas con una enfermedad huérfana durante la vigencia del Presupuesto Máximo (por primera vez) será asumida por parte de La ADRES, para lo cual se desarrollaron lineamientos específicos, en atención a las observaciones realizadas por los actores, dentro de las que se citan el requisito previo de que el apiente deb estar reportado en SIVIGILA y que la IPS que realiza el diagnóstico debe garantizar el tratamiento por el primer mes, presentar el cobro a la EPS correspondiente y ADRES hará giro directo. Para meses subsiguientes ADRES hará tranferencia de recursos a la EPS para garantiza rla continuidad de la atención.</p>
729	3	3/01/2020	202042300008332	Juan Sebastian Guzmán BD Alliance Manager	VALENTECH PHARMA COLOMBIA S.A.S	COMENTARIOS GENERALES	<p>En tercer lugar, no se puede desconocer una realidad histórica del sistema de salud en Colombia, y es el hecho de la no apropiada gestión de recursos públicos destinados para la salud que han realizado innumerables EPS a lo largo de los años, lo que ha desembocado en la crisis de atención a pacientes que sufre hoy el país debido a sonados y diversos casos de corrupción.</p>	<p>No en vano de lo anterior, el actual superintendente de salud ha manifestado reiteradamente la situación de corrupción en ineficiencia que viven más del 50% de las EPS del país2, además de un plan de dicha entidad para depurar la cantidad de EPS en Colombia por motivos de las reiteradas quejas y fallas en la prestación del servicio que presentan3. Entonces preguntamos de forma respetuosa al MSPS, ¿son a estas EPS a las cuales el Estado les encargará la gestión de sus propios recursos? ¿no sería esta una medida que ayudaría en sentido negativo a colaborar con la corrupción que presentan tantas EPS en el país y que repercuten directamente en los pacientes? Y es que lo anterior también podría devenir en que por ahorrar recursos y no llegar al "techo" presupuesto impuesto por el MSPS, las EPS dejen de prestar servicios a pacientes con terapias de alto costo o que simplemente como ha demostrado la experiencia en el país, los dineros terminen siendo usados de forma ilegal y en contra de los derechos fundamentales a la salud y a la vida de miles de usuarios del sistema. Lo anterior igualmente fomentado por incentivos que otorga el Proyecto en comento para el ahorro de recursos (numeral 2, artículo 13).</p>	<p>El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>El propósito de la mencionada disposición normativa (artículo 240) consiste, entonces, en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>En atención a sus comentarios se hacen precisiones en el texto orientadas a que los recursos de presupuestos máximos deben gestionarse por las EPS en calidad de responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud y consecuentemente, directas encargadas de la óptima utilización de los mismos.</p> <p>También se aclara que los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS. El ministerio diseñará mecanismos de ajuste ex - post para incentivar el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud</p> <p>Adicionalmente se tiene previsto el desarrollo e implementación, por parte de ADRES, del 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, como se expone en al artículo 40 del presente proyecto normativo.</p> <p>Todo lo anterior sin perjuicio de la facultad de inspección, vigilancia y control que la superintendencia Nacional de Salud ejerza según sus competencias</p> <p>Ahora bien, en relación con el tema de ahorros y en virtud de la observación de un posible incentivo de barreras de acceso le comunico que se acoge la solicitud sobre el tema de los ahorros y en tanto lo anterior el ítem 2 se eliminará.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
730	4	3/01/2020	202042300008332	Juan Sebastian Guzmán BD Alliance Manager	VALENTECH PHARMA COLOMBIA S.A.S	COMENTARIOS GENERALES	Por último, y en línea con lo anterior, vemos con preocupación que el proyecto crea una serie de incentivos perversos, como por ejemplo pero sin limitarse a, los siguientes: 1. El incentivo al ahorro (a costa de la salud de los pacientes): un mayor ahorro le generará superiores márgenes a las EPS, poniendo en riesgo la calidad del servicio. 2. Valores de referencia bajos: se incentivaría al mayor consumo de procedimientos y medicamentos, simplemente para mantener o aumentar los presupuestos máximos del siguiente periodo. 3. Se incentiva a las EPS a no dar acceso a terapias innovadoras, ya que sus gastos no van a ser reconocidos en el periodo siguiente, como ya ha pasado en repetidas ocasiones en el pasado. Así, pareciera que en cada periodo, con la fórmula que propone el Proyecto, se van a ajustar con los del periodo más reciente. Pero si no se reconocen los gastos, las EPS no van a volver a arriesgarse, poniendo así en riesgo al acceso de los pacientes a dichas terapias.	En suma de todo lo anterior, hacemos un llamado urgente al MSPS no solo para que respete el derecho de los interesados y afectados por el Proyecto a presentar comentarios adecuados y sustentados dentro de un periodo de tiempo prudente, por tratarse de un tema de suma relevancia para los ciudadanos, sino para que además revalúe los mecanismos que está planteando los cuales podrían eventualmente desembocar en un agravante a la crisis de la salud en Colombia por otorgar los recursos de la salud a actores que históricamente y en la mayoría de los casos han sido usados de forma indebida.	<p>Punto 1</p> <p>Como se mencionó en párrafos anteriores, en relación con la solicitud de modificar lo concerniente al tema de ahorros y en tanto lo anterior el ítem se eliminará.</p> <p>Se señala que se incorporará en el texto un inciso del artículo con el fin de realizar ajustes ex post por resultados en salud en el marco de la integralidad de la prestación de servicios es decir integrando las fuentes de financiación pues los resultados en salud son el resultado de un conjunto de acciones que no dependen exclusivamente de esta fuente de financiación</p> <p>Punto 2</p> <p>Los valores de referencia son calculados basados en información histórica de los recobros/cobros realizados por cada EPS a la ADRES. Se precisa que para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto esta medida no se constituye per se en una regulación de precios por cuanto para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene toda la cadena agregada de valor del medicamento, es decir valores adicionales correspondientes a la distribución, dispensación, logística, gastos de administración y contempla los diferentes tipos de contratación entre los agentes.</p> <p>Adicionalmente la metodología contempla la exclusión de valores atípicos en el anexo 2 para eliminar las posibles desviaciones en relación con los valores de cada grupo relevante.</p> <p>Punto 3</p> <p>No se acepta la observación, pues los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC, diferentes a los que son objeto de la presente resolución, continuarán siendo garantizados a los afiliados al bajo el principio de integralidad, y su reconocimiento y pago se efectuará en los términos que defina ADRES hasta tanto se concluya con los análisis para la definición de su presupuesto máximo.</p>
731	5	3/01/2020	202042300008332	Juan Sebastian Guzmán BD Alliance Manager	VALENTECH PHARMA COLOMBIA S.A.S	COMENTARIOS ESPECÍFICOS	Frente al contenido específico del Proyecto, nos preocupa que aparentemente el texto del mismo que se está en línea con el mandato del MSPS de tener la calidad de la salud como prioridad para dicha entidad, pero al ver los artículos específicos del Proyecto, no se indica cómo se va a medir, si es que se va a medir, esta calidad. Así por ejemplo, encontramos en el texto indicaciones como la que se lee a artículo 3° donde se indica: "En ningún caso, el cumplimiento del Presupuesto Máximo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio"; o lo que se observa a artículo 15 "En todo caso las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud" y "deben ser garantizados de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua por las EPS o las entidades que hagan sus veces, tanto al paciente hospitalizado, como el ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante".	Las anteriores, son afirmaciones muy válidas que, desafortunadamente van en contravía del resto del texto que se está proponiendo, porque en este se está incentivando únicamente al ahorro y a la sostenibilidad, sin establecerse ningún indicador o metodología que mida la calidad de prestación o de resultados de servicios en salud. En otras palabras, solo se está midiendo el cumplimiento del presupuesto y no la medición de "la prestación del servicio", o de la "manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua". Esto daría a entender que el objetivo real del proyecto es la sostenibilidad del sistema, sin tener en cuenta los resultados en salud, lo que resulta abiertamente inconstitucional e ilegal frente a lo establecido por la Ley Estatutaria de la Salud y del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.	Atendiendo la observación se reitera lo expuesto en párrafos anteriores mencionando que los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS. Para tal efecto el ministerio podrá diseñar mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. También respecto al ahorro se reitera que se suprime el numeral 2 del artículo 13

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
732	6	3/01/2020	202042300008332	Juan Sebastian Guzmán BD Alliance Manager	VALENTECH PHARMA COLOMBIA S.A.S	COMENTARIOS ESPECÍFICOS.	Así mismo, en el numeral 2 del artículo 18 se habla de medicamentos "no superior terapéutica o clínicamente", cuya demostración será presentada por el interesado para "su posterior verificación por parte del IETS", y que "entre tanto se surte la verificación de superioridad... el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo"; lo anterior es supremamente ambiguo ya que no hay tiempos estimados que le permitan ejercer al paciente sus derechos de acceso a servicios y tecnologías de la salud. Así, consideramos que debe especificarse este proceso de evaluación por parte del IETS con tiempos e indicadores que permitan tanto al paciente como a antes de control poder hacer seguimiento y vigilancia frente a los operadores de salud.		<p>En relación a los medicamentos que no estén incluidos en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, el numeral IV del artículo 19, los considera no financiados con cargo a presupuestos máximos, previendo que irán por recobro/cobro en los términos que defina ADRES, o asumidos por la EPS. Se advierte, que atendiendo observaciones de diferentes actores se contempló hacer precisiones al proyecto en el sentido de puntualizar que 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 de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015. Hasta tal verificación la tecnología será financiada con recursos de presupuestos máximos y el IETS dispondrá de tres (3) meses para realizar tal evaluación.</p> <p>Este Ministerio considera fundamental definir la financiación que tendrán los medicamentos no incluidos en las normas farmacológicas del país, según los resultados de la evaluación, si es inferior tendrá trámite de exclusión, si es equivalente o superior con demostración de ahorro (reduce eventos adversos, evita reincidencias, reducción de días de internación, entre otros), se financiará con presupuestos máximos y si es superior sin ahorro, el Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la fracción adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por compra centralizada o por riesgo compartido.</p> <p>Finalmente, definir una fecha para la puesta en marcha de la reglamentación del artículo 72 en mención, supera el alcance del presente proyecto normativo</p>
733	7	3/01/2020	202042300008332	Juan Sebastian Guzmán BD Alliance Manager	VALENTECH PHARMA COLOMBIA S.A.S	COMENTARIOS ESPECÍFICOS.	Por otro lado, el Artículo 19 habla de "Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo". Señalamos que aquí se están mezclando dos tipos de procedimientos: Unos que, creemos, se seguirían financiando como se hace actualmente (como el caso de los medicamentos vitales no disponibles usualmente generados en tratamiento de patologías huérfanas), y otros, que al no entrar dentro del Presupuesto Máximo, serían decisión de cada EPS cubrirlos o no, sin tener derecho a "reembolsos", como las tecnologías excluidas. Nos parece muy peligroso que estén bajo la misma categoría los anteriores dos procedimientos dado que los medicamentos en listado de Vitales No Disponibles no van a entrar dentro del Presupuesto Máximo, ni dentro de los mecanismos actuales de financiación, afectando así el acceso a los pacientes a medicamentos urgentes y vitales como lo dice su denominación.		<p>El artículo 19 precisa los casos en los cuales no aplica la financiación con presupuestos máximos. Para el ejemplo específico de medicamentos vitales no disponibles, es claro el numeral 1 del artículo 19 que no se financian con recursos de presupuestos máximos aquellos que no tengan valor de referencia. Por lo tanto, los restantes, es decir, que no sean financiados por UPC ni sean explícitamente excluidos, serán financiados por recobro/cobro, hasta tanto se concluyan los análisis para la decisión de su inclusión en la financiación con presupuestos máximos, según lineamientos que disponga ADRES.</p> <p>Con lo ilustrado se concluye que están perfectamente definidas las fuentes de financiación a aplicar según cada caso y nunca puede ser potestativo de la EPS la decisión de garantizar o no una tecnología en salud que haya sido prescrita a un paciente</p>
734	8	3/01/2020	202042300008332	Juan Sebastian Guzmán BD Alliance Manager	VALENTECH PHARMA COLOMBIA S.A.S	COMENTARIOS ESPECÍFICOS.	Igualmente el Artículo 27 habla de fórmulas magistrales; debido a la falta de claridad, nos parece que están incentivando a las EPS a favorecer las preparaciones magistrales, las cuales en muchos casos al no contar con estudios clínicos, pueden tener riesgos para la salud. Esto nos remite al punto ya mencionado, donde solo se están midiendo ahorros y no resultados en salud.		<p>No se acepta. El artículo 27 del Proyecto de Resolución menciona: "Artículo 27. Fórmulas magistrales. Las EPS definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman. En todo caso deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces."</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que las EPS deberán definir la financiación de la preparación magistral teniendo en cuenta la fuente de financiación de los principios activos, por ejemplo si en una misma preparación fuera necesario la incorporación de un principio activo financiado con recursos de la UPC y uno no financiado con los mismos, será la EPS quien determine la vía de financiación de cada uno, garantizando de esta manera la prestación del servicio. Así las cosas, no se estaría incentivando a la EPS a favorecer preparaciones magistrales teniendo en cuenta que esto es parte de la autonomía médica y será prescrito así, solo si el profesional de la salud prescriptor lo considera necesario.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
735	9	3/01/2020	202042300008332	Juan Sebastian Guzmán BD Alliance Manager	VALENTECH PHARMA COLOMBIA S.A.S	COMENTARIOS ESPECÍFICOS.	<p>En la metodología para la determinación del valor de referencia nos quedan las siguientes dudas:</p> <p>1. Respecto a los APMES, se define grupo relevante como "conjunto de alimentos para propósito medico especial que tienen características similares en su composición calórica, concentración y especificidades de los macro y micronutrientes, así como el uso específico". Esto es, de nuevo, altamente ambiguo, y deja como un criterio subjetivo el valor de referencia. Creemos entonces que los criterios para el valor de referencia de las APMES deben ser objetivos y sin lugar a interpretaciones ambiguas.</p> <p>2. Creemos que los Vitales No Disponibles han sido una valiosa herramienta para proveer acceso a medicamentos de bajo interés para las farmacéuticas tradicionales, particularmente en el caso de las enfermedades huérfanas. Así mismo creemos que deben aclararse como se incluyen estos mecanismos especiales dentro del Proyecto. Nos surgen cuestionamientos específicos como:</p> <p>1. ¿Cómo se mide la cantidad de oferentes en los vitales no disponible?</p> <p>2. ¿Cuál es el periodo de tiempo de referencia?</p> <p>3. ¿Si hubo una importación hace un año, cuenta cómo oferente?</p>		<p>En cuanto a su apreciación sobre la definición de APME, vale la pena señalar que si bien en el artículo 3 del proyecto de resolución se incluye una definición de grupos relevante para APME, la misma es desarrollada ampliamente en la metodología descrita en el presente proyecto normativo , donde se presenta de manera detallada las agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; vale señalar que con base en esta metodología para APME, no se hacen cálculos a nivel de producto ni presentación comercial. Por último, es importante mencionar que en el enlace <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> está la información necesaria para replicar la metodología del modelo Económico.</p> <p>Sobre sus dudas acerca de los medicamentos vitales no disponibles, según lo dispuesto en el artículo 19 y 20 del proyecto de resolución, estos medicamentos no serán financiados con presupuestos máximos si no tienen definido un valor de referencia. Si así fuere se financiarán por la vía del recobro/cobro según las disposiciones de ADRES al respecto.</p> <p>Sobre los medicamentos para enfermedades huérfanas, se reitera la inclusión de una disposición específica la que se ilustró en la respuesta al comentario 2</p> <p>Finalmente, respecto de las preguntas específicas respecto de vitales no disponibles: "1. ¿Cómo se mide la cantidad de oferentes en los vitales no disponible?, 2. ¿Cuál es el periodo de tiempo de referencia? y 3.¿Si hubo una importación hace un año, cuenta cómo oferente?" las misma exceden el alcance del presente proyecto normativo.</p>	
736	10	3/01/2020	202042300008332	Juan Sebastian Guzmán BD Alliance Manager	VALENTECH PHARMA COLOMBIA S.A.S	COMENTARIOS ESPECÍFICOS.	<p>Finalmente, frente al anexo 4 del Proyecto que contiene el "Listado de los Valores de Referencia de Alimentos con Propósito Médico Especial- APME utilizados como referente para el cálculo del Presupuesto Máximo", solicitamos de forma respetuosa al MSPS que haga claridad frente a la finalidad de dicho anexo, su alcance e implicaciones, y si aplica para TODA clase de fórmulas alimenticias sin importar las diferencias existentes entre sus compuestos y/o principios activos y excipientes, y usos terapéuticos específicos.</p>		<p>Es de precisar al observante que el proyecto normativo tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME, así denominados en su registro sanitario, lo cual difiere claramente del término "formulas alimenticias"; de igual forma se exalta que no aplica para APME los términos compuestos, principios activos y excipientes.</p> <p>Para una mejor comprensión de la conformación de los grupos relevantes en esta tecnología en salud, se incluirá en la resolución definitiva la descripción de cada una de las categorías planteadas</p>	
737	1	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaria	Servicio Occidental de Salud SAS	TITULO II – Capítulo 1. Art. 6	<p>Para el procedimiento de determinación del Q- cantidad prospectiva por GR (Grupo Relevante) y EPS se define como la suma de las cantidades iniciales, cantidades ajustadas (IBNR_Chain Ladder) para los años 2015,2016, 2017 y 2018, y 2 veces las cantidades delta. No es comprensible:</p> <p>1. La justificación de la doble suma del Q delta</p> <p>2. La justificación o forma de ajuste de la data para crear modelo data panel sobre Q iniciales y no los Q iniciales más Q ajustado.</p>		<p>1.La justificación de la doble suma del Q delta-</p> <p>La Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES). Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos escasos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC, incluyendo aquellos que no fueron auditados, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura al compararlos con las vigencias anteriores que ya tienen dicha auditoría. De tal manera que se consideró apropiado el uso de la doble suma del Delta de manera aritmética en el cálculo del presupuesto máximo de 2020, con el propósito de mantener un crecimiento razonable que garantice el espíritu de racionalización de los recursos escasos. Sin embargo, se evaluará la pertinencia de ajustar la forma de cálculo, pasaría de ser una sumatoria a ser multiplicativa.</p> <p>2. La justificación o forma de ajuste de la data para crear modelo data panel sobre Q iniciales y no los Q iniciales más Q ajustado.</p> <p>Se considera que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
738	2	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	Art. 7. Presupuest o máximo para EPS que no tiene recobros/co bro	Respecto a la metodología para determinar el presupuesto máximo (EPS que no tiene recobros/cobros), ¿aplica para aquellas EPS que presentan un historial intermitente de recobros/cobro, o con diferencia de tres meses o mayor entre sí para estos, tomando como base las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018? (Caso puntual: APME empleadas para enfermedades huérfanas- a pesar de que su uso en teoría es diario, la misma condiciona al estado clínico del usuario por lo que el suministro de las mismas se ve impedido por hospitalizaciones prolongadas y/u otro tipo de situaciones incapacitantes).		Como se mencionó en la respuesta anterior, dado que el modelo econométrico se fundamenta en la información recopilada de las bases de datos de recobro/cobro del periodo comprendido entre 2015 a 2018, esta contiene la relación de la totalidad de los consumos de servicios y tecnologías prescritas y atendidas durante este periodo y en ese sentido la magnitud de los efectos de las diferentes frecuencias y severidades quedarían incorporadas en el modelo.
739	3	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	Art. 12. Parágrafo.	Como se garantiza el equilibrio del financiamiento y cobertura al otorgar 5% del total del PPTO de las EPS a partir del 2º año.		En cuanto al parágrafo del artículo 12 en el cual se establece que a partir del segundo año, cada año se dispondrá del 5% del total de los presupuestos máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los presupuestos máximos de las EPS, este Ministerio se permite informar que se establecerá la posibilidad de eliminar dicho parágrafo del proyecto normativo en cuestión.
740	4	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	Art. 13. No superación del Presupuest o Máximo. Ítem número 3:	¿la solicitud de revisión o ajuste del presupuesto máximo solo aplica para aquellos casos sujetos al cumplimiento de fallos de tutela y requisitos (costo total del presupuesto en función del número de fallos de tutela) para solicitar este ajuste? así mismo, solicitamos confirmar el valor máximo del ajuste que será otorgado y la metodología para la aplicación de los mismos.  Parágrafo 2. Cual es el alcance o aplicabilidad de "gestionar ... a través de mecanismos de contratación diferentes a evento", implica que se debe contratar por medio de Pagos Fijos para la cobertura de los medicamentos, procedimientos y demás?		La revisión o el ajuste del Presupuesto Máximo, se realizará cada vez que la EPS lo requiera por encontrarse en riesgo de superar el presupuesto máximo y el procedimiento para esta revisión será definido por la ADRES, como lo señala el articulado del proyecto normativo, debiendo ser demostrado por la EPS en cada caso que se adelantó la adecuada defensa judicial a fallos de tutela. En el mismo sentido, se pretende incentivar a las EPS a una mejora en la prestación de los servicios de salud, gestionando soluciones de los problemas en salud evitando llegar a los estrados judiciales y en caso de que lleguen lograr defensas más sólidas consiguiendo avanzar a segundas instancias, aspectos estos que aún son débiles, todo lo anterior con base en la evidencia científica existente. Adicionalmente se busca que las EPS, a través de sus mecanismos de contratación y/o acuerdos de voluntades alcancen condiciones más favorables para el acceso a los servicios y tecnologías en salud.
741	5	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	TITULO III. Art. 16.	Se entrega gobernabilidad o herramientas de control reconocidas a las EPS para la gestión por medio de guías y protocolos, y como se conjuga cuando en mismo texto nombra que no se puede limitar el acceso. Se ve necesidad de ampliar en este aspecto siempre que frente a la responsabilidad de no solo controlar los precios a contratar con los prestadores también se requiere controlar las cantidades y por ello se puede definir como límites o acceso responsable/moderado para lograr		En el articulado del proyecto normativo, se establece precisamente la garantía a un acceso adecuado y oportuno a las tecnologías y servicios en salud, sin detrimento de la autonomía profesional, sino por el contrario que el conocimiento y uso de la evidencia científica se constituya en apoyo al proceso de la buena práctica en la prescripción. En este mismo sentido, se hace énfasis en la aplicación de los procesos de autorregulación que definan las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de la salud.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
742	6	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	Art. 18.	Frente a la definición de los servicios incluidos se propone la creación del listado de servicios/medicamentos/APME/SSC (Servicios Sociales Complementarios), siempre que con una definición clara de la cobertura los agentes del sistema podrán realiza un seguimiento y control adecuado disminuyendo posibles devoluciones de servicios a cargo del PPTO y reprocesos de las partes mejorando la operatividad. De acuerdo a descripción "Los Servicios Sociales Complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente. En todo caso estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica." Se solicita aclaración si todos los servicios complementarios deben pasar a junta médica o solo aquellos que superen un máximo de prescripción por valor y/o cantidad.		Respecto a sus comentarios, este Ministerio se permite aclarar por una parte, que los listados relacionados en el presente proyecto normativo no hacen referencia a coberturas, se trata de un referente de valores para el cálculo del presupuesto máximo. En tanto lo anterior, no se acoge la solicitud de incluir una definición sobre cobertura para servicios, medicamentos, APME y Servicios Sociales Complementarios.  De otra parte, respecto a los Servicios Complementarios, se precisa que estos surtirán el proceso de junta médica cuando así se encuentre definido en la herramienta, guía o protocolo respectivo.  Sobre los "servicios sociales complementarios", cabe precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.
743	7	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	Art. 19.	Numeral 6 direccionan al parágrafo 3 del artículo 22, pero al consultar dicho artículo no se encuentra solo tiene hasta parágrafo 2.		Se acoge su observación, en tanto lo anterior se realizará la respectiva inclusión en el articulado del proyecto normativo, en el cual se establecen las condiciones para la prescripción de los alimentos con propósito médico especial (APME) a financiar con cargo al presupuesto máximo.
744	8	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	Art. 31.	Concordancia entre la prescripción y la dispensación: ¿cómo se asegura desde el punto de vista prestacional que las formulaciones se realicen acorde a las presentaciones disponibles en el país? Y ¿Si para todos los casos se requiere de la implementación de central de adecuaciones?		Como es de su conocimiento uno de los mecanismos de seguimiento, control y monitoreo de los recursos corresponde al uso de los módulos de prescripción, suministros y facturación de la herramienta MIPRES. Además se precisa, que las EPS como responsables de la gestión del aseguramiento en salud realizarán seguimiento, monitoreo y auditoría de la atención en salud a través de los procesos de contratación y acuerdos de voluntades como estrategia adicional, lo anterior, atendiendo lo señalado en el Decreto 780 de 2016, sobre obligaciones y prohibiciones del dispensador.
745	9	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	Art. 33.	Refiere a la combinación de tecnologías en salud, la inquietud es, cuando en una atención se realizan procedimientos tanto PBS como NO PBS y éstos últimos hay algunos financiados por el Presupuesto Máximo, se puede deducir que los PBS va por la UPC, lo NO PBS que no esté en el anexo 5 va por la vía de recobros normal y los NO PBS que si está financiado va por el presupuesto máximo? esta combinación se podría cobrar así simultáneamente, según su clasificación?		De conformidad con lo manifestado en el presente comentario, se precisa que como entidades encargadas del aseguramiento de la población afiliada, las EPS son las directas responsables por la gestión de la atención en salud, en este sentido se debe tener en cuenta que cuando en una atención se realizan procedimientos tanto PBS como NO PBS, pueden contener elementos financiados tanto con cargo a la UPC como mediante recobros/cobros (presupuestos máximos o Resolución 1885 de 2018), en cuyo caso la financiación se hará con cargo a la fuente de financiamiento que le corresponda.  En este sentido el articulado del proyecto normativo en cuestión, señala que las EPS definirán la financiación, por ejemplo en el caso de las preparaciones magistrales, de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman y precisa que en todo caso deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces. Así mismo, la resolución 3512 de 2019 establece que, las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC, se consideran igualmente financiadas con recursos de la UPC y deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces.
746	10	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	TITULO V. Art. 44.	Definir para los SSC el método de determinación de la capacidad de pago del afiliado el cual definirá el acceso a estos servicios.		La Ley 1751 de 2015 es clara al contemplar la aplicación del criterio de capacidad de pago en las contribuciones que deben hacer los afiliados sobre las prestaciones y servicios a que tienen derecho (pagos compartidos), independientemente de su fuente de financiación, esto bajo el principio de solidaridad sobre el cual se fundamenta el SGSSS. En cuanto a su determinación, el proyecto de resolución otorga la competencia al Ministerio de Salud y Protección Social para definir su progresividad, en tanto lo anterior, esta estipulación escapa al campo de aplicación del proyecto normativo en cuestión.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
747	11	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaria	Servicio Occidental de Salud SA SOS	ANEXO 1. METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTO S CON PROPOSITO MEDICO ESPECIAL APME	1. En la definición de los PPTO Max (EPS, GR, T) no se evidencia la doble suma del Q delta. De esta forma como se habla con la definición del Art.6. Numeral A Punto iv: 2. Con el método de cálculo de P** se observa que por GR se tiene un techo individual el cual implica: a. Por EPS, GR y Periodo (Se consideran estacionalidades de consumo?) se requiere conocer el PPTO Max para realizar el seguimiento y evaluación de impacto. b. No existe bajo este método compensación entre GR, lo cual implica que si en algunos grupos tengo algún excedente este no puede ser empleado para cubrir déficits en otros donde si se evidencia. c. Ante este método de ajuste donde a medida que aumenta el Q** disminuye el P**, se entiende los valores excedente de precio pagado por la EPS (Precio pagado EPS – P**) como desviaciones a justificar de acuerdo al Art. 13?		En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  Una vez hechas estas aclaraciones y en relación con sus observaciones:  1. Este aspecto será aclarado en la forma de expresar la formula del anexo 1, tanto en el proyecto de resolución como en el respectivo anexo, la expresión se dará en términos multiplicativos más no aditivos. 2. El presupuesto máximo (techo) no es individual, la definición de un valor de referencia por grupo relevante y sus cantidades en UMC es la forma de incorporarlo en el modelo de cálculo para expresarlo a nivel global.  En este sentido, se enfatiza que el presupuesto máximo es global, es decir esta destinado a financiar los 4 componentes que se definen en el proyecto de resolución: medicamentos, alimentos con propósito médico especial (APME), procedimientos y servicios complementarios, por tanto las EPS puede destinar los recursos necesarios a cada uno de los grupos relevantes que se encuentran contemplados.  Así las cosas, las EPS deberán considerar todos los aspectos contemplados en el articulado del proyecto de resolución para la no superación del presupuesto máximo. Adicionalmente dado que el modelo incorpora el p, el q y los valores de referencia, las EPS deben gestionar tanto los p como los q para evitar la superación del presupuesto máximo y la no generación de desviaciones sobre el mismo.
748	12	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaria	Servicio Occidental de Salud SA SOS	ANEXO 5. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS	En el anexo 5 se relacionan 435 registros de los cuales 389 corresponden a un código CUPS (382: NO PBS, 5: Condicionados y 2: De Salud Pública), mientras los 46 restantes, corresponden a Grupos, Subgrupos y Categorías de CUPS, por lo tanto, lo que hicimos fue recuperar el detalle de códigos incluidos en dichas categorías encontrando que: • Hay dos registros sin Código y con la palabra OTROS, por lo tanto, No es claro a qué corresponde? pues para poder hacer el control es necesario que se detalle el CUPS. • Para los otros 44 registros relacionados se encontraron 655 códigos CUPS con diferentes combinaciones, es decir, hay 14 grupos con combinación PBS y NO PBS; 2 grupos con códigos condicionados; 23 grupos con Códigos NO PBS y 5 grupos con Códigos PBS, por lo anterior es importante aclarar cuál debe ser la administración del Presupuesto máximo para los grupos que contienen SOLO PBS y los Combinados PBS NO PBS? se presume que por ser un histórico desde el 2015 esos códigos pudieron ser NO PBS en algún momento pero a la fecha son PBS .	Es importante aclarar que hay códigos que los relacionaron de forma individual pero también estaban contenidos en algún Grupo, Subgrupo o Categoría relacionada. Se adjunta archivo con 3 hojas, en la primera está el ANEXO 5 en el que se incluyó las observaciones arriba descritas y la cantidad de códigos según su cobertura. en la hoja "TOTAL CÓD LONG MENOR A 6" está el detalle de los 655 códigos según el agrupado enviado y en la hoja "NO PBS NO INCLUIDOS" están los 484 códigos NO PBS y 23 Condicionado que no están en el Anexo 5 y que según Artículo 20 seguirían con el procedimiento de recobro actual. En conclusión de los 956 códigos CUPS NO PBS, hay 472 códigos (49%) dentro del Presupuesto Máximo mientras que 484 códigos (51%) continuarían con el proceso actual de recobros y de los 29 códigos condicionados, hay 6 (21%) incluidos en el presupuesto máximo y 23 (79%) con el procedimiento actual.	En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución. Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes. Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes. Respecto a sus comentarios este Ministerio se permite aclarar que los listados relacionados en el presente acto administrativo no hacen referencia a coberturas, se trata de un referente de valores para el cálculo del presupuesto máximo. En el articulado del proyecto de resolución se establecen cuáles son las tecnologías en salud objeto de presupuestos máximos. Adicionalmente, para los servicios que no incluye el proyecto normativo en cuestión, en el articulado del proyecto de resolución también se especifican las tecnologías y servicios en salud que no son objeto de financiación con presupuestos máximos. Adicionalmente, se señala que la financiación de estas tecnologías y servicios será definida de acuerdo al resultado del proceso de verificación y control definido por la ADRES. En relación con la inclusión de categorías de los códigos CUPS en la metodología de presupuestos máximos, este Ministerio se permite aclarar que esta situación obedece a que cada categoría listada puede contener una o más subcategorías, y éstas a su vez pueden estar financiadas con cargo a la UPC o a presupuestos máximos. Por ello hacen parte del cálculo de la metodología establecida en el presente proyecto de resolución. A continuación se precisa la conformación de cada categoría en cuanto a las cantidades de subcategorías que las conforman y su respectiva vía de financiación: 9060 DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS Esta categoría incluye 49 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 28 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 9064 DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS Esta categoría incluye 91 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 57 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 9083 PRUEBAS PARA ERRORES METABOLICOS Esta categoría incluye 56 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 25 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 9084 PRUEBAS PARA GENETICA Esta categoría incluye 40 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 27 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 2422 OTRAS REPARACIONES O PLASTIAS PERIODONTALES Esta categoría incluye 4 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 1 subcategoría se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 3013 RESECCION DE ARITENOIDES [ARITENOIDECTOMIA] Esta categoría incluye 4 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 2 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 3728 MAPEO ELECTRICO Y ANATOMICO DEL CORAZON Y ESTRUCTURAS VASCULARES Esta categoría incluye 2 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 1 subcategoría se financian con la UPC, la restante subcategoría hace parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 3786 INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) Esta categoría incluye 7 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 5 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 5893 IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PARA CONTINENCIA URINARIA Esta categoría incluye 4 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 3 subcategorías se financian con la UPC, la restante subcategoría hace parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos. 9431 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL Esta categoría tiene establecida cobertura con UPC condicionada a un tope de psicoterapias ambulatorias. 9441 PSICOTERAPIA FAMILIAR Esta categoría tiene establecida cobertura con UPC condicionada a un tope de psicoterapias ambulatorias. S12720 INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA Categoría que establece estancia con cobertura condicionada con cargo a la UPC. S12710 INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA Categoría que establece estancia con cobertura condicionada con cargo a la UPC.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
749	13	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	Referente a Servicios Sociales Complementarios	se solicita ampliación en la descripción y características de todos los ID correspondientes a los servicios sociales complementarios, enfatizando los conglomerados 1,2,3,4 y 5 correspondientes a los ID 11, 12, 13, 14 y 15.		<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Es importante enfatizar en que dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección del mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2.</p> <p>Respecto de su comentario referente a los ID 11, 12, 13, 14 y 15, se aclara que hacen referencia a los recobros/cobros asociados con pañales, y los conglomerados 1, 2, 3, 4 y 5 están conformados por la similitud de los respectivos valores unitarios o individuales (severidades), mas no por las características de estos productos como tal.</p>
750	14	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	CONSIDERACIONES GENERALES	Valores Máximos Recobro y Valores de Referencia. Considerando que en este proyecto de resolución y en anteriores donde se determinan Valores Máximos de Recobro, se ve la necesidad involucrar a los Prestadores como parte fundamental en alcanzar el objetivo propuesto de Presupuestos Máximos, estableciendo de carácter obligatorio el cumplimiento de estos valores máximos (VMR y VR). Siempre que, el Sistema de Salud bajo esta nueva normatividad, solo reconocerá hasta los valores establecidos.		<p>En virtud de su comentario, se precisa que en el presente acto normativo se establece el seguimiento y monitoreo para ser realizado como mínimo a EPS, operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS, cada tres meses, por parte de La ADRES, aspecto que está contenido en el articulado del proyecto de resolución publicado, así: 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. En todo caso, si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, La ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. Para el proceso de auditoría que adelante La ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de los módulos de suministros y facturación de MIPRES.</p> <p>Igualmente, la norma en comento establece que 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.</p>
751	15	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	CONSIDERACIONES GENERALES	Gastos Administrativos. La gestión del riesgo implica gastos no contemplados en cálculo del Techo. Bajo este nuevo esquema donde se asemeja a un seguro, es técnicamente adecuado el reconocimiento de este rubro a la aseguradora, muestra de ello está en el PND ARTÍCULO 240. Parágrafo. Describe que "Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión.." del NO PBS.		<p>No hay gastos de administración, por lo tanto no es dable el establecimiento de mecanismos financieros y de seguros para este efecto por parte de las EPS.</p>
752	16	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaría	Servicio Occidental de Salud SA SOS	CONSIDERACIONES GENERALES	Incentivos. En la propuesta de Resolución no se evidencia Incentivos frente a la gestión, se determina que en caso de contar con excedente parte se han de retornar al sistema, el restante mantenerlos para posibles		<p>En relación con los excedentes que han de retornar al sistema, le comunico que se acogen las solicitudes que al respecto han sido formuladas y en tanto lo anterior, estos ítems serán eliminados del proyecto de resolución.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
753	17	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaria	Servicio Occidental de Salud SA SOS	CONSIDERACIONES GENERALES	El método descrito cuenta con doble riesgo para las EPS: 1. Los Valores Referencia descritos en Anexo 2 implican un ajuste automático de la tarifa al percentil 10 o 25 (Precios más bajos observados en mercado y recobrados). Considerando que el mercado/ oferentes se ajusten a estos nuevos valores, esto supone un periodo de ajuste o transición en el cual las diferencias serán asumidas por las EPS. 2. La limitación por cantidades sin opción de compensación entre grupos aumenta la probabilidad de valores no cubiertos por el PPTO que serán asumidas financieramente por las EPS.		Sobre este particular es importante tener en cuenta que el objetivo del proyecto de resolución es fijar presupuestos máximos y modificar la forma de gestionar las tecnologías No PBS, aspecto que radica en avanzar en la mejora de las relaciones entre los agentes, en virtud de que mejore el flujo de los recursos al tenerlos de forma ex ante, así como propender por la atención integral del paciente sin la afectación de la autonomía médica, pero de ninguna manera pretende solucionar todos los aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Adicionalmente, que la institucionalidad y la autonomía médica son aspectos que garantizan el uso adecuado. Por otra parte, el uso de la tecnología en salud más económica no indica per sé que su indicación sea inadecuada, puede ser incluso la más costosa. Además, la eficacia, seguridad, dosificación, indicaciones, contraindicaciones, interacciones, y advertencias, relación beneficio-riesgo, toxicidad, farmacocinética y condiciones de comercialización, son realizadas por el INVIMA, en este sentido, debe aclararse que ni las guías de práctica médica ni los estudios de posicionamiento terapéutico obligan a la prescripción sino que son orientaciones basadas en evidencia, siendo mandatorio si, el cumplimiento de la prescripción en las indicaciones autorizadas en el país.
754	18	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaria	Servicio Occidental de Salud SA SOS	CONSIDERACIONES GENERALES	Herramientas para el control de riesgo, la EPS está limitada por: • Autonomía del médico en la prescripción, sin existencia de guías de seguimiento obligatorio no permiten un adecuado control. MINSALUD, contempla guías médicas de no obligatorio seguimiento para la formulación del NO PBS. • Se sugiere que la concientización de los jueces sobre los techos presupuestales queda bajo la responsabilidad de la EPS, la posición de esta última no es dominante y/o influyente en temas judiciales		Sobre este particular es importante tener en cuenta que el objetivo del proyecto de resolución es fijar presupuestos máximos y modificar la forma de gestionar las tecnologías No PBS, aspecto que radica en avanzar en la mejora de las relaciones entre los agentes, en virtud de que mejore el flujo de los recursos al tenerlos de forma ex ante, así como propender por la atención integral del paciente sin la afectación de la autonomía médica, pero de ninguna manera pretende solucionar todos los aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Adicionalmente que la institucionalidad y la autonomía médica son aspectos que garantizan el uso adecuado. Por otra parte, el uso de la tecnología en salud más económica no indica per sé que su indicación sea inadecuada, puede ser incluso la más costosa. Además, la eficacia, seguridad, dosificación, indicaciones, contraindicaciones, interacciones, y advertencias, relación beneficio-riesgo, toxicidad, farmacocinética y condiciones de comercialización, son realizadas por el INVIMA, en este sentido, debe aclararse que ni las guías de práctica médica ni los estudios de posicionamiento terapéutico obligan a la prescripción sino que son orientaciones basadas en evidencia, siendo mandatorio si, el cumplimiento de la prescripción en las indicaciones autorizadas en el país.
755	19	3/01/2020	202042300008692 202042300008882	INGRID QUICAZAN RUBIO Actuaria	Servicio Occidental de Salud SA SOS	CONSIDERACIONES GENERALES	Definición de desviación. En la norma no se encuentra explícitamente la definición de la desviación en el sentido que se puede entender como excesos en las cantidades y/o precios		Sobre la definición de desviación se precisa que esta hace parte de la metodología para el cálculo del presupuesto máximo, dado que tiene aplicabilidad tanto a las cantidades como a los valores de referencia.
756	1	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 4 Artículo 3, numeral 5.	No es claro cuando se definen las "Cantidades ajustadas", a que se hace referencia con la expresión <b>"correctamente reservadas"</b> , agradecemos aclarar, ya que tenemos entendido que son aquellas que si bien han sido prescritas, aún no han sido reportadas a la ADRES para el cobro. Por favor aclarar a que se hace referencia con la expresión anteriormente referida.		Las cantidades ajustadas son las prescritas que a la fecha de corte no han sido reportadas y el termino correctamente reservado hace referencia al proceso correcto que se debe seguir frente a la reserva técnica.
757	2	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 5 Artículo 3, numeral 14.	Cuando se realiza la definición de "Per cápita de traslado por EPS mensual" solo son tenidos en cuenta los factores de edad y sexo, es necesario que sea incluido el factor de zonificación o región en la que habita el usuario ya que la caracterización epidemiológica varía en cada una de las regiones del país por lo tanto no pueden ser valoradas de la misma forma y sin ser tenido en cuenta este importante y determinante factor.		En la metodología se vincula un delta que hace referencia a todas aquellas variaciones que se puedan dar, esto incluiría aquella como usted expone "factor de zonificación", por otro lado es necesario recordar que los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge datos de las facturas que contiene los valores de los servicios prestados y reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
758	3	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 6 Artículo 3, numeral 15.	Teniendo en cuenta la definición realizada para "Precio de referencia por comparación internacional (PRI)", agradecemos aclarar: 1. La definición expuesta en el borrador no corresponde a la que ha realizado la Comisión Nacional de Precios de Medicamento y Dispositivos Médicos en la Circular 03 de 2013, cual fue la fuente tenida en cuenta para esta definición? 2. La terminología empleada en el borrador es equivocada y puede llevar a malas interpretaciones, ya que el PRI no es el precio REGULADO por la Comisión sino una de las etapas metodológicas para establecer si un medicamento será objeto de regulación o no. Los valores regulados son los de aquellos medicamentos que han sido introducidos al <u>Régimen de</u>		El concepto de PRI corresponde al precio fijado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Medicos de conformidad con la metodología para la aplicación del regimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercializan en el territorio nacional.
759	4	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 6 Artículo 3, numeral 21.	Cuando se realiza la definición de Valor de Referencia (VR), se manifiesta que corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC de cada grupo relevante contenidos en los anexos 3 y 4 del presente acto administrativo, <u>y los que corresponden a los medicamentos con precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM.</u> 1. Agradecemos aclarar a que se hace con precio regulado por la CNPMDM, ya que por precio regulado entendemos aquellos medicamentos que se encuentran en el Régimen de Control Directo, sin embargo, evidenciamos que el presente borrador de Acto administrativo equivocadamente se llama regulado al precio de referencia por comparación internacional. 2. Adicionalmente solicitamos aclarar si también serán tenidos en cuenta en esta definición los valores que si bien no están en régimen de control directo, fueron establecidos como valores máximos de recobro ante la ADRES. (ejemplo artículo 5 de la Circular 07 de 2018 de la CNPMDM) Adicionalmente, solicitamos sea informando el percentil para el caso de Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios.		Como se menciona en la respuesta anterior el termino "regulado", hace referencia al fijado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos con la metodología que se explico en la circular 03 de 2013. Se aclara que la metodología está descrita en el presente proyecto normativo y esta dispuesta para todos los medicamentos que fueron relacionados en la base de recobro/cobro que las mismas EPS realizaron, por lo anterior los valores tenidos en cuenta serán los dispuestos en esta base.  Por ultimo se informa que el percentil utilizado fue el percentil 25 o primer cuartil. Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.
760	5	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 11 Artículo 7.	En el artículo 7 se hace mención del ajuste que tendrá el presupuesto máximo para las vigencias siguientes en el evento que no se disponga de información, sin embargo, nada se menciona de la metodología de reajuste cuando se cuente con información del suministro de los medicamentos, APME. Agradecemos que se indique y que se deje expreso cual será la metodología.		Se debe entender que la presupuesto maximo es global, conforme a su observación y la de otros actores el Ministerio está ampliando y corrigiendo la información para los APME. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución. Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regimenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regimenes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
761	6	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 13 Artículo 12, parágrafo.	Solicitamos información acerca de cuál fue el cálculo metodológico utilizado para establecer que desde el segundo año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS.		En virtud de su observación y la de otros actores el Ministerio está contemplado retirar el paragrafo y retirar del artículo 12 el tema de las cuentas maestras por tanto la trasferencia a las EPS será del 100% y este Ministerio dictaminará los días en los cuales se realizará dicha transferencia en el mes. Es importante recordar que el artículo en mencion tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS. Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.
762	7	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 14 Artículo 13.	1. Solicitamos que se establezca un modelo de indicadores por cada EPS que permita identificar las desviaciones y ahorros que se tendrán, el cual deberá ser de público conocimiento. 2. No es claro cuáles serán los incentivos por el uso eficiente de los recursos, establecidos en el artículo 240 del PND. 3. En el numeral 3 del artículo 14 se establece que se deberá demostrar que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud – la expresión adecuada a los intereses del Sistema, es muy subjetiva, agradecemos puntualizar y dejar expreso a que se hace referencia. 4. En el numeral 4 del artículo 14 se establece que se debe priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiar con recursos de la UPC, agradecemos informar si el ajuste de la UPC tuvo o tendrá en cuenta el ajuste suficiente que resulte de realizar la priorización de la prestación de los servicios.		Con respecto a su primera observación acerca de indicadores, es pertinente recordar que en el artículo 40 sobre el monitoreo se explica que la Adres desarrollará e implementara un proceso de seguimiento, por lo anterior será de publico conocimiento el control de los recursos asignados, respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos. Para dar alcance a su segunda pregunta se informa que este Ministerio esta considerando incorporar incentivos frente indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS o EOC, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post. Sobre la defensa judicial hay que puntualizar que:: En cuanto a su observación relacionada con la "defensa judicial adecuada", el Ministerio aclarará en el proyecto de resolución las actividades que deben surtirse en dichas actuaciones judiciales, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, la 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. Así mismo, se espera que en ejercicio de estas actuaciones la EPS o EOC realice 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 de Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de sistema de salud, entre otras.  Sobre el ajuste de UPC debe tener en cuenta que para ello se realiza anualmente el estudio de suficiencia el cual aporta los suministros suficientes para determinar cual será el incremento para cubrir lo contemplado, este proceso es abierto y todas las EPS están llamadas a ser participe del mismo.
763	8	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 16 Artículo 18.	Proponemos que se establezca un término de un mes para que el IETS y las demás entidades involucradas lleven a cabo las verificaciones correspondientes a efectos de determinar el precio del medicamento nuevo que ingrese al		Lo primero que debe recordarse es que el presente proyecto normativo no establece ni determina precios de medicamentos; en el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Aclarado lo anterior el Ministerio esta contemplando realizar ajustes para determinar el tiempo que tendrá el IETS para definir superioridad, equivalencia o inferioridad respectiva.
764	9	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 17 Artículo 18, parágrafo 2.	Cuando los estereoisómeros y las mezclas racémicas, solucionen eventos adversos o generen valor terapéutico, deben tener un precio diferencial por el desarrollo científico y tecnológico. Adicionalmente el Ministerio deberá garantizar el desabastecimiento de los productos ya que se van a dejar de abastecer productos con valor terapéutico diferencial, generando también una deficiencia en la atención de los pacientes.		Es preciso recordar que el presente proyecto normativo crea una serie de condiciones necesarias para que las moléculas puedan demostrar demostrar superioridad, equivalencia o inferioridad respecto a las moléculas de su misma familia, hay condiciones particulares que exigen un reto no solo administrativo sino de la correcta prescripción, sin que esto sea limitación a la autonomía, por el contrario es tomar decisiones basados y apoyados en guías, protocolos y evaluación a la tecnología, por lo anterior no ha lugar al desabastecimiento ya que el posicionamiento terapeutico podrá definir cual es el correcto uso de ciertas tecnologías en determinados pacientes, sin volverse una generalidad de uso. Se debe aclarara que los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge datos de las facturas que contiene los valores de los servicios prestados y reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. "En cuanto a estereoisómeros de principios activos que no se encuentran financiados con cargo a la UPC como mezcla racémica, se consideran financiados con cargo al Presupuesto Máximo siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen, sin que sea necesario que coincidan en la misma sal o éster en caso de tenerlos" es decir que en estos caso no se contempla la creación de un nuevo grupo relevante.
765	10	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 17 Artículo 19.	No es claro para nosotros a que medicamentos se hace referencia en el numeral 4, "medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya". Puede ser considerado dentro de ese grupo, el siguiente		Respecto a su inquietud relacionada con el artículo 19, numeral IV, cabe precisar que las Normas Farmacológicas se definen como: El conjunto de condiciones y restricciones que establece la autoridad sanitaria como requisito para considerar el uso terapéutico de un fármaco y de sus asociaciones permitidas en el país como seguro, eficaz y acorde con un balance riesgo/beneficio favorable en circunstancias de empleo racional. Comprende la información mínima que debe imprimirse en las etiquetas, empaques y prospectos del producto farmacéutico, así como la información que obligatoriamente debe comunicarse al prescriptor. Puede incluir entre otros aspectos, según lo determine cada país, las indicaciones aceptadas, el rango posológico, las advertencias, precauciones y contraindicaciones, así como cualquier otro dato que a juicio de la autoridad se considere pertinente". Tomado de: <a href="http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js18383es/">http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js18383es/</a> Se aclara que las alternativas terapéuticas son fármacos químicamente distintos del fármaco prescrito (usado), pero con el mismo efecto clínico, y el numeral 4 del artículo 19 hace referencia a todas las alternativas terapéuticas de los medicamentos autorizados para su comercialización en Colombia. Referente al medicamento Rasburicasa 1,5 mg/mL Polvo Liofilizado, tal y como lo establece el articulado no se encuentra financiado con cargo al Presupuesto Máximo y podrá ser prescrito por MIPRES para cobro/recobro; Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos."

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
766	11	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 19 Artículo 22.	En el Artículo 22 se establece que La financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo excepciones descritas en este acto administrativo que incluyan su financiación con cargo al Presupuesto Máximo, actualmente se realiza la dispensación de medicamentos con usos off label, los cuales tienen previa aprobación de la junta médica correspondiente, estos medicamentos estarían por fuera del financiamiento con el presupuesto máximo?		Respecto a su solicitud se aclara que sólo se consideran financiados con cargo al Presupuesto Máximo los medicamentos listados que tengan indicaciones autorizadas por INVIMA y los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo que tenga autorizado un uso incluido en la lista UNIRS.
767	12	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 20 Artículo 31.	Encontramos con preocupación la disposición contenida en cuanto a la cantidad exacta de entrega de los medicamentos, ya que las Secretarías de Salud en muchas ocasiones argumentan la prohibición de fraccionar lo medicamentos y por este motivo han impuesto sanciones y multas a algunos de los establecimientos farmacéuticos, amparados en el Decreto 230 de 2005:  Es preciso que se den indicaciones claras y precisas acerca de cómo actuar frente a esta situación.		Es necesario precisar que en el Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en el artículo 2.5.3.10.14 Procesos del servicio farmacéutico, en el apartado 2, se menciona el reempaqué y envase de medicamentos, es deber tener los servicios para hacer dicho proceso, con su correspondientes rotulos y etiqueta. Por lo tanto la construcción del artículo responde a la correlación directa que debe existir entre las cantidades de medicamento que el personal de salud formula y lo que es dispensado al usuario. La concordancia entre estas cantidades se encuentran fundamentadas en lo que ordena el Decreto Único Reglamentario del sector Salud. El ajuste, adecuación de dosis y reempaqué de ser necesario es un proceso que el ente competente para tal fin (INVIMA) certifica, por lo cual es obligación de las EPS que en sus procesos contractuales de contratación se incluya el cumplimiento de estos estándares obligatorios de ley.
768	13	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 24 Artículo 46.	Solicitamos que se establezca un periodo de implementación teniendo en cuenta la parametrización y demás procedimientos que debemos llevar a cabo con en nuestros sistemas de información.		No es posible acceder a un periodo de transición, por una parte porque, es menester la implementación de presupuestos máximos para el uso de recursos de la salud con mayor eficiencia y control; por otra parte es un proceso que se ha socializado y trabajado con el conjunto de actores del SGSSS desde 2019, por tanto, todos ya conocen y están preparados para la entrada en rigor de este acto.
769	14	3/01/2020	202042300008702	Karen Acosta	Colsubsidio	Página 117 Anexo 6.	Solicitamos aclarar a que se hace referencia con la letra V del Anexo 6 y a que corresponde el valor fijado a cada EPS identificada con esta letra		La letra V corresponde a la movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo; es decir que la EPS del régimen subsidiado hizo recobros del régimen contributivo.
770	1	3/01/2020	202042300008822	Tatiana Rojano Coordinadora de Proyectos Gerenciales	Mutual SER EPS	Artículo 12	1. REPETIDOS: La primera transferencia del primer mes después de la aprobación de la presente resolución podrá realizarse en el mes subsiguiente; Y Parágrafo transitorio: La transferencia del primer mes, después de la entrada en vigencia de la presente resolución, podrá realizarse mes vencido 2. Parágrafo: A partir del segundo año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS Observacion: Explicar como se estimó ese % para las desviaciones?	1. Eliminar uno de los parrafos repetidos  2. Debería ser mas objetivo el calculo del % que dispondrá la EPS para las posibles desviaciones o contingencias	Acerca de la transferencia de recursos para el presupuesto máximo se ha determinado a raíz de las observaciones recibidas que, la ADRES definirá e implementará el proceso de transferencia del total del presupuesto máximo a cada EPS durante la vigencia fiscal distribuido en los primeros diez días del mes, así mismo determinará las condiciones de ajuste del presupuesto.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
771	2	3/01/2020	202042300008822	Tatiana Rojano Coordinadora de Proyectos Gerenciales	Mutual SER EPS	Artículo 13	<p>Dado que no puede superarse el monto del presupuesto máximo. Si una EPS por buen manejo llegare a tener excedentes es claro que debe trasladar el 60% a la ADRES 1.¿el 40% podría ser transferido a otra cuenta de la EPS? 2.¿podría ser reinvertido con las limitaciones propias del origen del recurso? 3.¿podría cambiar la naturaleza del origen del recurso y destinarse a gasto administrativo? Se sugiere determinar el alcance de la expresión "defensa adecuada" prevista en el numeral 3 de este artículo.</p> <p>4. En caso que las EPS superen los valores del 60% la transferencia se realizar en forma proporcional a la desviación (No se entiende este parrafo)</p> <p>5. En el evento que existan recursos disponibles sobre los recursos devueltos o transferidos a la ADRES, una vez cubiertos las contingencias o desviaciones de los presupuestos máximos, La ADRES transferirá el 60% de dichos recursos a las EPS según corresponda o en forma proporcional al valor total transferido, cada tres años</p> <p>Estos recursos disponibles (adicionales para las EPS) deben transferirse por criterios de gestión que demuestren las EPS</p>	<p>La norma debe especificar la respuesta a estas inquietudes para que no haya lugar a confusiones o vacíos.</p> <p>4. No se entiende a que se refiere el parrafo (el 60% de que?)</p> <p>5. Para que el 60% de estos recursos disponibles no se trasfiera proporcional, se deben tener criterios de buena gestión de los presupuestos maximos, por parte de las EPS</p>	<p>En relación con sus inquietudes en lo concerniente al tema de ahorros y en virtud de las observaciones que diferentes actores del SGSSS hicieron a este artículo, este tema se eliminará.</p> <p>En cuanto a su solicitud relacionada con el alcance la expresión "defensa adecuada", se incluyen en el acto administrativo las actividades que deben surtir en dichas actuaciones judiciales, dentro de las cuales se encuentran, la 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.</p> <p>Así mismo, se espera que en ejercicio de estas actuaciones la EPS o EOC realice 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 de Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de sistema de salud, entre otras.</p>
772	3	3/01/2020	202042300008822	Tatiana Rojano Coordinadora de Proyectos Gerenciales	Mutual SER EPS	Artículo 15	¿Cualquier mecanismo financiero y de seguros?	Por las dinámicas y restricciones del sector salud sería importante precisar los mecanismos que puedan utilizarse	La expresión mecanismo financiero y de seguros se refiere a las operaciones de cobertura que a bien estime contratar la EPS, que permitan mitigar riesgos financieros, en compañías de seguros o en establecimientos financieros legalmente autorizados para funcionar en el país, vigilados por la Superintendencia Financiera de Colombia. Esto se encuentra normado en la Ley 1955 de 2019 del Plan de Desarrollo, por lo cual se retira de este articulado.
773	4	3/01/2020	202042300008822	Tatiana Rojano Coordinadora de Proyectos Gerenciales	Mutual SER EPS	Artículo 18	<p>Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo</p> <p>Los Servicios Sociales Complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente. En todo caso estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica</p> <p>Comentario al texto: Por temas de volumen puede ser complicado el proceso de juntas médicas.</p>	<p>Bajo el entendido de la autonomía médica, debería ser suficiente la prescripción por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente; o sólo juntas medicas en casos específicos.</p>	<p>Este proceso se viene surtiendo desde la Resolución 1885 de 2018, por lo que no se constituye en una novedad para las juntas de profesionales de la salud en cuanto al analisis de los servicios complementarios que necesitan los pacientes. Los temas de volumen que usted indica no afectarán la ejecución del presupuesto máximo.</p>
774	5	3/01/2020	202042300008822	Tatiana Rojano Coordinadora de Proyectos Gerenciales	Mutual SER EPS		En el anexo 5. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS- No hay trasportes, ni hospedaje, ni los otros servicios que entendemos como servicios sociales complementarios, que no son propiamente servicios de salud, pero son necesarios para acceder a los servicios de salud.	<p>El volumen y costo de los servicios complementarios es importante, por lo cual es necesario que sean incluidos.</p>	<p>Los servicios complementarios son los establecidos en las tablas de referencia de Mipres. En cuanto al hospedaje y transporte se mantienen financiados con cargo a la UPC si el afiliado pertenece a municipio con UPC especial o UPC para población indígena afiliada a una EPSI. En el caso de los afiliados que no cumplen esta condición sigue siendo una exclusión. En presupuesto máximo se tuvo en cuenta el valor recobrado por los conceptos que usted indica si estos fueron ordenados por fallos de tutela, por lo cual se encuentran incluidos en la categoría transporte/alojamiento.</p> <p>Por otra parte respecto a costo de servicio complementarios aclaramos que, este proyecto de acto administrativo señala los valores de referencia más no precios y por consiguiente tampo determina costos del SGSSS.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
775	6	3/01/2020	202042300008822	Tatiana Rojano Coordinadora de Proyectos Gerenciales	Mutual SER EPS		Numeral 2. ¿Quién será el encargado de definir si el medicamento es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el presupuesto máximo? ¿Qué hacer cuando a pesar de considerarse que no es superior a otro cubierto por el presupuesto máximo es ordenado vía tutela? ¿Cómo se calcula o pagan las fórmulas magistrales (art. 27)? ¿Qué hacer cuando se ordenen servicios complementarios para personas distintas al usuario?	La norma debe especificar la respuesta a estas inquietudes para que no haya lugar a confusiones o vacíos.	¿Quién será el encargado de definir si el medicamento es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el presupuesto máximo?  La superioridad, equivalencia o inferioridad en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud (ETS) por el interesado, luego verificada por el IETS.  ¿Qué hacer cuando a pesar de considerarse que no es superior a otro cubierto por el presupuesto máximo es ordenado vía tutela? y ¿Qué hacer cuando se ordenen servicios complementarios para personas distintas al usuario?  La EPS está llamada a realizar la adecuada la defensa judicial. En cuanto a su observación relacionada con la "defensa judicial adecuada", el Ministerio aclarará en el proyecto de resolución las actividades que deben surtir en dichas actuaciones judiciales, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, la 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.  ¿Cómo se calcula o pagan las fórmulas magistrales (art. 27)? Las fórmulas magistrales se financian de acuerdo al principio activo, ya sea si está financiado con cargo a la UPC o financiado con cargo a presupuesto máximo.
776	7	3/01/2020	202042300008822	Tatiana Rojano Coordinadora de Proyectos Gerenciales	Mutual SER EPS	Artículo 27	Artículo 27. Radiofármacos. Los radiofármacos requeridos en procedimientos no financiados con cargo a la UPC. Estas tecnologías en salud se tendrán en cuenta en el cálculo que se establezca para procedimientos en salud dentro del Presupuesto Máximo.  Observación: No es claro o explícito que está garantizada su inclusión con cargo a los presupuestos máximo	Se sugiere que quede explícito que se garantiza la inclusión de los radiofármacos en los procedimientos no financiados con cargo a la UPC	De acuerdo con el artículo 8 de la Ley estatutaria de salud, 1751 de 2015, acerca de integralidad, los radiofármacos están inmersos en los procedimientos en salud "Los servicios y tecnologías de 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. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada".  En este orden de ideas, que da explícito en el acto administrativo que los radiofármacos se consideran financiados con recursos de presupuesto máximo cuando son necesarios e insustituibles para la realización de los procedimientos de medicina nuclear no financiados con cargo a la UPC, tanto en diagnóstico, como en tratamiento.
777	8	3/01/2020	202042300008822	Tatiana Rojano Coordinadora de Proyectos Gerenciales	Mutual SER EPS	Artículo 37	Muchas veces estos procedimientos no se consideran con fines terapéuticos y a pesar de ello ordenados por un juez en sede de tutela a pesar de la defensa que se ejerza ¿quedan incluidos en el presupuesto máximo?	La norma debe especificar la respuesta a estas inquietudes para que no haya lugar a confusiones o vacíos.	Para efectos del cálculo del presupuesto máximo se incluyó la probabilidad de asumir cargos por procedimientos excluidos pero que, según el histórico de las fuentes de información, fueron recobrados a la ADRES en cumplimiento de fallos de tutela. A partir de la asignación de estos recursos, será labor de la EPS el ejercer la defensa adecuada, la cual comprende las actividades que deben surtir en las actuaciones judiciales, como por ejemplo la 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.
778	1	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 5	Fuentes de información para el cálculo de Presupuesto máximo; se puede observar que no se tuvieron en cuenta las bases de datos de MIPRES, en las cuales pueden verificarse las prescripciones NO PBS en el régimen contributivo, para el caso de Cajacopi EPS.	Se solicita que en la Resolución se incluya qué fuentes de información se registraron para el presupuesto de Régimen Contributivo y Movilidad; así mismo verificar las prescripciones MIPRES vigencias 2017, 2018 y primer semestre 2019. Realizar el comparativo de los valores a reconocer por tipo de tecnología. Solicitamos tener en cuenta las prescripciones del segundo semestre 2019 más lo recobros realizados al ADRES.	En cuanto a su propuesta de utilizar las bases de datos Mipres, aclaramos que, la fuente de información tomada como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrado, en otras palabras, lo suministrado; además, la información es suficiente y válida, sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos históricas muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo, lo anterior quiere decir que los cálculos de las cantidades reflejan las prescripciones que han sido pagadas por tanto suministradas, no hay cantidades segadas, son reales y de calidad. Es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recobro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES, y corresponde a las prescripciones reportadas hasta el primer semestre de 2019, cuyo año de prestación del servicio fue de 2015 a 2018.  A partir de la entrada en vigencia de presupuesto máximo, la fuente de seguimiento de la ejecución será la herramienta MIPRES.
779	2	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 6	Mostrar al público las fórmulas utilizadas con su respectivo desarrollo para verificar el monto asignado a cada una de la EPS. La idea es bajar los montos a las EPS con <b>máximos recobros</b> .	El monto asignado es muy bajo para toda la población de movilidad del régimen contributivo de Cajacopi EPS: (55.541) a corte 30 de noviembre 2019	Sobre su solicitud de publicar las fórmulas utilizadas en la metodología de presupuesto máximo fueron publicadas en: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> donde está la información necesaria para replicar la metodología del modelo econométrico.  El monto fue revisado y podrá ser consultado en el acto administrativo correspondiente.
780	3	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 6	Mostrar al público las fórmulas utilizadas con su respectivo desarrollo para verificar el monto asignado a cada una de la EPS. La idea es bajar los montos a las EPS con <b>máximos recobros</b> .	El monto asignado es muy bajo para toda la población de movilidad del régimen contributivo de Cajacopi EPS: (55.541) a corte 30 de noviembre 2019	Sobre su solicitud de publicar las fórmulas utilizadas en la metodología de presupuesto máximo fueron publicadas en: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> donde está la información necesaria para replicar la metodología del modelo econométrico.  El monto fue revisado y podrá ser consultado en el acto administrativo correspondiente.
781	4	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 8	Teniendo en cuenta el cálculo per cápita mensual y anual, solicitamos comedidamente que se aclare si los ajustes a este presupuesto los realizarán de manera mensual o trimestral teniendo en cuenta la información solicitada por ADRES.	En el presupuesto máximo proyectado no se encuentran los afiliados de las EPS que están en liquidación a partir del segundo semestre del 2019.	Vale aclarar que se ha modificado el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, independientemente si la EPS es liquidada o es un traslado por libre elección.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
782	5	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 12	Transferencia del presupuesto máximo: ¿el valor a transferir es anual o mensual?	En caso de acabarse el presupuesto máximo, cómo realizan el monitoreo, ¿asignan más recursos?, ¿la EPS puede negar servicios porque se acabó el presupuesto? ¿O se realizarán recobros al ADRES?	El presupuesto máximo anual a transferir será entregado en forma mensual por parte de la ADRES, según el proceso que diseñe e implemente para tal fin.  A la pregunta relacionada con asignar más recursos ante la superación del presupuesto máximo, se tiene que Minsalud presentará la metodología para el ajuste ex-post, la ADRES por su partea través de indicadores de gestión o resultados en salud o el traslado de afiliados hará lo propio, y la EPS prodrá realizar la solicitud de revisión y ajuste a la ADRES, Todo ello basado en la información contenida en los módulos de MIPRES para suministros y facturación, sin desconocer lo relativo a las formas de contratación.  El presupuesto máximo no afectará la prestación de los servicios, por cuanto que el artículo 240 de la Ley 1955 a la letra dice: "En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio", aspecto que recoge este acto administrativo en los considerandos y en lo referente al deber que las aseguradoras tienen de garantizar el acceso a las tecnologías y servicios en salud que requiere el paciente, toda vez que implemente acciones para prevenir la superación del presupuesto máximo.  Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC ni con presupuesto máximo, continuarán siendo garantizados a los afiliados bajo el principio de integralidad; y su reconocimiento y pago se efectuará en los términos de la Resolución 1885 de 2018 y la Resolución 094 de 2020 de este Ministerio.
783	6	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 13	Es imposible no superar el presupuesto máximo proyectado; los médicos prescriben tecnologías NO PBS cada vez más, se puede tener el mejor modelo de atención, pero la pertinencia medica es Ley.	Las EPS que tengan ahorros, realizan devolución de los dineros; estos recursos deberán ser transferidos a las EPS con bajo techo presupuestal.	En relación con sus inquietudes en lo concerniente al tema de ahorros y en virtud de las observaciones que diferentes actores del SGSSS hicieron a este artículo, este tema se eliminará. Con respecto a la no superación del presupuesto se plantea que las EPS deben gestionar, entre otros aspectos: modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, guías o protocolos con sus redes de prestadores y atender a los valores de referencia empleados para el cálculo de los presupuestos máximos; además deberá en los casos que las EPS (o La ADRES) identifique el riesgo de superar el Presupuesto Máximo realizar los ajustes a los valores de referencia, demostrar en cada caso que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales según los los intereses del SGSSS. Por su parte La ADRES definirá el procedimiento respectivo en caso de superación del presupuesto máximo y los procedimientos para determinar el riesgo de superación del presupuesto máximo. Para los prestadores y personal de salud se insta a priorizar el uso de tecnología en salud y servicios con cargo a la UPC de conformidad con las primeras líneas de tratamiento, evidencia científica, guías, protocolos, rutas de atención y posicionamiento terapéutico, entre otros, es decir la mejor opción para el paciente. Toda acción que adelanten los actores del sistema de salud dirigida a la no superación de los Presupuestos Máximos será sin afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud que efectivamente requiera el paciente, sumada a la evaluación de la efectividad clínica, la relación beneficio-riesgo y costo efectividad de las tecnologías.
784	7	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 13. 3	Es imposible no superar el presupuesto máximo proyectado; los médicos prescriben tecnologías NO PBS cada vez más, se puede tener el mejor modelo de atención, pero la pertinencia medica es Ley. Además, la información de los años 2015, 2016, 2017 y 2018 ha variado en costos y el modelo de salud es diferente al de esos años.	Las EPS que tengan ahorros, realizan devolución de los dineros; estos recursos deberán ser transferidos a las EPS con bajo techo presupuestal.  Se demostrará con fallos de tutelas.	Para la primera parte de esta solicitud se reitera la respuesta anterior. Con respecto a demostrar con fallos de tutelas, indistintamente del resultado que se arroje en cada uno de los procesos judiciales, se espera que la EPS respectiva efectivamente haya acudido a todas las etapas en ejercicio del debido proceso. La ADRES determinará los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo, así como los elementos para la defensa judicial requeridos.
785	8	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 13. 4 parágrafo 4	En caso de que se supere el presupuesto máximo según el sistema de alerta de MIPRES, La EPS garantiza el servicio y se realizará el recobro al ADRES.	La EPS debe garantizar el servicio y permitir el recobro al ADRES cuando se supere el techo presupuestal.	Las EPS no pueden limitar el acceso a los servicios, de acuerdo a la Ley estatutaria en Salud 1751 de 2015, por lo cual este proyecto de acto administrativo indica que las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud.  En el acto administrativo se tiene previsto que, para el ajuste del presupuesto máximo la EPS podrá realizar la solicitud a la ADRES, cuando lo considere necesario.
786	9	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 19	En caso de medicamentos, APME y procedimientos no financiados con cargo al presupuesto máximo, ¿cómo es el procedimiento de facturación y recobro al ADRES?	Las IPS deben de radicar a la EPS la facturación que no esté a cargo del presupuesto máximo y el ADRES realizará auditoría y pago de dichas facturas.	En los casos que usted comenta para los servicios y tecnologías en salud no financiados con UPC o con presupuesto máximo, se mantiene el modelo de recobro/cobro establecido en la Resolución 1885 de 2018, asumiendo todas sus reglas por parte de las EPS. A partir del 1 de enero de 2020 según la Ley 1955 de 2019, artículo 231. Competencias en salud por parte de la nación, establece que: "Adiciónese el numeral 42.24 al artículo 42 de la Ley 715 de 2001, así: 42.24. Financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social". Por esto último este Ministerio promulgó la Resolución 094 de 2020.
787	10	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 19	vii) Los Medicamentos y Procedimientos nuevos en el País. ix) Los procedimientos realizados fuera del país. Parágrafo: La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), determinará los procesos, procedimientos de cobro para la radicación de la facturación que no está incluida tanto para el régimen subsidiado y Contributivo y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo. vi) Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo. (Realizar la verificación ya que en este Artículo no se registra el parágrafo 3)	Reiteramos que es muy importante que en este Artículo se registre el proceso que se debe realizar cuando los procedimientos, APME, medicamentos no están financiados con cargo al presupuesto máximo.	Se reitera la respuesta anterior.
788	11	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 40	Seguimiento, control y monitoreo de los recursos. La Resolución es retroactiva en ese mes, el prestador factura a nombre de la EPS. ¿Cuál va a ser la herramienta de seguimiento? ¿Si el presupuesto máximo se acaba de acuerdo con la herramienta de seguimiento se asignarán más recursos?	La herramienta de seguimiento debe ser el MIPRES ya que con esta se pueden verificar las prescripciones y llevar un seguimiento de los NO PBS; adicionalmente si el presupuesto se acaba tienen que asignar mas recursos de las EPS que no se han gastado su presupuesto, o permitir el recobro al ADRES.	Con respecto a su solicitud se informa que, a partir de la entrada en funcionamiento del presupuesto máximo, el seguimiento será realizado con la información que reporten las EPS y otros actores del sistema, así como los módulos de suministro y facturación de MIPRES. La Administradora contará con un mes para desarrollar, implementar y publicar el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo, en el que se considerará 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, factores que permitan evidenciar la ejecución de los recursos. El seguimiento y monitoreo se realizará a EPS, operadores logísticos, gestores farmacéuticos e IPS. Existirá seguimiento a la ejecución del presupuesto máximo por parte del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud con sus funciones de inspección, vigilancia y control, así como también al interior de cada EPS.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
789	12	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Artículo 42. Trámite de la información. La ADRES y este Ministerio recibirán la información dentro de los plazos establecidos, según el detalle, calidad y periodicidad que se defina, a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. En todo caso, las Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado reportarán	Parágrafo: las EPS tendrán hasta el mes de marzo de 2020 para incluir en los <b>archivos fuente</b> de información para el cálculo de techos, los valores adicionales no entregados inicialmente, así como la radicación correspondiente al segundo semestre de 2019; con dicha información el Ministerio de Salud y Protección Social actualizará la información y realizará nuevamente el cálculo de acuerdo con la metodología utilizada y publicará la nueva tabla de techos en el mes de junio del año 2020."	El reporte de esta información permitirá realizar el recobro al ADRES o permite revisar el presupuesto asignado a cada EPS de manera bimestral.  Las EPS que puedan demostrar con soportes de los últimos seis meses de gestión del recobro que sus <b>valores son significativamente superiores mensualmente a los techos anuales</b> previstos en esta norma, tendrán la oportunidad de anexar esta demostración para recalcular un nuevo techo próximo a los promedios reales que se manejan en estos momentos.	Como se mencionó en el comentario 1, el presupuesto máximo de 2020 fue calculado con lo efectivamente prestado hasta 31 de diciembre de 2018. Durante el 2020 se realizará el monitoreo al presupuesto máximo asignado. El proceso de seguimiento, monitoreo y auditoría será desarrollado e implementado por la ADRES, con la posibilidad de realizar un piloto para sus respectivos ajustes.
790	13	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Anexo 6	El monto que esta asignando a CAJACOPI EPS (\$53.512.951), no está de acuerdo con nuestras operaciones, para el número de usuarios que se encuentra vinculado. (55.541) a corte 30 de noviembre 2019	Respecto de la metodología que están presentando en este proyecto de Resolución, no se profundiza sobre los cálculos, lo que no permitirá realizar una validación exhaustiva. Revisando el consolidado del MIPRES, tutelas, el valor anual en el régimen contributivo para Cajacopi EPS debe ser de \$3.000.000.000"	El detalle de la metodología para el cálculo del presupuesto máximo estaba contenido en el proyecto de acto administrativo publicado. Esto hará parte de la nota técnica de la resolución que se publique. De la aplicación rigurosa de esta metodología, con la fundamentación estadística requerida, se logra el cálculo del presupuesto máximo asignado.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
791	14	3/01/2020	202042300008862	HARRY MARQUEZ Coordinador Nacional Operaciones Salud	CAJACOPI EPS	Anexo 5 Procedimientos.	<p>Razón por la cual el grupo y subgrupo tienen valores de referencia ver ejemplo: 236 378401 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADOR CARDÍACO \$ 26.486.574,25</p> <p>237 3784 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADORES CARDÍACOS \$ 28.544.553,09</p> <p>Adicionar un párrafo en el anexo - 5, qué se incluye y qué se excluye para los detalles de servicios de contratación con las IPS en el caso de que se evidencien diferencias en los valores de referencia teniendo en cuenta los tarifarios y los demás servicios que se deben como parte integral como estancias, insumos, medicamentos y que son facturables como NO PBS, la diferencia se realizaría como un cobro ante ADRES de acuerdo a los lineamientos que se establezcan en procesos, procedimientos y auditoría integral, teniendo en cuenta desviaciones en algunos procedimientos como por ejemplo: Código CUPS 209604- IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE CONDUCCIÓN OSEA, Valor de referencia en el proyecto \$ 12.360.401,32, Valor recobrado registrado en la información de techos por las EPS \$ 40.943.776,5</p> <p>Código CUPS 209605- IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE OÍDO</p>	<p>En el <b>anexo 5- Procedimientos</b>, se debe tener claridad: ¿qué se incluye y qué se excluye? ¿qué servicios forman parte integral del procedimiento y que están dentro del presupuesto?; las IPS deberán ajustarse a los valores de referencia, como sucede con los medicamentos.</p>	<p>Se aclara que el proyecto de resolución no determina precios ni tarifas de mercado sino valores de referencia que corresponden al primer cuartil (percentil 25) de los recobros históricos para el grupo de referencia, de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recobradas. Para el caso de los procedimientos cada grupo relevante corresponde a un CUPS; la diferencia de valores que existe se genera con base en el histórico reportado a la ADRES de recobros/cobros de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, es decir que estos fueron presentados por las EPS con descripciones de CUPS a 4 o 6 dígitos. Para este análisis estadístico cada CUPS se revisó de manera independiente es decir los procedimientos registrados con el 3784 no está agrupando los otros procedimientos reportados de 6 dígitos, como por ejemplo el 378401.</p> <p>Se hace énfasis en que los valores de referencia no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena, por lo cual permite que el precio o tarifa de venta pueda ser definido por quien corresponda. Lo valores de referencia tienen como objeto ser utilizados para el cálculo del presupuesto máximo; entonces el presupuesto considera: i) los valores de referencia (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) las tutelas, vi) Los procedimientos en salud, y vii) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas que no han sido observadas). Además es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES.</p> <p>De acuerdo con el artículo 8 de la Ley estatutaria de salud, 1751 de 2015, acerca de integralidad, están inmersos en los procedimientos en salud "Los servicios y tecnologías de 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. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada".</p> <p>En cuanto a su propuesta de "en el caso de que se evidencien diferencias en los valores de referencia teniendo en cuenta los tarifarios y los demás servicios que se deben como parte integral como estancias, insumos, medicamentos y que son facturables como NO PBS la diferencia se realizaría como un cobro ante ADRES de acuerdo a los lineamientos que se establezcan en procesos, procedimientos y auditoría integral, teniendo en cuenta desviaciones en algunos procedimientos", se indica que aunque no es clara su propuesta, la metodología de Minsalud presenta fundamentación estadística y capacidad de prospección, lo cual se evidencia en la técnica utilizada y la base de datos utilizada, que para el caso del proyecto de resolución se utiliza todo el universo de recobros.</p>
792	1	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 3 Numeral 20	<p>En la definición de valor máximo se anota "que es el valor menor entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro". El cálculo debería hacerse solamente con el valor de referencia (no con el menor de los dos)</p>	<p>Lo anterior significa que el valor utilizado para el cálculo de UMC de un mismo medicamento será diferente entre cada una de las EPS, dependiendo de su histórico de cobro/recobro, lo cual genera inequidad en el cálculo toda vez que por una misma tecnología a algunas EPS el valor de referencia en tanto que a otras EPS se les estaría reconociendo un menor valor</p>	<p>Se considera que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados.</p> <p>Reiteramos que el cálculo del IBNR se realiza para todo el sistema.</p>
793	2	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 5 Literales Ay B, inciso ii	<p>El cálculo de las cantidades ajustadas para los presupuestos máximos de todas las EPS se hace considerando el comportamiento nacional del recobro/cobro. El cálculo debe hacerse individualmente para cada EPS.</p>	<p>No es cierto que todas las EPS (que cuentan con redes de prestación distintas) tengan el mismo comportamiento de rezago (IBNR) y por lo mismo el agregado nacional no representa el comportamiento particular de cada EPS y el ajuste puede sobreestimar o subestimar las cantidades ajustadas</p>	<p>Se considera que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados.</p> <p>Reiteramos que el cálculo del IBNR se realiza para todo el sistema.</p>
794	3	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 5 Literales A, inciso iii	<p>La estimación de las tasas de crecimiento se calcula para los grupos que comparten la misma unidad de medida. El cálculo de la tendencia de crecimiento y de las cantidades delta debería realizarse para cada grupo relevante o agrupando tecnologías que compartan características epidemiológicas, demográficas y de uso por parte de los prescriptores.</p>	<p>La pendiente de crecimiento del uso de las tecnologías no PBS depende de variables como la transformación demográfica de la población, la evolución de las características epidemiológicas y las variaciones en el comportamiento de los prescriptores de dichas tecnologías. Al unificar el cálculo tomando como base las unidades de medida se estarían agrupando en una misma tendencia el comportamiento de tecnologías muy disímiles, que pueden tener tendencias particulares con base en las variables anteriormente descritas.</p>	<p>La metodología define para grupo relevante las variables por las cuales se conforman, como por ejemplo: unidad mínima de concentración, forma farmacéutica, presentación, categoría, principio activo, entre otras. La metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES. Esta metodología es susceptible de cambio a futuro, contemplando nuevas fuentes de información, ajustes ex - post que incentiven el logro de resultados en salud e incluso la propuesta que usted realiza.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
795	4	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 5 Literales A y B, inciso iv	Para la actualización de las cantidades iniciales al año 2020 se suma 2 veces el resultado de las cantidades delta. Las cantidades delta deben estimarse con datos más recientes considerando la tendencia de uso de la herramienta MIPRES y utilizando para su proyección las series que mejor representen su comportamiento.	No es cierto que el crecimiento en el uso de las tecnologías no PBS en los últimos 2 años tenga un comportamiento lineal de acuerdo con la tendencia del período de tiempo analizado (2015-2018).	La Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social. Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos escasos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura al compararlos con las vigencias anteriores que ya tienen dicha auditoría. De tal manera que se consideró apropiado el uso de la doble suma del Delta de manera aritmética en el cálculo del presupuesto máximo de 2020, con el propósito de mantener un crecimiento razonable que garantice el espíritu de racionalización de los recursos escasos. No obstante, se evaluará la pertinencia de usar un esquema de crecimiento compuesto para el cálculo del presupuesto máximo en mención.
796	5	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 8	El ajuste del presupuesto máximo por traslado de usuarios se realiza con base en el per cápita de la EPS de origen. A este valor per cápita se le aplican los ponderadores de la estructura de costos de la UPC. Se propone que el cálculo de ajuste por traslado de usuarios corresponda al costo efectivo de las tecnologías no PBS del usuario que se traslada al momento de cambio de EPS.	No es cierto que la siniestralidad promedio en servicios no PBS de los usuarios que se trasladan sea igual a la de todos los usuarios de la EPS de origen. Existe evidencia suficiente que demuestra que los usuarios trasladados de EPS con problemas de desempeño tienen una mayor carga de siniestralidad. Tampoco es cierto que la siniestralidad de las tecnologías no PBS tenga una distribución por grupo de edad y género similar a las coberturas PBS y que los ponderadores de la UPC sean válidos para este cálculo.	El cálculo del per cápita de traslado por EPS se realizó según la metodología expuesta en el proyecto normativo. Se precisa que aplica para la totalidad de traslados que ocurran, sin importar el estado de salud que tengan en el momento del traslado y si usan o no tecnologías en salud no PB, por lo que no es procedente hacerlo por el valor de las tecnologías no PB que usa el usuario al momento del traslado.  Ahora bien, con respecto a los movimientos entre EPS se está contemplando que los presupuestos máximos calculados con la metodología descrita en el proyecto de resolución se ajustarán de forma ex - post considerando los traslados de las personas de la vigencia anterior a la aplicación de la vigencia de Presupuesto Máximo.  Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.
797	6	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 9	Se propone entregar para su validación a cada EPS la nota técnica que soporta el cálculo del presupuesto máximo del anexo 6	Se debe validar por parte de cada EPS que las cantidades iniciales correspondan a las efectivamente recobradas, que las cantidades ajustadas y las cantidades delta reflejen efectivamente la evolución del comportamiento de los recobros de los últimos 2 años y que los precios utilizados para el cálculo de cada una de las tecnologías incluidas se encuentren dentro de las referencias de mercado del sistema y que puedan ser garantizadas por la cadena de valor.	Sobre su propuesta de entregar para su validación a cada EPS la nota técnica que soporta el cálculo del presupuesto máximo, se precisa que la información necesaria para replicar la metodología del modelo econométrico es pública la puede consultar en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> .
798	7	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 9	Se debe contemplar que el cálculo realizado para presupuestos máximos incluya la variable de crecimiento poblacional de cada EPS	En ningún lugar de la metodología se observa que los presupuestos máximos se ajusten al crecimiento poblacional de las EPS durante los últimos años lo cual indudablemente afecta su comportamiento. En el sistema de salud en Colombia existen EPS que en los últimos 2 años han crecido cerca de 1 millón de afiliados y otras que ha decrecido en más de 1 millón de usuarios (fuente BDUA) por tanto las estimaciones realizadas del presupuesto máximo con información del año 2018 quedan dramáticamente subestimadas o sobreestimadas según estos comportamientos.	Respecto a su solicitud de incluir el crecimiento poblacional de las EPS dentro de la metodología de presupuestos máximos, vale precisar que tal como lo plantea el Artículo 8 del proyecto de resolución, el Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto, la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual.  Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.  Es relevante señalar que la fuente de información utilizada es la base de recobros/cobros de ADRES de los años 2015 al primer semestre de 2019. Para de los valores iniciales se parte de la cantidad recobrada en 2018 sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura en dicho valor inicial, al cual se le adiciona el calcula el recobro tardío (IBNR), que tiene parte de la información de 2019, con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado. Así mismo, se calcula el crecimiento promedio anual de las cantidades mediante técnicas econométricas de panel de datos con efectos fijos para cada grupo relevante. Dicho crecimiento anual se aplica para encontrar las cantidades para el año 2020. De tal manera, que el calculo de las cantidades contempla todos los aspectos a tener en cuenta, por lo que no se espera que se observen faltantes. De otro lado, estas cantidades se valoran a los precios máximos que serán reconocidos, los cuales en su mayoría ya están reglamentados y, que representan la verdadera racionalización del presupuesto que el Estado destina para cubrir los servicios no financiados con cargo a la UPC. Lo anterior implica que los usuarios recibirán los servicios que necesitan, sin barreras de acceso y que las EAPB deberán implementar una gestión que permita cumplir con los costos sugeridos. Al final se logrará una racionalización de los recursos, respetando las necesidades de los usuarios.
799	8	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 11	Excepcionalmente podrán ser beneficiarios de las cuentas maestras las personas que en virtud a una orden judicial se les deba reconocer directamente sumas de dinero por concepto de prestación de tecnogías no financiadas con recursos de UP	Se solicita aclarar si esta excepción obedece al contexto de lo reconocido a un usuario ante solicitudes de reembolsos de servicios NO PBS. Si no es en este contexto, a que otras situaciones obedece esa posibilidad?	Respecto a sus inquietudes planteadas al Artículo 11. Beneficiarios cuentas maestras del Presupuesto Máximo, particularmente sobre la posibilidad excepcional de cuentas maestras a personas naturales, se determinó eliminar tanto el artículo 10 como el artículo 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.  No obstante, vale señalar que el proyecto de resolución contempla tales medidas en el Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos. A partir de las cuales 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
800	9	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 13 Numeral 1	Menciona que para que no se presente la superación del presupuesto máximo las EPS sino de las entidades del Estado responsables. además deberán realizar los ajustes a los valores de referencia. En caso de que haya riesgo de superar el presupuesto máximo la ADRES debe ajustar el valor del	Definir los valores de las referencia no es una competencia de las EPS sino de las entidades del Estado responsables.	El propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud no cubiertas por la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente. La gestión de los recursos asignados e implementar estrategias en función de la optimización de los mismos, por parte de las EPS, de ninguna manera corresponde con acciones inconstitucionales ni excede las funciones propias de las EPS

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
801	10	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 18 Numeral 1	Se debe dar claridad sobre el establecimiento de precios de los medicamentos que tengan la característica de cobertura condicionada o parcial por financiación vía UPC, ejemplo adalimumab.	Tener dos precios de referencia para los mercados relevantes puede generar distorsiones de mercado y problemas de gestión del mismo por parte de los aseguradores y la cadena de suministro.	<p>En primer lugar es importante mencionar que las Resoluciones 243 y 738 de 2019 y las Resoluciones 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Se resalta también que esta medida no se constituye por se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene incluida toda la cadena agregada de valor del medicamento, es decir valores adicionales correspondientes a la distribución, dispensación, logística, gastos de administración y contempla los diferentes tipos de contratación entre los agentes.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, los valores reportados en el Anexo 3 del Proyecto de Resolución son base de cálculo para el cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente</p> <p>Ahora bien se precisa que en cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p>
802	11	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 18 Numeral 2	Los comparadores terapéuticos también deben poder establecerse con los que se tienen ya incluidos dentro del PBS vía financiación UPC	Tener la opción de incluir comparadores terapéuticos que ya tengo en PBS permite ser eficientes en la gestión de tecnologías en el SGSSS	El inciso 2 del artículo 18 del Proyecto de Resolución hace referencia a que los medicamentos que no se encuentren en normas farmacológicas deben demostrar superioridad terapéutica o clínica respecto a otro ya incluido en el Presupuesto máximo teniendo en cuenta que si se llegara a comparar con un medicamento ya financiado con recursos de la UPC y en efecto fueran comparables, se estaría asegurando que el valor de este nuevo medicamento estaría contemplado dentro de la UPC cuando esto en realidad no es así. En conclusión debería ser comparado con medicamentos ya incluidos en el presupuesto máximo teniendo en cuenta que los recursos de este nuevo medicamento harían parte de esta bolsa de financiación
803	12	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 18 Paragrafo 5	Se debe mejorar la redacción del apartado. Se propone que para tecnologías en salud que el IETS considere que su valor terapéutico sea inferior o igual a las tecnologías que ya están financiadas por presupuestos máximos y UPC se deberán someter a proceso de exclusiones de tecnologías según lo expuesto por la resolución 330 de 2017. Corregir que no es "superioridad" sino su "inferioridad"	El valor terapéutico de las tecnologías es relevante para garantizar la sostenibilidad del sistema. Por lo tanto tener tecnologías que no aportan valor a la gestión del riesgo y de salud de las personas no tiene sustento. Por lo tanto, se propone el mecanismo de exclusiones para este tipo de tecnologías	Se tiene en cuenta la observación realizada para lo cual se suprime del párrafo 5 la expresión: "sin importar su superioridad". Además se incluyó que si un medicamento es definido como inferior se someterá al procedimiento de exclusiones de que trata el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 330 de 2017 o la que modifique o sustituya.
804	13	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 19. Literal 1	Medicamentos vitales no disponibles que tienen un valor de referencia	Es necesario que se defina un procedimiento claro de ajuste de presupuestos máximos cuando alguna de las entidades responsables defina un valor de referencia para una tecnología que antes no lo tenía. Este ajuste debe incluirse como una nota técnica dentro del cálculo.	Prevé el proyecto normativo que se financiarán con presupuestos máximos los medicamentos vitales no disponibles que tengan definido valor de referencia, bajo los lineamientos generales del artículo 18 (haciendo la claridad de que las excepciones son las mencionadas en el artículo 19 y no en el artículo 20, texto que se corrige). Los restantes, que no sean financiados por UPC ni sean explícitamente excluidos, serán financiados por recobro/cobro, hasta tanto se concluyan los análisis para definir la inclusión en la financiación con presupuestos máximos
805	14	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 19. Literal 1	Medicamentos vitales no disponibles que tienen un valor de referencia	Según la resolución, estos medicamentos entran en presupuestos máximos, pero hay algunos casos que debido a que el paciente ha hecho un evento adverso o no han controlado su enfermedad al medicamento comercializado en Colombia , se adquiere como medicamento de urgencia médica como importado ante INVIMA, toda vez que existen presentaciones diferentes, por tanto deben ser considerados. Estos casos entrarían al techo? Por ejemplo la Hidrocortisona con referencia comercial CORTEF.	No se considera procedente la observación realizada toda vez que las diferentes presentaciones que se den de un medicamento a nivel mundial quedan incluidos en el grupo relevante por tener el mismo principio activo y forma farmacéutica, según la definición de grupo relevante establecida en la Resolución 243 de 2019; en caso de referirse a formas farmacéuticas diferentes y no contar con VMR no se financian con cargo al Presupuesto máximo.
806	15	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 19 . Literal 4	Medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los existentes en el país que no son financiados con cargo al Presupuesto máximo	Favor aclarar si estos medicamentos se refieren a los importados.	Se aclara que las alternativas terapéuticas son fármacos químicamente distintos del fármaco prescrito (usado), pero con el mismo efecto clínico, y el numeral 4 del artículo 19 hace referencia a todas las alternativas terapéuticas de los medicamentos autorizados para su comercialización en Colombia
807	16	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 19. Literal 6	APME que no cumplen lo descrito en el párrafo 3 del artículo 22	Se observa que no hay párrafo 3 en el artículo 22.	<p>En la descripción del literal vi del artículo 19 existió un error ya que se quiso hacer referencia al párrafo 3 del artículo 21, que precisa: "Párrafo 3. El APME no financiado con cargo a la UPC 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, 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".</p> <p>Tal error es subsanado.</p>
808	17	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 19 literal 7	Procedimientos nuevos en el País	No es claro que significa procedimientos nuevos en el país. Se sugiere que se describa como procedimientos no codificados en la CUPS. Quién va a determinar que son nuevos?	Los procedimientos nuevos en el país, son aquellos que llegan al país y no se encuentran descritos en la CUPS, por lo cual deben surtir el procedimiento para la actualización de la CUP. Se complementa que aplicará una evaluación de tecnología que realizará IETS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
809	18	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 19 literal 8	Servicios complementarios no asociados a una condición de salud y que no sean prescritos por un profesional de la salud autorizado que no están financiados con cargo al presupuesto máximo	Se debe determinar el detalle de estos servicios complementarios. Puede utilizarse el detalle servicios complementarios que están descritos en el módulo de tutelas de MIPRES. Por ejemplo como saber si un INSUMO DE COMUNICACIÓN ASISTIDA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD que es ordenado por un profesional de la salud y cuya finalidad no es mejorar la salud sino la comunicación de un individuo es o no es un servicio complementario financiado con cargo al presupuesto máximo. Que pasa con los fitoterapéuticos, homeopáticos, procedimientos de medicina alternativa no codificados en la CUPS que son ordenados por profesionales de la salud y están asociados a la condición de salud de un usuario? Serían excluidos por ser experimentales?	Se aclara que el objeto del presente acto normativo no representa cobertura ni fijación de precios. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la Ley 1966 de 2019.  Adicionalmente los artículos 18 y 19 del presente acto administrativo definen los criterios para analizar que tecnologías en salud están financiadas por presupuestos máximos y cuáles no. Entonces, en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, con excepción hecha de lo descrito en el artículo 19.	
810	19	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 20	Tecnologías excluidas	Se debe aclarar si esas tecnologías se refieren a las que cumplan con alguno de los criterios de lo estipulado en el Artículo 9 y Artículo 15 Ley Estatutaria No. 1751 del 16 de febrero de 2015; a las tecnologías enlistadas en la Resolución 244 de 2019 y a las normas posteriores que la sustituyan o modifiquen	Atendiendo lo observado el Minsiterio ajusto el texto en el sentido de que bajo el principio de integralidad de la atención los servicios y tecnologías no fianaciados con UPC ni con recursos de presupuestos máximos serán reconocidos y pagados según lineamientos que adopte ADRES. Lo anterior no modifica las disposiciones actuales respecto de los servicios y tecnologías explícitamente excluidos de financiación con recursos de salud.	
811	20	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 20	Es importante incluir un párrafo que establezca reglas a los operadores logísticos y a la cadena de valor sobre la obligación que tienen de gestionar su operación y su estructura de costos para garantizar el cumplimiento del VMR y por lo tanto de los presupuestos máximos. Así mismo, garantizar el abastecimiento de las moléculas propuestas para este proceso de regulación y la dispensación.	Parte de la gestión de los presupuestos máximos se basan en la garantía del acceso e integralidad. Sin embargo, en las experiencias previas de regulación hemos tenido problemas de abastecimiento de medicamentos debido a que el fabricante desabastece por un tiempo las moléculas, por lo tanto, se requiere que dentro de la norma se establezcan reglas sobre gestión farmacéutica de todos los actores de la cadena.	Se reitera que el presente proyecto normativo no es una regulación de precios, ni establece VMR, son valores de referencia para efectos de cálculo de Presupuesto Máximo de una EPS; así mismo se informa que el valor resultante obedece a la aplicación de la metodología establecida. Tampoco, el propósito de la presente proyecto normativo, es el de regular el mercado. No se acepta la inclusión del párrafo. Es del ámbito de la gestión eficiente de la EPS, las relaciones contractuales y las condiciones que pacte con toda la red de servicios y proveedores.	
812	21	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 21 párrafo 1	Se debe publicar la lista de medicamentos que se consideran terapéuticos debido a que de esto depende la gestión específica que se deba hacer para estos grupos terapéuticos. Hasta el momento se propone que sea la propuesta por INVIMA y sea actualizada a vigencia 2019	Estos grupos farmacológicos requieren una gestión farmacológica y clínica diferencial al resto de grupos farmacológicos, por lo tanto, se debe incluir explícitamente los medicamentos con esta característica.	El Párrafo 1 del Proyecto de Resolución menciona: "Párrafo 1. 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 paracológico necesarios."  Teniendo en cuenta lo anterior, el Párrafo es claro en que este listado está definido por el INVIMA y es dicha entidad quien tiene la potestad de su actualización según su criterio, por tanto para la consulta del respectivo listado, se sugiere respetuosamente se consulte la página web del INVIMA. Al realizar la respectiva revisión se evidencia que el último listado corresponde a octubre de 2018 y puede ser consultado en el siguiente link: <a href="https://www.invima.gov.co/documents/20143/1232250/Medicamentos-de-Estrecho-margen.pdf/a3e0412a-71ea-3a2c-e66a-dc945bfa49ea?t=1560783097140">https://www.invima.gov.co/documents/20143/1232250/Medicamentos-de-Estrecho-margen.pdf/a3e0412a-71ea-3a2c-e66a-dc945bfa49ea?t=1560783097140</a> .	
813	22	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 21 párrafo 2	Se debe incluir la posibilidad de uso de evaluaciones de tecnología realizadas por el IETS o institucionales que sigan los lineamientos del IETS y que sean avaladas por esta institución. Así mismo, se debe garantizar la actualización de las Guías de Atención Integral y Guías de Práctica Clínica nacionales para gestionar adecuadamente el presupuesto máximo	Los tiempos de generación de evidencia científica a nivel nacional no son acordes a los tiempos de innovación. Por lo tanto, el desarrollo de las ETES tanto del IETS como institucionales pueden ser una herramienta útil para disminuir esta brecha, siguiendo los supuestos metodológicos de la agencia de tecnología del país.	El párrafo 2 no limita el uso de evaluaciones de tecnologías realizadas por el IETS que resulten orientadoras para la prescripción médica, por el contrario, describe lo siguiente: "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"; por lo que no se acoge la solicitud. Para el caso de atención a enfermedades huérfanas se hará la precisión de que se adopten los protocolos y guías que disponga este Ministerio y en caso de que no la entidad debiera adoptar guías basadas en evidencia nacional o internacional.  En consideración a la dinámica del desarrollo del conocimiento científico y la imposibilidad de que el Ministerio pueda disponer de la totalidad de GPC o GAI permanentemente actualizadas, el texto del párrafo incluye la descripción: "en lo posible y según criterio del médico tratante". Se considera fundamental tener en cuenta los procesos de autorregulación que definan las asociaciones o agrupaciones colectivas de profesionales de salud	
814	23	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 21 párrafo 2	Se deben incluir otras estrategias de gestión de la prescripción, por ejemplo vías clínicas, guías cortas y guías rápidas, uso de herramientas de soporte de la decisión clínica	Esto me permite gestionar efectivamente el número de prescripciones que no se deben realizar en el periodo de tiempo 2020	En el mismo sentido de la respuesta del interrogante anterior, el párrafo 2 del artículo 21 no limita de ninguna manera el uso de guías cortas o rápidas diferentes a las emitidas por éste Ministerio. Lo que si se debe tener en cuenta es que las entidades adoptaran guías basadas en evidencia nacional o internacional.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
815	24	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 23 parágrafo 1	Debe ser explícita la regla de UPC para que sea coherente con lo establecido en la gestión del PBS	Permite conocer que medicamentos cumplen dicha regla y no optar por decisiones administrativas que pueden comprometer la adecuada financiación y por lo tanto el acceso efectivo a los tratamientos farmacológicos	No se acepta la observación pues no es del alcance del presente acto administrativo reiterar los lineamientos normativos para financiación con recursos UPC. Lo anterior no se predica del derecho vía UPC, no puede entonces predicarse de la iniciativa del artículo 240; pues se están equiparando el estado de las cosas a las condiciones de la UPC.  De ninguna manera se acepta que las condiciones para financiaión de combinaciones de dosis fija, según lo expresa el artículo 23 del presente acto administrativo, se constituya en una condición que limite las decisiones administrativas de esa EPS y pueda comprometer la financiación y esto redunde en limitaciones al acceso efectivo a los tratamientos farmacológicos.  Por el contrario, la presente iniciativa consiste, en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables (hoy las EPS cobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivos e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y se profundiza la atención integral del paciente.  Es propio de cada EPS analizar cada caso específico que corresponda con prescripciones de CDF con moléculas nuevas que ingresen al país, para definir, entre otros, la financiación que le corresponde.
816	25	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 23 parágrafo 1	Se debe incluir un parágrafo que explique en el caso que el medicamento de combinaciones a dosis fija no esté con valor máximo de recobro sino con PRI como se estipulara la UMC, dado que en las circulares de regulación de precios no es explícito este apartado y se hace imposible el calculo de UMC y por consiguiente del valor de referencia para presupuestos máximos	Tener claridad el método y los supuestos del calculo de la UMC para este tipo de medicamentos	Para la información correspondiente a medicamentos en combinaciones de dosis fija se entenderán financiados con cargo a presupuesto máximo o con recursos de UPC según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo. No se acepta la inclusión del parágrafo propuesto.  Si el medicamento hace parte del anexo de valores de referencia, aparece descrito el principio activo base de cálculo que da cuenta de la concentración a considerar para efectos de establecer la UMC. Para este tipo de combinaciones en medicamentos con presentaciones reguladas por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM se debe consultar los anexos publicados para cada circular por la Comisión. Ante cualquier duda frente a combinaciones reguladas, la consulta debe elevarse ante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM
817	26	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 26	Se debe incluir un parágrafo que contemple medidas correctivas y sancionatorias con referente al desabastecimiento no justificado que existan de las moléculas incluidas en este proceso regulado.	Permite garantizar el acceso e integridad efectiva de los medicamentos y tecnologías en salud incluidas en esta resolución	No es del alcance del presente proyecto normativo generar lineamientos respecto del desabastecimiento no justificado de tecnologías en salud. No se acoge la solicitud de incluir el parágrafo.
818	27	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 26	Se propone incluir propuesta de porcentajes de intermediación máximos de la cadena de suministro para garantizar la gestión de los valores maximo de reconocimiento y por lo tanto de los presupuestos máximos. Se propone incluir una intermediación maxima del 12% sobre la utilidad neta para todas las transacciones realizadas con las moléculas, procedimientos y dispositivos incluidos en esta resolución.	Permite gestionar eficientemente la cadena de suministro y el cumplimiento de los presupuestos maximos propuestos en esta resolución	Se precisa que para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto esta medida no se constituye per se en una regulación de precios por cuanto para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene toda la cadena agregada de valor del medicamento, es decir valores adicionales correspondientes a la distribución, dispensación, logística, gastos de administración y contempla los diferentes tipos de contratación entre los agentes. Los valores reportados a la ADRES en el periodo de estudio contemplan todas las variables como producción, envase, transporte, comercialización y dispensación final por tanto estas variables ya se encuentran consideradas dentro del valor del cálculo.  No se acoge la propuesta toda vez que el presente proyecto normativo tampoco tiene alcance para regular las relaciones contractuales entre los agentes.
819	28	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Artículo 44	Servicios Sociales complementarios incluidos en la financiación con cargo al presupuesto máximo de conformidad a la tabla de referencia de la herramienta MIPRES	Favor aclarar si estos servicios complementarios incluyen los servicios complementarios de Tutela. Se debe indicar cuáles servicios complementarios están incluidos y cuales no.	Los servicios incluyen los servicios complementarios otorgados según acción de tutela. Todos los servicios presentes en la base de datos de la ADRES de recobros/cobros fueron tenidos en cuenta para el cálculo de los presupuestos máximos.  Sobre los servicios sociales complementarios se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES.  Se aclara que el objeto del presente acto normativo no representa cobertura ni fijación de precios. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019.  En este sentido, el no incluir todos los servicios efectivamente cobrados/recobrados solo puede disminuir el valor calculado de los presupuestos máximos afectando el presupuesto disponible para los servicios que la EPS deba prestar.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
							Se adjunta documento anexo titulado "Análisis metodológico de presupuestos máximos - EPS Sanitas"	Observaciones del análisis econométrico con las observaciones por parte del equipo técnico frente a metodología utilizada en las estimaciones del cálculo	<p>RESPUESTA AL DOCUMENTO TÉCNICO REVISIÓN METODOLÓGICA Y CONCEPTUAL DEL PROYECTO DE RESOLUCIÓN PRESENTADO POR SANITAS</p> <p>Introducción</p> <p>Como es de su conocimiento el Congreso a través de la Ley 1955 de 2019, en su artículo 240, propuso establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivos e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>Cumpliendo el mandato del Legislativo el Ministerio de Salud y Protección social (MSPS) ha propuesto un proyecto de resolución que desarrolla el espíritu del legislador. El eje central de dicha propuesta es un presupuesto prospectivo que determina un presupuesto máximo al año para financiar los servicios no financiados con cargo a los recursos de la UPC (No UPC) para cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), tanto del régimen contributivo, como subsidiado.</p> <p>El presupuesto prospectivo es un ejercicio de programación presupuestal que por su metodología e insumos garantiza la equidad, la suficiencia y racionalización de los recursos; al mismo tiempo, que es representativo e incluye todos los riesgos en salud y los perfiles epidemiológicos que administra cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Lo anterior al considerar cada uno de los siguientes elementos: i) los Valores Máximos de Recobro/cobro –VMR (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas y decisiones judiciales, vi) en procedimientos en salud los valores recobrados por persona, y vi) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas no han sido observadas).</p> <p>De tal manera, que el desarrollo metodológico ha sido construido teniendo en cuenta cada uno de los aspectos necesarios, con el uso de metodologías robustas y rigurosas que garantizan la racionalización de los recursos escasos del Estado, al mismo tiempo que se garantiza el derecho a los servicios de salud de los usuarios y se le dan instrumentos a las EAPB para la gestión integral de sus afiliados.</p> <p>En ese contexto, las apreciaciones, sugerencias y puntos de vista que ustedes aportan en el "Documento Técnico: Revisión Metodológica y Conceptual del proyecto de resolución" son muy relevantes y valiosos, y permiten precisar y aclarar muchos aspectos de la metodología que no quedaron claros en el proyecto de resolución o que no se interpretaron como deben ser.</p> <p>Para dar respuesta y claridad a lo expuesto en tal documento, se seguirán los mismos bloques de comentarios propuestos por ustedes: 1. comentarios relacionados con la consistencia matemática y estadística de la metodología y 2. sugerencias sobre modificaciones a la metodología y sobre posibles fallas del mercado que, para ustedes, la nueva reglamentación podría introducirle al funcionamiento del Sistema.</p> <p>Aspectos relacionados con la consistencia matemática y estadística</p> <p>El aseguramiento en salud de la población colombiana es uno de los objetivos más relevantes de las políticas públicas. Al igual que en la mayoría de los países en el mundo, se enfrenta el gran reto de conciliar las necesidades de atención en salud centrada en el paciente, que garanticen una atención adecuada y de calidad, al mismo tiempo que se hace el mejor uso de los recursos escasos del Estado para el financiamiento del Sistema.</p> <p>Uno de los eslabones de nuestro sistema de salud, en donde mejor se palpa este reto, es en el de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC. Es por esa razón que el Legislador promulgó la necesidad de hacer compatible una adecuada atención en los servicios y tecnologías No UPC, con una racionalización de los recursos que la Nación viene destinando para financiarlos. Dado que, como se menciona en el documento presentado por ustedes, los recursos son de una magnitud tan importante, que con lo que se destina al año se podría construir una línea del sistema Transmilenio como la de la carrera 68. Y es en el marco de la importancia de esta política, que este Ministerio desarrolló la metodología que se plasmó en la propuesta de resolución. La cual, como se mencionó, consiste en un ejercicio de programación presupuestal riguroso técnicamente y que por su metodología e insumos garantiza la equidad, la suficiencia y racionalización de los recursos; al mismo tiempo, que es representativo e incluye todos los riesgos en salud y los perfiles epidemiológicos que administra cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.</p> <p>Así las cosas, se presentan las precisiones sobre los aspectos relacionados con la consistencia matemática y estadística de la metodología, aclarando las dudas que ustedes manifestaron en su documento.</p> <p>Acerca Del Cálculo de Tasas de Crecimiento y Agrupación De Grupos Relevantes</p> <p>En efecto y tal como se describe en el anexo 1 del proyecto de resolución la técnica o modelo econométrico que se utilizó es el de panel de datos. La razón de su uso es que dicha técnica permite la heterogeneidad entre individuos. Además de que la consistencia estadística de sus estimadores está, entre otros casos, desarrollada para datos con poblaciones (N) de gran tamaño y número de años pequeño (T) y, dado que esa es la característica de los datos de recobros suministrados por la ADRES: cuatro años (2015-2018) y muchos grupos relevantes, es una metodología adecuada para los fines para la cual fue utilizada.</p> <p>Adicionalmente, se estableció mediante pruebas estadísticas que el mejor modelo que se ajustaba a los datos fue el de efectos fijos, que implica que la heterogeneidad individual entre los grupos relevantes se modela por fuera del término de error, donde la especificación es la siguiente:</p> $\ln Q\_UMC\_it = \_i + \beta\_0 + \beta\_1 * \ln Actividades\_it + \_j * Tasa\_delta\_ijt + e\_it \quad (1)$ <p>Donde <math>\ln Q\_UMC\_it</math> es el logaritmo natural de la Cantidad de UMC de cada grupo relevante i en el año t; <math>\_i</math> son los efectos fijos por cada grupo relevante; <math>\ln Actividades\_it</math> es el número de veces que un grupo relevante se observa en cada año t; <math>\_j</math> es el coeficiente asociado a cada tipología (j) de unidad de medida de los grupos relevantes. De otro lado, en la variable <math>Tasa\_delta\_ijt</math> es donde se presentó la confusión que llevó a la interpretación hecha por ustedes.<sup>2</sup> En la propuesta de resolución hace falta especificar los elementos que componen esta variable y, adicionalmente, darle otro nombre, para no generar confusión con la tasa DELTA final.</p> <p>En concreto dicha variable es una tendencia acompañada de una variable indicadora para cada j. Así la notación quedaría de la siguiente forma:</p> $Tasa\_delta\_ijt = \pi\_j * t$ <p>Donde <math>\pi\_j</math> corresponde a una variable indicadora que toma el valor de uno para cada j y cero en otro caso; y <math>\pi</math> es una variable de tendencia temporal que toma el valor 1,2, 3 y 4 comenzando con 1 para el año 2015 y terminando en 4 para el 2018. Con lo cual la especificación (1) sería ahora la siguiente:</p> $\ln Q\_UMC\_it = \_i + \beta\_0 + \beta\_1 * \ln Actividades\_it + \_j * (\pi\_j * t) + e\_it \quad (2)$ <p>La especificación (2) es usualmente, utilizada para el cálculo de las tasas de crecimiento anual y no tiene el propósito de hacer inferencia estadística, ni establecer ningún tipo de causalidad entre las variables. El objetivo es la estimación de la tasa de crecimiento anual de cada grupo j, a partir de la siguiente identidad:</p> $TASA\_DELTA\_j = ((Exp(\_j) - 1) * 100) \quad (3)$ <p>De tal manera que, de acuerdo con la sugerencia expresada por ustedes, la metodología para estimar la tasa de crecimiento DELTA para cada grupo, es la misma propuesta por ustedes en el recuadro 1 de su documento. Así mismo, y dado que la variable que en la resolución se denominó Tasa Delta no corresponde a una tasa de crecimiento, tal como se interpretó en su documento técnico, no se está incurriendo en problemas de endogeneidad. De hecho, los estadísticos de la estimación sustentan la robustez de los resultados, a pesar de que el propósito, como se expuso, no tiene como fin realizar ningún tipo de inferencia o análisis de causalidad, sino solamente estimar unas tasas de crecimiento.</p> <p>De otro lado, la metodología de panel de datos es mejor para identificar la heterogeneidad existente entre grupos relevantes y en consecuencia se prefiere sobre la metodología SUR (Seemingly Unrelated Regression).</p> <p>En el documento menciona lo siguiente:</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
820	29	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 1 Modelo estimado			<p>Adicional a lo anterior, estaría involucrando en el mismo segmento tecnologías asociadas a diferentes diagnósticos, con diferentes tasas de incidencia de enfermedades, diferentes tasas de crecimiento de la suscripción en el mercado de salud colombiano; siendo que muy bien lo sabe el Ministerio todos estos factores son notoriamente disímiles entre sí. La tasa de crecimiento de un medicamento para una patología común que venga, por forma farmacéutica, en la misma unidad de medida que un medicamento para dolencias con bajas tasas de incidencia de enfermedad, como cáncer, sólo por poner un ejemplo, estarían agrupadas bajo el mismo segmento y asignadas la misma tasa de crecimiento; lo cual no se considera riguroso ni adecuado. Un modelo es apenas una simplificación o abstracción de la realidad y los supuestos se asumen razonables en la medida en que su inclusión no distorsinan el fenómeno más allá de la simplificación.</p> <p>Asumir tasas de crecimiento homogéneas entre grupos relevantes heterógeneos no se considera un supuesto razonable.</p> <p>Ahora bien, si la tasa de crecimiento fuese calculada para cada i-ésimo grupos de tecnologías con la misma unidad de medida dentro de cada grupo relevante no se podría saber porque eso no es lo que expresa la notación utilizada ni la explicación dada en el Anexo 1 del proyecto de resolución.</p> <p>Con respecto, a la inquietud sobre la forma de agrupamiento de los medicamentos para el cálculo de los presupuestos máximos, recordamos que al tener grupos relevantes con el mismo principio activo y forma farmacéutica es una forma de agrupar las tecnologías que son comparables. Así mismo, el criterio de la misma unidad de medida permite agrupar tecnologías para calcular las tasas de crecimiento en los recobros. Esto permite identificar cómo se comportan los grupos relevantes en la prestación de las tecnologías de la población cubierta en el sistema de salud.</p> <p>La fortaleza de la metodología de datos panel nos permite identificar el comportamiento de cada uno de los grupos relevantes construidos y se incluye el criterio de la unidad de medida que contribuyen a agrupar tecnologías similares en principio activo, forma farmacéutica y unidad de medida.</p> <p>Al realizar las estimaciones se utilizan las variables en logaritmos para disminuir la varianza de los datos y estimar las tasas de crecimiento anual de los grupos identificados con igual unidad de medida.</p> <p>Una vez realizadas las estimaciones se corrigen los posibles problemas de varianza y correlación relacionados con las características de los datos pero que en ningún momento desvirtúan la especificación y forma funcional del modelo establecido. Por lo tanto, las apreciaciones e interpretaciones relacionadas en el documento no son ciertas por las razones que se mencionan.</p> <p>Acerca de la omisión del factor IBNR en el cálculo de la tasa de crecimiento Delta.</p> <p>En el documento se expone que el proyecto de resolución parece utilizar información incompleta al momento de calcular las cantidades utilizadas en el cálculo de la tasa de crecimiento en UMC. Lo anterior, según ustedes, por la no utilización de la información del factor IBNR en el cálculo de las cantidades de cada uno de los años que se tuvieron en cuenta para la construcción del panel de datos, que permitió el cálculo de las tasas de crecimiento por grupo relevante.</p> <p>Al respecto les aclaramos que se utilizó toda la información existente para los años entre 2015 y 2018, lo que permitió la construcción del panel de datos a partir de la información de la fecha de prestación del servicio, es decir que en cada año se incluyeron todas las prestaciones del respectivo año incluso aquellas que fueron recobradas con posterioridad, y dado que más del 95% de las prestaciones que no fueron cobradas en el momento de la prestación del servicio, se han venido cobrando entre los siguientes siete meses, se concluye que para cada año se están incluyendo la totalidad de los eventos (prestaciones) ocurridos en cada vigencia anual. El corte de la información corresponde a radicación con corte a junio de 2019 con lo cual se incluye la información necesaria para el modelo y las apreciaciones e interpretaciones enviadas en el documento no corresponden con la información utilizada para la construcción del modelo.</p> <p>La propuesta de calcular la variable dependiente del modelo del recuadro 2 no es correcta en la medida que el modelo incluye la información necesaria para el cálculo de las tasas de crecimiento que es el objetivo del modelo. Con posterioridad se hace un ajuste por IBNR y de la tasa de crecimiento delta sobre el Q inicial que es recogida en los ajustadores establecidos. Establecer un modelo como el que plantean en el documento obligaría a no reconocer ningún ajustador por IBNR en la propuesta de resolución publicada y ello podría generar un sesgo del valor estimado.</p> <p>De otro lado, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las potencialmente glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura al compararlos con las vigencias anteriores que ya tienen dicha auditoría. Por lo que, se considera que la construcción del panel de datos, de acuerdo con lo expuesto refleja el crecimiento observado de cada grupo relevante.</p> <p>Acerca de la omisión al aplicar tasa de crecimiento a las cantidades iniciales, pero no al factor IBNR</p> <p>Con respecto a este tema su documento técnico expresa la preocupación de no tener en cuenta en el cálculo de los presupuestos máximos como cantidad inicial, no solo lo cobrado en el año base, sino, además, el denominado IBNR. Dado que el factor de "cantidades ajustadas" corresponde a las prestaciones ya prestadas (en el año 2018, por ejemplo) pero que serán reconocidas en periodos posteriores; pero en ningún momento este concepto corresponde a una proyección de prestaciones que serán prestadas en el futuro.</p> <p>Adicionalmente mencionan lo siguiente:</p> <p>"Se considera un error grave que genera una notoria subestimación en el cálculo del presupuesto máximo que, por efecto del rezago de tecnologías asociadas a prestaciones del 2018 que serán radicadas en 2019, no se aplique la tasa de crecimiento tanto a la cantidad inicial como al factor denominado "Cantidad Ajustada".</p> <p>En relación a lo anterior y lo mencionado en el documento, la interpretación no corresponde con lo establecido en el proyecto de resolución. Como se menciona el corte de la información corresponde a radicación con corte a junio de 2019 con lo cual se incluye la información necesaria para los años del modelo y los valores de recobros se clasifican por fecha de prestación del servicio, lo cual garantiza la objetividad del ejercicio de identificar los valores según corresponda la fecha de ocurrencia.</p> <p>Adicionalmente, se especifica que se utilizó el Método Chain-Ladder para el cálculo de las cantidades ajustadas a incluir en el Presupuesto Máximo. Lo anterior, en virtud que al final de cada vigencia no se han entregado todas las facturas a las entidades pagadoras correspondiente a las prestaciones efectuadas durante la vigencia respectiva. Así se calcula el recobro tardío (IBNR) con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado. No obstante, el valor inicial (2018) corresponde a la información de todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar con fecha de radicación a junio de 2019, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las potencialmente glosadas, lo cual permite establecer un factor de protección en el cálculo del delta.</p> <p>Acerca del error de asumir una variación aditiva en las cantidades</p> <p>En este punto su preocupación gira entorno, a que en el proyecto de resolución se estipula que para establecer el presupuesto máximo se hace una adición del crecimiento Delta dos veces, y señalan que la siguiente igualdad no es equivalente: <math>2 \neq (1+ )^2</math>.</p> <p>Al respecto, recordemos que la Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social. Dicho presupuesto debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos escasos del Sistema.</p> <p>En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura en el valor inicial. De tal manera, que se consideró apropiado el uso de la doble suma del Delta de manera aritmética en el cálculo del presupuesto máximo de 2020, con el propósito de mantener un crecimiento razonable que garantice el espíritu de racionalización de los recursos. No obstante, se evaluará la pertinencia de usar un esquema de crecimiento compuesto como el recomendado para el cálculo del presupuesto máximo en mención.</p> <p>Acerca de la expresión del valor de referencia a precios corrientes o precios constantes</p> <p>En el documento técnico presentado por ustedes se expresa que de la revisión del proyecto de resolución no es posible establecer con claridad si, previo a hacer el cálculo de las estadísticas simples de tendencia central o de posición que son reseñadas se hicieron los ajustes requeridos en los años considerados para expresar a precios constantes del mismo año o si los cálculos de los valores de referencia (VR) se hicieron a precios corrientes. Con lo cual los VR estarían subestimados.</p> <p>Alrededor de esta inquietud se aclara que cada uno de los valores de referencia fueron calculados una vez todos ellos estuvieran expresados a valores reales o constantes del año base (2019) y las respectivas actualizaciones de los presupuestos iniciales se hicieron con el crecimiento esperado para el año 2020. Con lo cual queda claro que se hicieron los respectivos y adecuados ajustes por inflación y, de tal manera, no se presenta la subestimación que se supone en el documento.</p> <p>En síntesis, la metodología de cálculo de presupuestos máximos es un ejercicio de programación presupuestal que, con base en lo expuesto en la propuesta de resolución, establece un presupuesto máximo para cada EPS. Dicho presupuesto permite llevar a cabo una prospección fiel de la cantidad de riesgos en salud de la población afiliada y es equitativa al garantizar las necesidades que históricamente han requerido los afiliados en cada EPS y que se actualizan con la estimación de los crecimientos de estas necesidades a partir de los datos del sistema.</p> <p>Para de los valores iniciales se parte de la cantidad recobrada en 2018 sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
									<p>recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura en dicho valor inicial, al cual se le adiciona el calcula el recobro tardío (IBNR), que tiene parte de la información de 2019, con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado. Así mismo, se calcula el crecimiento promedio anual de las cantidades mediante técnicas econométricas de panel de datos con efectos fijos para cada grupo relevante, que como se ha explicado tiene la robustez necesaria para el cálculo de dichos crecimientos.</p> <p>Los crecimientos anuales calculados (DELTAS) se aplican para encontrar las cantidades para el año 2020. De tal manera, que el cálculo de las cantidades contempla todos los aspectos para tener en cuenta, por lo que no se espera que se observen faltantes. No obstante, se está evaluando la aplicación de un crecimiento compuesto para la actualización de los valores finales de los presupuestos máximos. Con lo cual el cálculo final será lo más fiel a lo esperado para cada EPS y no adolece de los problemas de subestimación que en el documento técnico ustedes anotaron, la mayoría más porque no quedaron claros en el proyecto de resolución o que no tuvieron la interpretación adecuada. De otro lado, las cantidades se valoran a los precios máximos que serán reconocidos, los cuales en su mayoría ya están reglamentados y, que representan la verdadera racionalización del presupuesto que el Estado destina para cubrir los servicios no financiados con cargo a la UPC. Lo anterior implica que los usuarios recibirán los servicios que necesitan, sin barreras de acceso y que las EAPB deberán implementar una gestión que permita cumplir con los costos sugeridos. Al final se logrará una racionalización de los recursos, respetando las necesidades de los usuarios.</p> <p>Otras Sugerecias y Discusión sobre la metodologia</p> <p>En relación con otras sugerencias expuestas en el documento técnico relacionadas con propuestas de utilización de la teoría actuarial de credibilidad y de modificación de la metodología de cálculo del IBNR, se reitera lo que as lo largo de esta respuesta se ha venido exponiendo. En particular, que la metodología desarrollada para el cálculo de los presupuestos máximos tuvo en cuenta todos los factores que garantizan que tales presupuestos cumplen con el espíritu de la Ley y, al mismo tiempo, se garantiza el acceso de los servicios No Pos a la población. Adicionalmente, que contrario a lo interpretado por ustedes se cuidó por seguir estándares metodológicos que garantizan la robustez y validez de los cálculos.</p> <p>Se recuerda que el desarrollo metodológico corresponde al de un ejercicio de programación presupuestal y aunque se utilizó el método Chain-Ladder para estimar y ajustar el monto de los cobros tardíos del año 2018, la metodología no corresponde a una evaluación actuarial. Tal como se mencionó en párrafos anteriores se incluyeron todos los aspectos necesarios a ser tenidos en cuenta en un ejercicio de programación presupuestal de las características de los presupuestos máximos: Todo el Perfil epidemiológico, la incidencia, las características poblacionales y decisiones de sus afiliados. Así como, la estructura organizacional, políticas de gestión, la ética médica y las prestaciones que han sido otorgadas mediante tutelas y decisiones judiciales. Todo lo anterior sintetizado en las cantidades observadas, que se actualizan con los crecimientos DELTA del Sistema. Deltas que han sido calculados con una metodología robusta económicamente, que cumple con la robustez necesaria para el cálculo de tasas de crecimiento. Una valoración a unos precios de referencia, la mayoría de ellos, ya regulados, que reflejan una racionalización y gestión adecuada en los precios que deben ser negociados. Adicionalmente, las enfermedades huérfanas tienen un tratamiento diferencial que garantiza que no existan traumatismos por esa vía. Se han hecho los correspondientes ajustes por inflación y actualizaciones necesarias para que los recursos sean suficientes para una atención sin restricciones para los usuarios.</p> <p>De otro lado, en el documento se expone la existencia de una serie de fallas de mercado que deberían ser tenidas en cuenta. Al respecto, de dichas apreciaciones este Ministerio coincide en que el sector salud se caracteriza por una serie de particularidades. Dicho sector o mercado está inmerso en una serie de imperfecciones y asimetrías de información que hacen que existan fallas de mercado, con una serie de incentivos que en muchas ocasiones van en contravía del interés general. De hecho, la existencia de este tipo de mercados muchas veces incompletos y con las distorsiones observadas, son la principal razón de la existencia de la regulación por parte del Estado que vela para que el servicio de salud sea el más optimo posible y a los precios más justos.</p> <p>En este marco, el espíritu de Ley 1955 de 2019, en su artículo 240 es precisamente introducir una regulación que mejore el funcionamiento de el sector salud, al endógenizar un poco más el funcionamiento de los denominados servicios y tecnologías No Pos con la gestión de cada una de las EPS. Y tal como ustedes mencionan citando al Banco Mundial (2009) la vía más adecuada es asumir la gestión de recobros mediante un esquema de pago prospectivo, tal como es el objetivo de la metodología de presupuestos máximos. Así que se considera que estos presupuestos son un elemento importante en el mejor funcionamiento del sector salud en Colombia y que dado el cuidado que se ha tenido en el calculo de los mismos no crearan los incentivos a salir del mercado de las aseguradoras actuales, tal como ustedes mencionan que pasó en el caso del seguro SOAT y el mercado de rentas vitalicias para la cobertura de pensiones del régimen privado. Adicionalmente, tal como ustedes sugieren con respecto de la posibilidad de coberturas tipo Swap, el proyecto de resolución abre la posibilidad de coberturas vía reaseguros para cubrirse de una</p>
821	30	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 3 Listado de los valores de referencia	Las unidades minimas de concentración de algunos medicamentos de la resolución son diferentes a los propuestos por el INVIMA (ver anexo). Se solicita revisar y estandarizar de acuerdo a lo estipulado por el ente de control	Esto permite homologar las UMC acorde a lo estipulado por los dos entes de control y puede evitar diferencias en los calculos de las UMC y por lo tanto de los presupuestos máximos.	No se considera procedente su observación teniendo en cuenta que para el calculo del valor de referencia se estableció un único valor por Unidad Mínima de Concentración-UMC, donde se emplearon medidas estadísticas simples de tendencia central y de posición de la distribución de los valores observadosde de modo que no se reconocerán diferencias por presentaciones comerciales, distintas concentraciones o nombres comerciales; no obstante. para los medicamentos cuya presentación sea en combinación de dosis fijas se establecerá un valor por Unidad Mínima de Dispensación-UMD, (ej. Tableta).
822	31	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 3 Medicamentos	Cifras de cálculo de los medicamentos que no se encuentran incluidos en la resolución de VMR (valores máximos de recobro)	Se debe aclarar la fuente oficial de precio de referencia que se toma para el cálculo del monto de presupuesto máximo para los medicamentos no PBS que cumplen característica de estar incluidos en el mismo. Se debe explicitar cuál es la fuente oficial y la entidad y/o departamento responsable de la respectiva actualización y la frecuencia de actualización; toda vez que se encontraron medicamentos no incluidos en la resolución de valores máximo de recobros , en donde no se aclara la fuente de referenciación de precio que es base del cálculo para el presupuesto máximo y el método del cálculo usado para esto.	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>El cálculo de los Presupuestos Máximos de la vigencia de 2020 se realiza para el Régimen Contributivo con la información reportada por parte de La ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. La información que reporta La ADRES corresponde a las Bases de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019.</p> <p>En cuanto al Régimen Subsidiado, los Presupuesto Máximos se calcularon 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 tutelas del régimen subsidiado que hace La ADRES a este ministerio. La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrados en otras palabras los suministrado.</p> <p>Es preciso señalar que la información es suficiente válida y que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recupera (radica) cerca del 97% del valor respectivo, lo anterior quiere decir los cálculos no arrojarían un valor muy por debajo de la realidad son Precisos, válidos y suficientes.</p> <p>A la letra dice: ...." los cálculos se realicen desde los servicios ordenados en estos años de referencia"</p> <p>Finalmente, le informamos que esta publicada la base de claculo de Valores de referencia de 121 grupos releavantes para medicamentos , base de datos que no fue publicada en las consultas previas de VMR , y se encuentran en el siguiente enlace: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.asp">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.asp</a>, seccion Otros estudios.</p>
823	32	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 3 Medicamentos	Numeral 451. CLORHEXIDINA Jabon	Este medicamento según concepto dado por el MPS radicado 201534101378881 del 8 de agosto de 2015, por la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento (OLINDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ ) es PBS. Aun así está incluido el listado de valor máximo de recobro. Favor aclarar.	Actualmente la Resolución "Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capilación (UPC)" es la No. 3512 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de la cual no se encuentra el medicamento CLORHEXIDINA con forma farmacéutica de JABÓN. Por lo anterior existe un Grupo Relevante que se encuentra clasificado con VMR en la Resolución 3078 de 2019.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
824	33	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 3 Medicamen tos	292 BUSULFAN Tableta o cápsula mg \$ 53.985,92 BUSULFAN VND 724 HIDROCORTISONA Tableta o cápsula mg \$ 301,76 HIDROCORTISONA IMPORTADO 988 PENTOSANO POLISULFATO DE SODIO Tableta o cápsula mg \$ 195,66 PENTOSANO POLISULFATO DE SODIO IMPORTADO	Se identificaron en el anexo 1 del proyecto de resolución que se han incluido dos medicamentos importados y un medicamento con característica de vital no disponible, consideramos que no es pertinente incluir dentro del mecanismo de regulación basada en presupuestos máximos dichos medicamentos debido a que en la actualidad estos medicamentos comparten características de abastecimiento en tiempos y disponibilidad de tratamientos extremadamente limitadas. Al colocar un techo, consideramos que se coloca en riesgo aún más esta disponibilidad y oportunidad de estos tratamientos para las personas que lo necesitan comprometiendo el principio de integralidad establecido por la ley estatutaria de salud	En primer lugar se aclara que la Resolución no es una regulación de precios, ni establece VMR, son valores de referencia de medicamentos para efectos de cálculo de Presupuesto Máximo de una EPS; así mismo se informa que el valor resultante obedece a la aplicación de la metodología establecida y que fue publicada para presentación de observaciones por la población en general.	
825	34	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 4 APME	Aspectos generales de la clasificación de éste tipo de tecnología y la determinación de sus valores de referencia.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los grupos relevantes para APME no contemplan variables nutricionales como aporte de macro y micronutrientes, únicamente tiene en cuenta estado de hidrólisis de la proteína y densidad calórica de los productos.</li><li>• No se especifica el rango de calorías que debe tener una fórmula para contemplarse como hipercalórica (conocemos que es 1,5kcal/ml siendo este un corte muy alto ya que a partir de 1,2 kcal/ml según las guías se considera que un producto es hipercalórico).</li><li>• La densidad calórica de las fórmulas pediátricas debería tener una clasificación totalmente diferente a las fórmulas de adultos puesto que en lactantes se considera hipercalórico desde 1 Kcal/mL.</li><li>• Se debería contemplar también si las fórmulas son normo o hiperproteicas pues esto no solo genera mayor impacto en los resultados clínicos de los pacientes, sino también en el costo del producto completo.</li><li>• La metodología desconoce aspectos de calidad nutricional cuantitativos y cualitativos.</li><li>• La agrupación no contempla usos de los productos, indicaciones patológicas o especificidades de composición nutricional.</li><li>• La clasificación contemplada no permite generar modelos de gestión integral por patología específica al desconocer la especificidad de un producto y las condiciones que debe cumplir para el manejo de una enfermedad especial. Además, la clasificación impide el desarrollo de</li></ul>	<p>En el proyecto de resolución en comento se define Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME como el conjunto de alimentos para propósito medico 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.</p> <p>Es así que para la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.</p> <p>Este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.</p>	
826	35	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Procedimie ntos y servicios sociales complement arios	ID 21 ADMINISTRACIÓN PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS	El valor de referencia de \$82.808 no corresponde al valor promedio recobrado por este servicio el cual oscila entre \$280.000 y 320.000 aproximadamente. Es importante considerar que las pruebas estan conformadas por instrumentos o escalas de evaluación. Una prueba neuropsicológica puede estar conformada por la aplicación de 20 a 30 escalas o instrumentos. Por ello es importante aclarar, cual fue el concepto que se valorizó, ya que lo que debe llevarse al valor de referencia es el valor de la prueba y no el valor de la	Por construcción y según las definiciones del presente proyecto normativo el valor de referencia no es el valor promedio de los servicios ya que corresponde al percentil 25. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
827	36	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	Los numerales 25 a 29 descritos como OTROS	Estos numerales deben tener detalladas las tecnologías que incluyen.	Se aclara que el objeto del presente acto normativo no representa cobertura ni fijación de precios. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019. En este sentido, el no incluir todos los servicios efectivamente cobrados/recobrados solo puede disminuir el valor calculado de los presupuestos máximos afectando el presupuesto disponible para los servicios que la EPS deba prestar.	
828	37	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	El ID 297, 298 y299 descritos como OTROS	Estos numerales deben tener detalladas las tecnologías que incluyen.	Se aclara que el objeto del presente acto normativo no representa cobertura ni fijación de precios. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019. En este sentido, el no incluir todos los servicios efectivamente cobrados/recobrados solo puede disminuir el valor calculado de los presupuestos máximos afectando el presupuesto disponible para los servicios que la EPS deba prestar.	
829	38	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	Numerales 140 hasta el 146. Estudios de genética molecular	Favor aclarar si el valor considerado como máximo es por gen u oncongen o es le valor total de la prueba independientemente del No. De genes. Por ejemplo Oncotype.	La información analizada es reflejo de los servicios efectivamente cobrados/recobrados y por lo tanto representan el verdadero uso del sistema.La información analizada contiene los valores que según las facturas reportadas por las EPS a la ADRES contienen ese procedimiento.  El presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019.	
830	39	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	ID 185. Procedimientos como la GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO , ID. 316 PLASTIA DE REGION INTERCILIAR, como ejemplos	Se debe aclarar por que estos procedimientos están incluidos en techos si se tratan de procedimientos estéticos.	La fuente que se tomo como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrados en otras palabras los suministrado, tales bases de datos incluyen la información correspondiente a servicios y tecnologías en salud suministradas con ocasion del cumplimiento de fallos de tutela.	
831	40	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	Valor de referencia de los servicios ID 205 209604 IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA \$ 12.360.401,32 206 209605 IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE OIDO MEDIO \$ 583.904,19	Se debe revisar el valor de referencia de estos servicios ya que los costos reportados no cumplen ni siquiera con un kit de actualización	Con respecto a los códigos CUPS 209604 y 209605 que el valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales.  La metodología para el cálculo de los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Cabe señalar que el valor de la unidad que se publica es el valor de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos, por lo que no aplica el planteamiento respecto de aclarar el anexo 5, el artículo3, el artículo 6 o el artículo 18, planteados en su escrito.	
832	41	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	ID. 860 PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA ALTERNATIVA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS COMPLEMENTARIAS	Se debe expresar este ID en terminos de CUPS ya que solo están codificados los siguientes procedimientos 999200 TERAPIA DE FILTROS SOD, 999301 ACUPUNTURA, 999401 NEURALTERAPIA SUPERFICIAL (INFILTRACION) y 999402 NEURALTERAPIA PROFUNDA (INFILTRACION) y todos son PBS. En tal sentido, entonces a que tipo de procedimientos corresponde este numeral. Ha de suponerse que lo no codificado es por que en su gran mayoría es exclusión por ser experimental	Se acepta. En el anexo 3 se describe en términos de subgrupo CUPS 999 PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS, la cual comprende tres categorías así: 9992 TERAPIA DE FILTROS 9993 PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA 9994 PROCEDIMIENTOS NEURALTERAPEUTICOS Las cuales se encuentran financiadas con los recursos de la UPC, por lo cual no sería procedente un valor de referencia de este subgrupo en presupuestos máximos.	
833	42	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	ID 890 PROCEDIMIENTOS DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, ID 24 PROCEDIMIENTOS EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVÉOLOS ( TERAPIA PERIODONTAL), ID 45 PROCEDIMIENTOS EN INTestino	Se deben expresar estos ID en términos de CUPS para saber que es lo que contienen y saber su valor de referencia de manera individual.	La diferencia de valores se obtiene directamente de la información de la base con el histórico de reporte a la ADRES de recobros/cobros de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, estos valores fueron presentados por las EPS con descripciones de los CUPS que pudieron corresponder a los códigos CUPS de 4 o de 6 dígitos.  Para el cálculo del primer cuartil de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recobradas, se consideró cada código CUPS obtenido del reporte, es decir el procedimientos registrados con los códigos de menos de seis dígitos no están agrupando a los demás procedimientos no especificados en la resolución, si no que corresponden a registros que por la descripción o el código del procedimiento no se pueden clasificar en las subcategorías de la CUPS.  A pesar de esto, se debe tener en cuenta que el cálculo de valores de referencia es de uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS, no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Teniendo en cuenta este tipo de retroalimentación, se publicará los valores de referencia para códigos CUPS a 6 dígitos, sin embargo todos los valores y cantidades presentes en la base de recobros harán parte del cálculo de presupuestos máximos	
834	43	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Servicios sociales complementarios	Zapatos y plantillas, Cuidador, Pañales, sillas de ruedas y coches neurológicos, Transporte y alojamiento	Solo se incluyeron estos servicios complementarios. Favor aclarar si el resto de los servicios complementarios no fueron incluidos (medias de compresión graduada y antiembólicas, shampoo y lociones capilares, aceites, alimentos, edulcorantes, repelentes, masajes, sueroterapia, lentes de contacto, etc.....	Se reitera que todos los servicios presentes en la base de datos de la ADRES de recobros/cobros fueron tenidos en cuenta para el cálculo de los presupuestos máximos. Todos aquellos servicios complementarios reportados en la base y que no corresponden a Zapatos y plantillas, Cuidador, Pañales, sillas de ruedas y coches neurológicos, Transporte y alojamiento se incluyeron en el cálculo de los valores de referencia del grupo "Otros" de los Servicios complementarios.  Sobre los servicios sociales complementarios se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
835	44	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Servicios sociales complementarios	Zapatos y plantillas, Cuidador, Pañales, sillas de ruedas y coches neurológicos, Transporte y alojamiento	Favor explicar la variabilidad de valores de referencia que se llevaron por cada tipo de servicio complementario	La pregunta no es clara, sin embargo se explica que dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2. En conclusión, los diferentes valores de referencia corresponden al resultado de calcular el P25 de la severidad (valor_total/cantidad suministrada) de los registros clasificados dentro de cada conglomerado de los tipos de servicios
836	45	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 5 Servicios sociales complementarios	ID 25 al ID 29 OTROS	Se debe especificar que incluye estos ítems nombrados como OTROS que tienen diferentes valores de referencia.	Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2. En conclusión, los diferentes valores de referencia corresponden al resultado de calcular el P25 de la severidad (valor_total/cantidad suministrada) de los registros clasificados dentro de cada conglomerado de los otros servicios complementarios.
837	46	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Anexo 6 Presupuesto máximo de recobros	Valor estimado del presupuesto máximo para EPS Sanitas	En la resolución no se adjuntan las cantidades y cifras usadas para el cálculo particular de cada EPS, por lo que se debe aclarar. En reunión sostenida con el ministerio de salud, en donde fueron entregadas las base macro de homologación de cálculo se encontraron diferencias en cantidades de cada grupo relevante y en valores de las UMC para el cálculo de medicamentos, así como cifras subestimadas para los servicios complementarios y APME (se enviará el detalle de cada uno estos hallazgos).	Como el presente proyecto normativo tuvo una segunda publicación, se recibieron las observaciones detalladas aquí anunciadas, en el radicado 202042300094052 del 24 de enero de 2020, las que tienen respuesta en la matriz número 2 de la segunda publicación
838	47	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Comentario general	3. Hasta el momento hemos encontrado 293 grupos relevantes en donde las cantidades iniciales consideradas en el cálculo según Base de datos entregada en el ministerio son menores que las efectivamente recobradas por EPS Sanitas en el periodo de prestación del año 2018 con un impacto económico de 7.912 millones de pesos anuales		Se precisa que el punto de corte con el que se realizaron los cálculos fue el primer semestre de 2019. Si el punto de corte es diferente, esta discrepancia es capturada por el IBNR.
839	48	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Comentario general	4. Para el caso de los grupos relacionados con Alimentos con propósito médico especial (APME) en la base de datos aparecen relacionados un monto de recobro por valor de 11.789 millones de pesos y lo efectivamente recobrado por EPS Sanitas para el periodo 2018 corresponde a 22.040 millones de pesos lo cual significa un impacto de 10.251 millones de pesos en el presupuesto máximo		Se precisa que el punto de corte con el que se realizaron los cálculos fue el primer semestre de 2019. Si el punto de corte es diferente, esta discrepancia es capturada por el IBNR.
840	49	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidente de Salud	EPS SANITAS	Comentario general	5. En el caso de los servicios complementarios, EPS Sanitas recobró un monto total de 27.630 millones de pesos y en el cálculo de la base de datos entregada por parte del ministerio se relaciona un valor de 5.326 millones lo cual significa un impacto en el cálculo de 22.304 millones de pesos en subestimación del presupuesto máximo		Se precisa que el punto de corte con el que se realizaron los cálculos fue el primer semestre de 2019. Si el punto de corte es diferente, esta discrepancia es capturada por el IBNR.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
841	50	3/01/2020	202042300008872	Paola Andrea Rengifo B. Vicepresidenta de Salud	EPS SANITAS	Comentario general	6. Los 3 elementos analizados hasta el momento con el tiempo limitado que hemos tenido para su revisión (desde 26 de diciembre de 2019) suman más de 40.000 millones de pesos que fueron cobrados por EPS Sanitas y no fueron tenidos en cuenta por parte del Ministerio en la determinación de las cantidades iniciales y por tanto en la estimación del presupuesto máximo establecido en el proyecto de resolución.		Se precisa que el punto de corte con el que se realizaron los cálculos fue el primer semestre de 2019. Si el punto de corte es diferente, esta discrepancia es capturada por el IBNR.
842	1	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Artículo Primero	Claridad en el Valor a transferir en el Régimen Subsidiado.	No queda claro el por qué se fija el valor a transferir a las EPS y EOC únicamente del régimen contributivo y no para el régimen subsidiado. Dado que, con el Acuerdo del Punto Final, se centraliza la competencia del reconocimiento y pago los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, en cabeza de la Nación, a través de la ADRES, a partir del 01 de enero de 2020.  Es decir, dado que, el ADRES asumirá, así mismo, los pagos de servicios y tecnologías NO PBS del Régimen Subsidiado se encuentra incoherente que se esté regulando el valor a transferir en el Régimen Contributivo y no el Subsidiado.	En cuanto a su observación acerca de "(...)" por qué se fija el valor a transferir a las EPS y EOC únicamente del régimen contributivo y no para el régimen subsidiado "(...)", es importante precisar que el Ministerio de Salud y Protección Social tiene previsto incorporar en un mismo acto administrativo, la metodología para la definición del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 para los dos regímenes, de igual forma unificar la aplicación de sus disposiciones para ambos regímenes, las contenidas en el Artículo en comento inclusive.
843	2	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Artículo Primero	Que el que el Estado fije la metodología del presupuesto máximo de los regímenes contributivo y subsidiado para las tecnologías y servicios en salud no financiados con cargo a la UPC en el Sistema de Seguridad Social en Salud es un incumplimiento a los deberes y derechos constitucionales.	incumplimiento a los deberes y derechos constitucionales, en específico al artículo 49, que versa: Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.  Lo anterior, dado que el limitar el valor de lo NO PBS, es a su vez limitar el servicio y el suministro de medicamentos a los pacientes, generando que no se garantice el acceso a la salud necesarios para los pacientes. El límite generará que no se le puedan prestar en su totalidad los servicios necesarios e incluso vitales a los pacientes, lo cual atenta contra los derechos constitucionales a la vida y a la salud.  Es un deber dentro del sistema a cargo de las EPS garantizar el pago de las tecnologías PBS, y del Estado garantizar los de tecnologías NO PBS.	No se acoge la observación, dado que, precisamente el propósito de este acto administrativo es dar aplicación de los postulados constituciones y legales, en especial la Ley 1751 de 2015 y el propio artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, resulta ser claro que en ningún caso el cumplimiento del Presupuesto Máximo puede afectar la prestación del servicio de salud.  Ahora bien, los servicios y tecnologías en salud como los servicios complementarios que no se financian con recursos del presupuesto máximo se describen en el artículo 19 del presente proyecto normativo, así:  i) Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia. ii) Las tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC. iii) Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine este ministerio. iv) Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos. v) Las tecnologías expresamente excluidas a través de las resoluciones emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o aquellas que cumplan algún criterio establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015. vi) Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo. vii) Los Procedimientos nuevos en el País. viii) Los Servicios Sociales complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente.  De otra parte, tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
844	3	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Artículo Tercero (22)	Imprecisión en las definiciones	22. Genera confusión la denominación de "Valor los recobros y los cobros" dentro de las tecnologías financiadas con cargo al presupuesto, puesto que, si se cambia a un sistema de presupuestos máximos otorgados a las EPS y estás cancelan los servicios a las IPS con base en este presupuesto, estas figuras desaparecerían siendo confusa e imprecisa su aplicación en la norma. O en su defecto debería aclararse la permanencia del sistema de cobros y recobros, para las tecnologías que no están a cargo del presupuesto.	<p>En atención a su comentario acerca de "22. Genera confusión la denominación de "Valor los recobros y los cobros" dentro de las tecnologías financiadas con cargo al presupuesto, puesto que, si se cambia a un sistema de presupuestos máximos otorgados a las EPS y estás cancelan los servicios a las IPS con base en este presupuesto, estas figuras desaparecerían siendo confusa e imprecisa su aplicación en la norma. O en su defecto debería aclararse la permanencia del sistema de cobros y recobros, para las tecnologías que no están a cargo del presupuesto.", es necesario precisar inicialmente que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>De otro lado, se debe tener en cuenta que el Artículo 18 del proyecto de resolución establece que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando en complementariedad, a los determinados en el Artículo 19., del proyecto de resolución sobre "Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios".</p> <p>Finalmente, en cuanto al proceso de recibo de tecnologías en salud no cubiertas por el Presupuesto Máximo, tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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..</p>
845	4	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Artículo 6	Se solicita al Minsalud ampliar información sobre los conglomerados asignados a los servicios sociales complementarios, ¿cuáles son los criterios de agrupación?	El concepto de conglomerados (5 categorías por tipo de servicio complementario) no es claro para la IPS definir sus ofertas y modelos de contratación.	<p>Los valores de referencia de los servicios complementarios se encuentran descritos en el Anexo 5. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, del proyecto de resolución. Sin embargo, dada su solicitud a continuación se presenta información complementaria a lo establecido en el proyecto de acto administrativo:</p> <p>Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; a su vez, estas contienen los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuantil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2.</p>
846	5	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Artículo 7	Incorporar el ajuste P*Q donde P considere IPC salud y Q contemple el comportamiento país con ajuste por carga de enfermedad y selección adversa	Ajuste por riesgo de ocurrencia de eventos en salud	<p>En atención a su propuesta planteada al Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, en cuanto considerar ajustar dicho presupuesto con el IPC salud y con el comportamiento de la carga de enfermedad y selección adversa, sea lo primero precisar que los valores de referencia utilizados para el cálculo del Presupuesto Máximo están indexados al año 2020 y las cantidades reflejan la participación de las EPS en particular.</p> <p>De otra parte, atendiendo consideraciones macroeconómicas, los presupuestos máximos para las vigencias siguientes se ajustarán con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Lo anterior se sustenta bajo el contexto de que los recursos a transferir a las EPS por concepto del Presupuesto Máximo, corresponden a transacciones institucionales de acuerdo a la circular 06 de 2018 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM, adicionalmente, las prestaciones en salud dispensadas a los pacientes están financiadas con recursos públicos o fiscales asignados a la salud, resultando procedente en estos casos utilizar el mecanismo de ajuste planteado.</p> <p>Debe tenerse en cuenta, que los Valores de Referencia (VR) no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es exclusivo para efectos del cálculo de Presupuestos Máximos de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno.</p> <p>El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas.</p> <p>El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitirá el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta.</p> <p>Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>En cuanto a las cantidades utilizadas en el cálculo del Presupuesto Máximo, debe precisarse que las mismas han sido determinadas para cada EPS entorno a su comportamiento histórico, y adicionalmente han sido ajustadas con la variación (delta) del comportamiento de las cantidades a nivel nacional. El reconocer las cantidades propias de cada EPS, refleja las condiciones de la población, en virtud que la prescripción está relacionada directamente con las condiciones del paciente y en tanto recoge el perfil epidemiológico respectivo.</p> <p>Finalmente, sobre su solicitud de utilizar en el ajuste del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, variables relacionadas con el comportamiento de la carga de enfermedad y selección adversa, debe señalarse que en lo relativo a la carga de enfermedad, el riesgo derivado de la misma debe ser atendido a través del mecanismo de protección colectiva (PBS-UPC), no obstante, también debe considerarse que para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información histórica, al interior de la cual se encuentran inmersos los diagnósticos relacionados con la carga de enfermedad.</p> <p>En cuanto a lo relativo al efecto de selección adversa, debe ser tratado en el ámbito de la operación del aseguramiento por cuanto trasciende los propósitos del presente proyecto de resolución, se dispone en el artículo denominado como "Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente", de medidas de ajuste debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, reconociéndole a las EPS el valor correspondiente para la atención de lo cubierto por el aseguramiento.</p>
847	6	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Artículo 10	Establecer mecanismo de vigilancia estrecha al flujo de recursos por parte de la EPS a los prestadores. En EPS bajo medida de vigilancia especial debe enviarse los recursos por giro directo al prestador con la oportunidad definida para el giro de presupuesto máximo.	Aseguramiento de recursos en el SGSSS para la red prestadora de servicios de salud.	<p>Respecto de su observación sobre "Establecer mecanismo de vigilancia estrecha al flujo de recursos por parte de la EPS a los prestadores (...) Aseguramiento de recursos en el SGSSS para la red prestadora de servicios de salud", para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previo a la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos..</p> <p>De otra parte, en cuanto a su observación: "(...) debe enviarse los recursos por giro directo al prestador con la oportunidad definida para el giro de presupuesto máximo", se aclara que, este proyecto de acto administrativo no modifica las normas de giro directo, su alcance es definir el presupuesto máximo por EPS. En todo caso, se prevé establecer que el giro directo de Presupuestos Máximos aplique solo para el pago del valor del primer mes de tratamiento que requieran las personas que sean diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo; el valor del medicamento será recobrado por la EPS y asumido por la ADRES, quien realizará el giro directo a la IPS, previo registro del paciente en el SIGUIA.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
848	7	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Artículo 13	Debe existir manifestación expresa respecto de la prohibición que tienen las EPS de transferir el riesgo en la superación del tope a los prestadores.	<p>El artículo trata de regular los mecanismos de prevención para la superación de los topes definidos o incluso regula los eventos en los cuales exista "ahorro", no obstante, nunca regula la hipótesis en la cual se supere el tope, siendo indispensable que existe claridad en la imposibilidad que tienen los aseguradores de obstaculizar la prestación de servicios, glosar facturas o interferir en la pertinencia en la prescripción, cuando objetivamente se supere el tope</p>	<p>En lo respectivo a su observación "(...) Debe existir manifestación expresa respecto de la prohibición que tienen las EPS de transferir el riesgo en la superación del tope a los prestadores. El artículo trata de regular los mecanismos de prevención para la superación de los topes definidos o incluso regula los eventos en los cuales exista "ahorro", no obstante, nunca regula la hipótesis en la cual se supere el tope," (...), es necesario considerar el artículo 13 del proyecto de resolución, sobre "No superación del Presupuesto Máximo", donde se contemplan medidas que le permiten a las EPS solicitar la revisión o ajuste del Presupuesto Máximo para la no superación del mismo. Particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en el numeral 2., de este artículo del proyecto de resolución.</p> <p>Adicionalmente, es importante resaltar que la iniciativa del proyecto normativo, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias planteadas en el artículo 13, ni a las que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) la profundización de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la ley 1955 de 2019).</p> <p>Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del Presupuesto Máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p> <p>Ahora bien, referente a su observación "(...) siendo indispensable que existe claridad en la imposibilidad que tienen los aseguradores de obstaculizar la prestación de servicios, glosar facturas o interferir en la pertinencia en la prescripción, cuando objetivamente se supere el tope (...)", toda vez que el mecanismo de presupuesto máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, así, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>Vale la pena recalcar, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología (s) en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).</p> <p>En conclusión, en las disposiciones planteadas en el proyecto de resolución, no se afectan la autonomía médica para disponer el tratamiento integral que un paciente requiera. Por el contra-rio, es un llamado a la utilización de recursos de manera armonizada, en procura de la eficiencia de los recursos sin perjuicio de la atención que un paciente requiera.</p>
849	8	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Parágrafo 1 (Artículo 13)	Modificación unilateral de los valores contrata-dos por parte de las EPS	<p>"Parágrafo 1: los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta el valor de referencia o el valor máximo de recobro de la presente resolución; adicionalmente, las EPS deberán considerar ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el Presupuesto Máximo no se supere."</p> <p>En virtud de este parágrafo, existe un mandato de "garantizar" la no superación del presupuesto en cabeza de las EPS, convirtiendo tal mandato en una obligación de resultado para dichas entidades, permitiéndoles así la modificación de los valores contratados de forma unilateral cuando se superen dichos topes, afectando los acuerdos de voluntades perfeccionados con los prestadores y transfiriendo el riesgo de la superación a estos, abriéndose de esta forma la posibilidad de modificar los precios contratados aun cuando los mismos sean fijados de conformidad con los precios de referencia establecidos en la misma Resolución.</p>	<p>En consideración a sus comentarios relativos a "(...) existe un mandato de "garantizar" la no superación del presupuesto en cabeza de las EPS, convirtiendo tal mandato en una obligación de resultado para dichas entidades, permitiéndoles así la modificación de los valores contratados de forma unilateral cuando se superen dichos topes, afectando los acuerdos de voluntades perfeccionados con los prestadores y transfiriendo el riesgo de la superación a estos, abriéndose de esta forma la posibilidad de modificar los precios contratados aun cuando los mismos sean fijados de conformidad con los precios de referencia establecidos en la misma Resolución", se ratifica lo expuesto en la respuesta 3, donde se precisa que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Es así que, se espera que la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos de presupuestos máximos, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p> <p>Priorizar la prestación de servicios de salud con recursos de la UPC no es una estrategia que restrinja la autonomía médica en disponer el tratamiento integral que un paciente requiera.</p>
850	9	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Parágrafo tercero (Artículo 13)	No es claro el alcance del parágrafo.	<p>Parágrafo 3. Los actores que intermedien en la cadena de formación de valor no deben comprometer la gestión del valor máximo de las tecnologías de la presente resolución.</p> <p>El parágrafo mencionado debe ser más extensivo en cuanto a la prohibición que tienen las EPS de interferir en la pertinencia médica y en la autonomía técnica que tienen los actores en cuanto a la gestión. Además, genera dudas el alcance de la frase "comprometer la gestión del valor máximo" en el entendido que la finalidad de la Resolución según lo indicado en el Plan Nacional de Desarrollo y los antecedentes de la misma Resolución, imponen un deber colaborativo en cuanto al manejo de los recursos por todos los actores. Por tal motivo, es necesario que se expresen las facultades negociales en cuanto a la asunción de riesgos (respetando la autonomía científica)</p>	<p>Sobre su observación al parágrafo 3, del artículo 13 del proyecto de resolución, se reafirma lo aclarado en la respuesta 10, el mecanismo de Presupuesto Máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, así, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>En conclusión, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología (s) en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
851	10	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Parágrafo 4 del artículo 13	El pago al prestador se debe asegurar dada la responsabilidad de aseguramiento de la EPS y en esta medida la superación de techos no debe comprometer la prestación de los servicios. En ningún caso podrá la EPS oponer como justificación para el no pago el hecho de haber superado el Presupuesto Máximo.	Continuidad de atención.	<p>En atención a la inquietud planteada en su comentario, respecto a la “continuidad de atención”, para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generará alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previo a la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>En todo caso, si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, La ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de prescripción y suministros de MIPRES, y la epicrisis 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 define la ADRES, sin perjuicio de la facultad de inspección, vigilancia y control que la superintendencia Nacional de Salud ejerza según sus competencias.</p> <p>No obstante, debe tener en cuenta que el establecimiento de Presupuestos Máximos no puede constituirse en una barrera para la prestación de los servicios por parte de las EPS y las instituciones prestadoras de servicios, tampoco deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud. Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión integral de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No UPC.</p> <p>Para finalizar, se debe aclarar que el Presupuesto Máximo se define por cada EPS por todos los servicios y tecnologías en salud que haya prestado, en consecuencia, la gestión del recurso será competencia de la EPS.</p>
852	11	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Numeral primero del artículo 18	En la incorporación por parte de la industria de medicamentos combinados, el precio del medicamento combinado no debe superar el valor de la suma de las moléculas individualmente consideradas.	Necesidad de participación del órgano rector (PMR).	<p>Debe confirmarse lo dicho en el documento que, inicialmente que en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos éste Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado, por ende, no regula las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de la cadena.</p> <p>Por su parte, el numeral 1, del Artículo 18 del proyecto de resolución, establece claramente que el medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Igualmente, los medicamentos que se presenten en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiados con cargo a dicha fuente, además el parágrafo 1 del mismo artículo establece que los medicamentos cuya financiación se define en dicho acto administrativo con cargo al Presupuesto Máximo, se consideran financiados con dicha fuente, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación autorizada, salvo especificaciones y excepciones descritas en este acto administrativo.</p> <p>En cuanto a la regulación de precios de medicamentos por parte de la CNPMDM, dicho órgano fijó los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces, que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.</p>
853	12	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Numeral segundo del artículo 18	Sustentada la superioridad terapéutica de un medicamento (no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición del acto administrativo que se está comentando) por parte de la EPS mediante un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, este deberá ser considerado para el análisis de techos de la vigencia siguiente, de lo contrario se estaría violando el mandato de la Corte Constitucional en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías en el sector salud y la autonomía profesional.	Necesidad de participación del órgano rector (PMR).	<p>En cuanto a sus observaciones planteadas al Artículo 18. Numeral 2., específicamente sobre la necesidad de considerar el concepto de superioridad terapéutica construido dentro de la gestión de la EPS, el Ministerio incluirá ajustes al Artículo 18. Numeral 2., definiendo el procedimiento que permita establecer la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica del medicamento, la que en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado (la EPS en el caso planteado en su comunicación).</p> <p>En cuanto a su comentario relacionado con considerar la evaluación realizada por el agente interesado so pena de violar el mandato de la corte y la autonomía profesional, de manera alguna el procedimiento definido por el Ministerio los vulnera, toda vez que el numeral propuesto en el proyecto de resolución precisamente permite a las EPS sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada; además, es información válida y que sirve para la toma de decisiones por parte del profesional de la salud, aspecto que refuerza la autonomía médica.</p> <p>Tampoco se afecta el derecho a la salud, por cuanto la tecnología está disponible en el país, es financiada con cargo a los recursos públicos asignados a la salud y cuenta con evidencia científica.</p> <p>Tal como se viene aclarando, el Ministerio procederá a incluir ajustes en la redacción que incluya que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud y contar con evidencia científica, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.</p> <p>Vale advertir que en todo caso, entre tanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo; así mismo, 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. Por otra parte, 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.</p>
854	13	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Numeral cuarto del artículo 18	A la fecha las tecnologías sujetas a evaluación por Junta de profesionales no les aplica este requerimiento cuando media un fallo de tutela que ordena la prestación de dicha tecnología, sin embargo, en este parágrafo se hace la anotación de “En todo caso, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta médica”, lo cual debe eliminarse para cuando de tutela se trata.	El hecho de que lo ordenado mediante un fallo de tutela deba pasar por un trámite administrativo de Junta de profesionales puede desencadenar en desacatos y sanciones para prestador y EPS.	<p>Sobre lo propuesto en el artículo 18, numeral 4., en cuanto al proceso de junta médica para asumir con cargo al Presupuesto Máximo los servicios complementarios, para precaver eventuales desacatos y sanciones, y como medio de defensa judicial, este Ministerio precisará la redacción de este texto en el proyecto de resolución, señalando que deben ser aquellos los que se exijan en la herramienta MIPRES, esto sin perjuicio de utilizar este mecanismo de junta médica que es natural en el sector de la salud.</p> <p>También vale mencionar que la Ley Estatutaria promueve en su artículo 16., las condiciones que deben surtir en el “Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.”.</p> <p>Así mismo, se tiene previsto fijar que, en todo caso, y según corresponda, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica definido en la herramienta, guía o protocolo.</p>
855	14	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Numeral sexto del artículo 19	Hace referencia a “Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del artículo 22 del presente acto administrativo”, pero la resolución comentada no cuenta con parágrafo ter-cero en el artículo 22.	Se requiere completar el parágrafo citado que aclare cuales son las APME sujetas a recobro ante el ADRES.	En consideración a su comentario sobre la inexistencia de un parágrafo 3 en el artículo 22 del proyecto de resolución de Presupuesto Máximo, en efecto el Ministerio ajustará la redacción, toda vez que el citado parágrafo 3, pertenece al artículo 21, correspondiente a los APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
856	15	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Parágrafo artículo 19	Se debe aclarar si sigue operando MIPRES está que la ADRES determine los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargos a la UPC y no incluidos en el presupuesto máximo.	Continuidad de atención.	<p>Vale la pena recalcar que, el Presupuesto Máximo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema, sin afectar de manera alguna la atención integral y la continuidad del proceso de atención al paciente.</p> <p>Para el efecto, el proyecto de resolución plantea diversas medidas en el artículo sobre “Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos.”, a partir de las cuales 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 (hasta las IPS y proveedores inclusive), el control del manejo de los mismos, las auditorías y demás actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Tal como lo establecen el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.</p>
857	16	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Artículo 21	Constituye una violación al libre mercado y una afectación a la estructura de costos y negativo impacto en la sostenibilidad del SGSS. El cambio debe permitirse siempre y cuando medie concepto médico y de farmacovigilancia favorables y se haga el respectivo seguimiento clínico y paraclínico que corresponda.	Si se cuenta con otras opciones terapéuticas aprobadas por el INVIMA es porque se certifica la seguridad, la eficacia y la calidad del principio activo.	<p>En relación con la observación al Artículo 21. Prescripción, en cuanto a que la norma propuesta estaría incurriendo en "(...) una violación al libre mercado y una afectación a la estructura de costos y negativo impacto en la sostenibilidad del SGSS (...)", esto por cuanto "(...) El cambio debe permitirse siempre y cuando medie concepto médico y de farmacovigilancia favorables y respectivo seguimiento clínico y paraclínico que corresponda (...), la misma no es cierta, toda vez que lo planteado por el Ministerio en el Parágrafo 1 del Artículo 21, contempla no solo la garantía de seguridad terapéutica para los pacientes con medicación de anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico, para evitar el riesgo en salud que se derive, sino que además, al igual que lo manifestado en su observación, Sí permite una excepción para realizar el ajuste de dosificación y régimen de administración previa instauración del monitoreo clínico y paraclínico necesarios.</p> <p>De otra parte, el principio Pro Homine de la Ley 1751 de 2015 define en su Artículo 6, segundo literal b): "Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;". Dado lo anterior, no es procedente su propuesta.</p>
858	17	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Artículo 31	Se solicita revisar este artículo a la luz de lo definido en el Anexo Técnico de la Resolución 1885 de 2018 "REPORTE DE INFORMACION DE SUMINISTRO DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - MIPRES NO PBSUPC CAUSAS DE NO ENTREGA, TOTAL, PARCIAL O DIFERIDA RESOLUCION 1885 DEL 10/05/2018" donde se define la ENTREGA PARCIAL: Se dispensan o se prestan las Tecnologías en Salud, No financiadas con recursos de la UPC o Servicios Complementarios, en forma incompleta o porque no cumple los tiempos establecidos por la norma para su prescripción. Se aplica en caso de: - Presentación comercial del producto. - Dosis máxima permitida excede lo prescrito. - Se prescribe por primera vez y el tiempo de prescripción excede 3 meses. - El tiempo de prescripción excede 12 meses La imposibilidad de realizar entregas parciales generaría un reproceso interinstitucional y una barrera de acceso al usuario.	Oportunidad en el acceso a los servicios del SGSSS.	<p>En relación con la observación planteada, donde se solicita revisar eventuales limitaciones en la dispensación de medicamentos para entregas parciales, que se generarían en el Artículo 31 sobre la Concordancia entre la prescripción y la dispensación, del proyecto de resolución, frente al Anexo Causas de No Entrega, Total, Parcial o Diferida de la Resolución 1885 de 2018, se encuentra que la norma propuesta para Presupuestos Máximos deviene del cumplimiento del artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del Dispensador del Decreto 780 de 2016, sin modificarse las condiciones bajo las cuales operan estos procesos de dispensación y reporte de información.</p> <p>En tal virtud, para los casos planteados en su observación, debe seguirse el trámite vigente, diferenciando en todo caso que la norma invocada (artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del Dispensador del Decreto 780 de 2016) define el deber ser para el dispensador, mientras que el Anexo Causas de No Entrega, Total, Parcial o Diferida de la Resolución 1885 de 2018 establece el reporte de la ocurrencia de estas eventuales situaciones, dentro de las cuales se incluye en la Tabla N° 1 Causa de No Entrega, la opción 4. Presentación no fraccionable.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
859	18	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Parágrafo (Artículo 33)		<p>Artículo 33. Combinaciones de tecnologías en salud. La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye las Tecnologías en Salud y los Servicios contenidos en el presente acto administrativo, cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.</p> <p>Parágrafo. Si dentro de la combinación de Tecnologías en Salud y Servicios se requieren Tecnologías en Salud o Servicios que se encuentran financiadas con recursos de la UPC y servicios y tecnologías en salud con cargo al Presupuesto Máximo, se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.</p> <p>A la fecha la facturación de estos servicios combinados se hace de forma separada según las tecnologías empleadas y los homólogos, si se pretende hacer algún cambio al respecto en cuanto a la unificación de la facturación, es necesario que se plasme. Lo anterior en cuanto a la finalidad paulatina de unificar los regímenes.</p>	<p>En lo atinente a su observación relacionada con el Artículo 33. Combinaciones de tecnologías en salud, Parágrafo, en cuanto a la falta de claridad en materia de financiamiento de la prestación incluida en el PBS o cubierta bajo el Presupuesto Máximo, la norma propuesta en el mencionado artículo define claramente que la combinación de Tecnologías en Salud y Servicios se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.</p> <p>Estos requisitos de cobertura por uno u otro mecanismo están definidos en las normas que los regulan (Resolución 3512 de 2019 para el PBS, y el presente proyecto de resolución).</p>
860	19	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Artículo 41	<p>Todo cambio en la estructura del sistema de información debe brindar el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distin-tos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores.</p>	<p>Aseguramiento de recursos en el SGSSS para la red prestadora de servicios de salud.</p>	<p>En relación con la observación planteada al Artículo 41. Deber de Información, sobre contemplar "el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distintos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores", debo anticipar que la norma está diseñada para regir a partir de su publicación por lo que al momento no se tiene previsto un periodo de transición.</p> <p>Debe tenerse en cuenta que lo definido en el proyecto de resolución no comporta cambios sustanciales en la estructura de la información, las EPS reportan la información para el estudio de suficiencia de UPC en dicho sentido; y finalmente, el reporte de información no afecta el flujo de los recursos del sistema por cuanto no están atados, no se acoge su comentario.</p> <p>No obstante, el Ministerio dispuso a la ciudadanía el proyecto de resolución "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado y se dictan otras disposiciones". En este proyecto de resolución se contempla un plazo para el reporte de lo allí solicitado y está anunciado desde el momento de publicación.</p>
861	20	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	Anexo 5	<p>Se debe aclarar en el tipo de servicios OTROS que tecnologías se pueden incluir y con qué criterios. Adicionalmente se debe agregar la unidad de medidas en varios casos: en el tipo de servicio CUIDADOR no se define si el valor de referencia es por hora o día. En el tipo de servicio transporte/alojamiento no se define si el valor de referencia es por día, por trayecto o por kilómetro.</p>	<p>No hay claridad sobre el concepto Conglomerados ni los criterios con los que se agruparon para asignar el VR tampoco las unidades con que se mide y asigna ese valor (tiempo, medida, cantidad).</p>	<p>Sobre su observación relacionada con "En lel tipo de servicios OTROS que tecnologías se pueden incluir y con que criterios (...)", se precisa que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios complementarios de la tabla de referencia MIPRES, se categorizaron como "OTROS".</p> <p>Así mismo, debe reiterarse que dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Es decir, se conforman grupos homogéneos por dicha variable (severidad), esta variable recoge la expresión del conjunto de aspectos que se facturaron a La ADRES, sin inferir otro tipo de unidades. En otras palabras la severidad supera la agrupación por unidades específicas de tecnologías o grupos, pues el valor prima por ser la expresión de las transacciones que se dan en las cuentas radicadas.</p>
862	21	3/01/2020	202042300008932	Laura Victoria Ríos García	Laura Victoria Ríos García	De la lectura de la Resolución en general	<p>Que de la lectura del proyecto de resolución surge la inquietud sobre quién asumirá el riesgo una vez se haya superado el presupuesto máximo. En concordancia con lo anterior, surge la gran preocupación de que las EPS y EOC puedan glosar las facturas a las Instituciones Prestadoras de Salud o prestadoras de tecnología debido a que se supere el presupuesto máximo en ningún aparte de la resolución.</p>	<p>Dado que no queda claro quién asumirá el riesgo una vez se haya superado el presupuesto máximo de forma masiva, es decir, en caso tal de que todas las EPS y EOC superen el presupuesto máximo.</p> <p>De igual forma, no queda expresa la prohibición de la glosa de facturas o en la interferencia u obstaculización en la prestación de servicios una vez se haya superado el presupuesto máximo en ningún aparte de la resolución.</p>	<p>En cuanto a sus inquietudes relacionadas con "(...) quién asumirá el riesgo una vez se haya superado el presupuesto máximo (...) la gran preocupación de que las EPS y EOC puedan glosar las facturas a las Instituciones Prestadoras de Salud (...) no queda expresa la prohibición de la glosa de facturas o en la interferencia u obstaculización en la prestación de servicios una vez se haya superado el presupuesto máximo (...)", debe señalarse que para el manejo de estos recursos de Presupuesto Máximo, las EPS deben observar las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, ajustándose a sus costos de producción, en procura de la eficiencia de los recursos del Presupuesto Máximo por EPS.</p> <p>También es necesario que conozca que el Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado, por ende, no regula las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de la cadena.</p> <p>Finalmente, vale aclarar que el proyecto de norma tiene previsto el despliegue de un proceso exhaustivo de seguimiento y control de los recursos a cargo de La ADRES, previendo una eventual superación del Presupuesto Máximo por EPS y la necesidad de garantizar el flujo de recursos hacia las IPS. Así, en el artículo sobre "Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos", para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>Así, la propuesta de Presupuestos Máximos tiene como objeto avanzar en la integralidad de la atención a través de la modificación de la forma de transferir los recursos, en donde la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías en salud que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, las más costo efectivas y de mayor beneficio-riesgo, de forma tal, que se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, de forma integral con los recursos de UPC, sin perjuicio de la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
863	1	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Considerando	Los considerandos de la resolución establecen "que para mitigar el riesgo asociado a la gestión de estos servicios y tecnologías, las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros. En ningún caso, el cumplimiento del Presupuesto Máximo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio". Sin embargo, sabemos por experiencia que dado el enfoque de la presente resolución es el control financiero de los recursos, las EPS y EOC tomarán medidas restrictivas que en la práctica limitarán el acceso a las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC. Se solicita explicitar la forma como se medirán indicadores de salud y como hacer seguimiento a las restricciones al acceso que se puedan ocasionar por falta de presupuesto.	No hay elementos claros en la resolución que aseguren los mecanismos de control de parte del estado para eliminar este riesgo. Este aspecto es el más relevante a revisar dado que iría en contravía del derecho fundamental a la salud establecido en la constitución colombiana y ratificado por sentencias de la corte constitucional.	Los procesos de control están dispuestos en el apartado Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos, el Ministerio está contemplando ajustes respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.  Con la entrada en vigencia del proceso de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.
864	2	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Artículo 7	El artículo 7 "Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes" establece que "El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República en el evento que no se disponga de información del suministro de los medicamentos, APME de los valores por UMC de cada EPS para cada Grupo Relevante. La ADRES comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el Presupuesto Máximo Final por cada EPS". Se solicita al MinSalud considerar seriamente que el presupuesto esté incluso por encima de la meta de inflación establecida por el Banco de la República, o mínimo en línea.	No es lógico que el presupuesto del sector salud se ajuste solo en la mitad del rango meta, pues esto presupone una reducción gradual de los recursos, cuando por el contrario crece el envejecimiento de la población y las necesidades incrementales de tecnologías en salud son ascendentes.	El ajuste sobre el punto medio de inflación del rango meta del Banco de la República solo se dará en el evento que no exista información de suministros y valores de los servicios y tecnologías en salud. De lo anterior se concluye que, la totalidad del presupuesto del sector salud no será sujeto de esta condición. Adicionalmente, el artículo 40 del proyecto de Resolución establece, en todo caso, que si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, ADRES podrá realizar auditorías focalizadas.
865	3	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Artículo 8	El artículo 8 establece el traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente. Sin embargo, no es claro el momento exacto en el que se hará el ajuste del presupuesto. Se solicita que el cálculo del per cápita no se realice sobre la EPS origen, sino sobre el de la EPS destino. Solo así, se puede asegurar que los afiliados que se trasladen a una EPS que está prestando buenos servicios mantengan ese nivel y no se desmejore por recibir población mal atendida con un per cápita más bajo.	En la vida real las EPS que entran en liquidación presentan una serie de fallas e inconsistencias en el suministro de atención y entrega de tecnologías no cubiertas con la UPC. Es por ello que se presupone que este valor será insuficiente para cubrir una población a la que no se han suministrado servicios satisfactoriamente.	La metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES; por lo cual se parte del supuesto de la correcta y eficiente gestión del riesgo de las EPS para todos sus afiliados y abarca el comportamiento de uso de las tecnologías. En este artículo define las formulas establecidas para dicho calculo y se tiene en cuenta todos los registros disponibles descritos en la fuente de información, no se puede generalizar que población no ha recibido servicios satisfactorios ya que como se enmarca en este proyecto de resolución los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios son los que fueron recobrados, lo demás esta garantizado por el plan de beneficios o es una exclusión. Recuerde que se tomo en cuenta los datos de facturas y estas son emitadas por los prestadores y proveedores donde se ve reflejado todas las condiciones de oferta y demanda, adicionalmente fue extensivo a las tutelas.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
866	4	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Artículo 13	Con relación al artículo 13 “No superación del Presupuesto Máximo”, y de acuerdo con el objetivo de la resolución de crear incentivos al uso eficiente, para que las EPS garanticen la atención integral requerida por sus usuarios, se solicita la inclusión de incentivos complementarios a los financieros.  El numeral 4 del artículo 13 establece que las EPS deben “Priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiar con recursos de la UPC”. Se solicita eliminar este párrafo.	Una gestión eficiente de los recursos requiere de la medición y evaluación de indicadores de resultados en salud y de la calidad en la atención. No es adecuado evaluar ni premiar la gestión de los recursos financieros teniendo en cuenta únicamente la generación de ahorros sin importar los resultados en salud, ni la calidad en la prestación.  Este elemento, sin duda, restringe la autonomía médica y limita el acceso a las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC.	Los incentivos distintos a los financieros son relacionados en el artículo 241 de la ley 1955 y es menester del Ministerio con otra resolución dar alcance a lo estipulado “Adicionalmente se establecerán incentivos de reconocimiento social y empresarial por resultados con calidad para las IPS del Sistema de Salud u otros actores del Sistema de Seguridad Social en Salud”. Por otro lado este Ministerio esta considerando incorporar incentivos frente indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS o EOC, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post.  En atención a su solicitud y la de otros actores sobre el numeral 4 el Ministerio esta contemplando la posibilidad de corrección del articulado para hacer mayor claridad al respecto. En la misma vía el Ministerio esta contemplando eliminar el tema de ahorros citados en el presente artículo.
867	5	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Artículo 17	El artículo 17 establece que “Las EPS podrán conformar las redes de prestación de servicios para la gestión integral de la atención de los pacientes”. ¿Se desprende de este enunciado que se libera la posibilidad de tener mayor integración vertical entre asegurador, prestador y operador logístico? ¿Es un mecanismo para integrar totalmente la cadena de salud en cabeza de la EPS?		No, el presente proyecto normativo no modifica las disposiciones del artículo 15 de la Ley 1122 de 2007 respecto de la regulación de la integración vertical.
868	6	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Artículo 18	En el caso de un medicamento nuevo no incluido en normas farmacológicas, el numeral 2 del artículo 18 establece que el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo, sin que previamente haya sido objeto del proceso de definición de precio basado en valor, establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015. Hasta que no se determine el precio basado en el valor terapéutico o el precio de referencia internacional, mediante procesos rigurosos, sistemáticos y transparentes, se solicita que dichas tecnologías se excluyan del techo presupuestal y se deba disponer de fuentes alternativas para su financiación (p.ej.,recobros/cobros), sin afectar el acceso a las tecnologías en salud.	El cálculo del presupuesto máximo anual no permite reconocer ni predecir el precio de aquellos medicamentos que en el corto plazo conformarán nuevos mercados relevantes, y que no estarán financiados con cargo a la UPC.	Lo primero que se debe tener en cuenta que el valor de referencia no es un precio, y no constituyen en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Aclarado lo anterior aquellos medicamentos que a su vez sean sujetos de aplicar la presente metodología y no la tengan se les realizará.
869	7	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Artículo 21	Solicitamos aclarar a que corresponden los “informes de formulación” y “uso o posicionamiento terapéutico”, y porqué deberían ser herramientas a considerar para tener mejores prácticas de prescripción, sin ir en contra de la autonomía médica.		* Los informes de formulación son los registros de prescripción que cada profesional realiza y se reportan por medio de MIPRES. * “El posicionamiento terapéutico es un análisis crítico informado en evidencia, de fuentes públicamente disponibles con respecto a una categoría terapéutica de fármacos (por ejemplo, agentes antihipertensivos) o una clase de fármacos (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [IECA]) para respaldar un relacionamiento terapéutico entre medicamentos de la misma categoría o clase para optimizar la prescripción de dichas tecnologías en términos de sus beneficios, riesgos y costos.  El alcance y la profundidad del proceso de posicionamiento terapéutico están determinados por las necesidades del sistema de salud. Los resultados finales del posicionamiento terapéutico del Minsalud y el IETS incluyen un informe completo (revisión de efectividad, seguridad y análisis económico) y un informe resumido para los profesionales de la salud.”  TOMADO DE: Cañón-Betancourt L., Pinzón-Florez CE., Avellaneda P., Rodríguez E., Basto S., Vanegas Escamilla E. Marco de referencia, proceso y procedimientos del posicionamiento terapéutico en el sistema de salud colombiano. Bogotá D.C. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS y Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. (Sin publicar)
870	8	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Artículo 22	El párrafo 2 del artículo 22 menciona que “Cuando un medicamento financiado con cargo al Presupuesto Máximo tenga autorizado un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso de igual forma se considera financiado con cargo al Presupuesto Máximo”. Sobre este aspecto instamos nuevamente al MinSalud a que defina el alcance de este listado.	Representa un riesgo para los pacientes el uso de estas tecnologías sin que cuenten con el soporte de evidencia científica de seguridad y eficacia en dichos usos.	Se aclara que los medicamentos clasificados como UNIRS deben tener previa evidencia de eficacia y seguridad para obtener su aprobación por parte de la agencia sanitaria, se recuerda que estos se han catalogados como “...necesario para salvaguardar la vida...”, el proceso lo puede consultar en el siguiente enlace: <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/abc-medicamentos-con-unirs.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/abc-medicamentos-con-unirs.pdf</a>  Por lo anterior la resolución no realizará una modificación o reconocimiento por nuevos usos de una molécula que este contemplada en los UNIRS en la vigencia corriente, estos siguen la misma metodología descrita para todos los componentes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
871	9	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Anexo 3	<p>En el caso específico de imatinib (ID 755) y ácido zoledrónico (ID 98) se solicita aclarar porque siendo medicamentos cubiertos por el PBS-UPC, se les define un valor máximo de recobro.</p> <p>Los siguientes medicamentos aparecen en el anexo como productos con valor máximo de recobro, pero no están incluidos en la resolución 3078 de 2019. Solicitamos aclarar, y si corresponde, publicar la base del cálculo respectivo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ciclosporina (ID 389 e ID 390).</li><li>- Imatinib (ID 755).</li><li>- Midostaurina (ID 882).</li><li>- Ribociclib (ID 1055).</li></ul> <p>Se solicita rectificar el valor máximo de recobro del medicamento ácido zoledrónico (ID 98), el cual pasó de 221.032,45 COP a 98.156,553 COP, lo que significa una reducción del -55,59 %.</p>	<p>Se requiere tener acceso a los datos que permitan replicar el cálculo de los valores máximos de recobro.</p> <p>Para aquellos mercados relevantes con VMR vigente, los nuevos VMR presentan un incremento del 3,1 %.</p>	<p>En primer lugar se aclara que la Resolución no es una regulación de precios, ni establece VMR, son valores de referencia de medicamentos para efectos de cálculo de Presupuesto Máximo de una EPS.</p> <p>Los medicamentos relacionados se encuentran en el PBS con cargo a la UPC pero de manera condicionada a una indicación específica, y las demás indicaciones se encuentran cubiertas con el VMR.</p> <p>Respecto a los medicamentos con principio activo ÁCIDO ZOLEDRÓNICO se informa que se encuentra en estudio y se harán los respectivos ajustes en caso de ser necesario.</p>
872	10	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Cálculo del presupuesto máximo	<p>Se recomienda usar una metodología de carácter prospectivo, basada en incidencias y prevalencias, para calcular de manera técnica la real necesidad de estas tecnologías en más de la mitad de la población afiliada. No hacerlo dará origen a serios problemas de restricciones en el acceso que queremos advertir desde ya.</p> <p>Sobre la estimación del delta, se solicita que dicho parámetro reconozca los cambios en la epidemiología de las poblaciones, con base en estimaciones válidas y precisas de la incidencia y prevalencia de las distintas condiciones de salud en el contexto nacional.</p>	<p>Es de público conocimiento que la información sobre recobros/cobros en las EPS del régimen subsidiado presentan serios déficits e inconsistencias y, además, un histórico permanente de negaciones, rechazos y no entrega de medicamentos y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC a la población, que no quedan en reporte alguno. Esto, sin duda, hace prever que la base con la cual se está calculando el presupuesto máximo para estas EPS es totalmente deficiente, lo cual dará lugar a un serio déficit presupuestal.</p>	<p>Según lo planteado en su observación se informa que el Ministerio de Salud requirió directamente la información de Régimen Subsidiado a las Entidades territoriales y a las EPS, la cual se carga por la plataforma PISIS, conformando una nueva base de datos con los servicios recobrados y el reporte de tutelas, de esta manera se estructuró la mejor información disponible. Es por ello que la metodología descrita en el presente proyecto normativo se vincula un delta que hace referencia a todas aquellas variaciones que se puedan dar, dicho lo anterior se entiende como vinculante incluso aquellos "cambios en la epidemiología", por otro lado es necesario recordar que los valores de referencia se calcularon con base en la información de datos de las facturas que contiene los valores de los servicios prestados y reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p>
873	11	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Tecnologías a incluir en el presupuesto máximo	<p>Se solicita que la resolución liste todos los medicamentos no financiados con cargo a la UPC y para los cuales la CNPMDM ha definido un precio de referencia internacional (por ejemplo: eltrombopag, pazopanib, deferasirox, ruxolitinib y nilotinib), y que sus precios de referencia internacional sean parte de los cálculos de los presupuestos máximos.</p> <p>Solicitamos que se incluya de manera explícita la cobertura de los techos de recobro para las pruebas diagnósticas o genéticas que se requieran previo al uso de una tecnología en salud específica, así como los procedimientos para la administración de medicamentos que ameriten condiciones especiales, más allá del procedimiento de trasplante de órganos.</p>	<p>El cálculo del presupuesto máximo debe reconocer explícitamente todos los medicamentos no financiados con cargo a la UPC y para los cuales la CNPMDM ha definido un precio de referencia internacional.</p>	<p>No se considera procedente su observación por cuanto no es posible la publicación del listado de Grupos Relevantes cuyo valor de Referencia es establecido a partir del control directo (PRI) teniendo en cuenta que no es competencia de esta Dirección, además ya se encuentran públicos en el respectivo acto administrativo a cargo de la CNPMDM.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
874	12	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Fijación del presupuesto máximo por EPS	La fijación del presupuesto máximo por EPS del régimen contributivo muestra una disparidad que no guarda relación con el número de afiliados existentes, lo cual demuestra que hay inequidades y posibles errores en la metodología empleada para el cálculo de dichos valores, dado que está hecha sobre la base de recobros. Es por ello, que la solución de fondo debería ser, llegar a un plan único de beneficios en donde se incluyan todas las tecnologías autorizadas en el país, con un ejercicio juicioso de prevalencias, incidencias y ajustes de la prima por UPC.	Entre EPS que tienen un número de afiliados similar, el techo del presupuesto para el no PBS es significativamente diferente, con lo cual a las EPS que han hecho mayores recobros les corresponde mayor presupuesto y a las EPS que no han hecho una gestión efectiva del no PBS se les asigna un presupuesto menor. Esto demuestra lo inequitativo que va a ser el acceso a las tecnologías del no PBS en contra de la igualdad y cobertura universal que menciona la constitución y que ha sido ratificada por la corte constitucional en varias sentencias previas. El cuadro adjunto al presente documento, da cuenta de las diferencias señaladas.	Se recuerda que la metodología utiliza el universo de datos que han sido consignados por las mismas EPS en la base de recobro/cobro, es precisamente la gestión actual de lo no financiado por UPC el que da propositio a este proyecto normativo, se recuerda que en el artículo 240 de la ley 1955 expresa: EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. 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 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). También se ha creado unas condiciones para evitar la superación del presupuesto máximo, y se pone a disposición un control y monitoreo que se extiende a toda la cadena de valor.	
875	13	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Transferencia de los recursos	Dado que se va a transferir el presupuesto directamente a las EPS y EOC, ¿cómo se va a garantizar el adecuado flujo de recursos a los demás agentes del mercado? ¿Cómo podemos asegurar que las EPS paguen oportunamente a los demás agentes de la cadena de suministro?		En atención a su solicitud le informamos que en el artículo de control y seguimiento el Ministerio esta contemplando extender a otros actores la aplicación del mismo para así permitir evidenciar la ejecución de los recursos dentro de la cadena de valor. Respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.  Con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.  Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES realizará un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.	
876	14	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Implementación de la resolución	Se solicita definir y explicitar una fecha de corte para la evaluación del proceso y la implementación de los ajustes a que haya lugar.  Dado que esta metodología se basa en históricos de recobros/cobros, se sugiere que el MinSalud pueda realizar ajustes de presupuesto en el segundo semestre del año, con base en una adecuada ejecución presupuestal. Lo anterior, con el fin de reconocer el buen trabajo de las EPS y EOC que no solo logren un adecuado suministro de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC sino que además, se castigue de alguna manera a aquellas que no hagan buen uso del presupuesto o que incorporen barreras injustificadas para limitar el acceso de la población a dichas tecnologías.		Para dar alcance a su solicitud se recuerda que el presente proyecto normativo presenta fechas de entrega de información, es precisamente en la entrega y analisis de los datos que el Ministerio realiza evaluación y ajustes si hay lugar en la implementación ejecutada. El no envío de la información será informado a la superintendencia que es el ente de control tal cual se define en el artículo 46.	
877	15	2020-01-03	202042300009072	Miguel Díaz Ortega HEOR & Pricing Manager	Market Access - Oncology Business Unit - NOVARTIS	Control directo de precios y valores máximos de recobro	Insistimos en la necesidad de que el MinSalud no genere confusiones en el mercado, al incluir un mismo medicamento en las circulares de control directo de precios (según el PRI) y en las resoluciones de VMR. Solicitamos una vez más, que los medicamentos con PRI no sean objeto de VMR.	A pesar de reiteradas solicitudes persiste esta situación.	En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución. Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.  Se espera que con los ajustes descritos que este Ministerio está realizando logré aclarar todas las "confusiones" que usted refiere en cuanto a los conceptos enunciados.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
878	1	3/01/2020	202042300009082	Camilo Pizarro Gómez. ANESTESIÓLOGO -INTENSIVISTA VICEPRESIDENTE ASOCIACION COLOMBIANA DE MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	Fundación Cardiovascular de Colombia	Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado código CUPS 396501	Aumentar el valor máximo a cobrar de la oxigenación extracorpórea de membrana (ECMO) de \$1.486.314,71 a \$3.500.000	Bajo éste código se factura el cuidado diario de un paciente en ECMO. La prestación de ésta terapia requiere entrenamiento especial del personal el cual incluye un médico especialista en ECMO, un perfusionista coordinador con entrenamiento en ECMO y una enfermera jefe con entrenamiento en ECMO, esto de acuerdo a los estándares de ELSO (Organización Mundial de Soporte Extracorpóreo), la Sociedad Mundial que lidera los procesos de los pacientes que reciben ECMO.(www.elseo.org). De igual manera incluye la aplicación de unos indicadores de gestión de resultados clínicos estrictos en cuanto a decanulación, estancia hospitalaria, alta hospitalaria y mortalidad. Dicho grupo debe estar disponible 24 horas, 30 días al mes en caso de requerirse intervenciones adicionales. El monto estipulado no cubre la depreciación de las consolas de ECMO, ni los insumos descartables de alto costo como son las cánulas y el circuito de ECMO que no estarían cubiertas dentro de este valor pues su costo es 15 veces mayor. Ante ésta situación las entidades se verían forzadas a suspender la prestación de éste procedimiento el cual ya forma parte de las Guías de Práctica Clínica mundiales tanto para pacientes con patologías respiratorias como el Síndrome de Dificultad Respiratoria del Adulto y Pediátrico (Consenso Nacional de Síndrome de Dificultad Respiratoria Adulto y Pediátrico, en prensa para ser publicado en ACTA COLOMBIANA DE CUIDADO INTENSIVO), así como	Respecto del código CUPS 396501, el valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros.  En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la Ley 1966 de 2019. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales.  Finalmente se reitera que el cálculo del valor de referencia, no pretende establecer un precio en el mercado, su uso es exclusivamente para el cálculo de presupuestos máximos. Así las cosas, se reitera que el valor de referencia no es un precio, que los agentes del sistema definen las condiciones contractuales para la garantía de los servicios y que de ninguna manera el presente proyecto normativo debe afectar la atención integral de un paciente. Se precisa además que las EPS deben monitorear el presupuesto máximo asignado con el propósito de identificar el riesgo de superación del mismo, a su vez, ADRES, como se menciona en el artículo 40 diseñara un proceso de seguimiento, monitoreo y control a los recursos con el propósito de identificar el riesgo de superación de presupuestos máximos e intervenir de manera oportuna, según el resultado de los análisis realizados
879	1	3/01/2020	202042300009102	Olga lucía Moreno Calderón Gerente	Fundación Cardiovascular de Colombia - ICV	Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado código CUPS 396503CANULACION CENTRAL PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO]	El valor propuesto como valor de referencia: \$ 4.484.950,43. Solo cubre los costos de el procedimiento. (derechos de sala, honorarios médicos). Los insumos , dispositivos requeridos para realizar este procedimiento no son cubiertos por el valor de referencia propuesto . Los Dispositivos como: la bomba Centrimag, tiene un costo promedio en el mercado de 33millones de pesos + IVA, la membrana oxigenadora de adulto tiene un costo promedio en el mercado de \$1.850.000 y el oxigenador pediátrico \$ 2.289.000. Estos son algunos de los insumos que se requieren para realizar el procedimiento. La propuesta es si el valor propuesto incluye insumos y dispositivos: cambiar de \$ 4.484.950,43. A \$49.000.000	Bajo éste código se factura la canulación CENTRAL PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO] La prestación de ésta terapia requiere del grupo quirúrgico. con entrenamiento en ECMO, esto de acuerdo a los estándares de ELSO (Organización Mundial de Soporte Extracorpóreo), la Sociedad Mundial que lidera los procesos de los pacientes que reciben ECMO.(www.elseo.org). La canulación central requiere un acceso por esternotomía media o toracotomía para acceder a la aorta y la aurícula derecha . Para esta canulación se requieren insumos , medicamentos y dispositivos de alto costo que no se logran cubrir con el costo promedio propuesto en el proyecto.	Respecto de los códigos CUPS 396503, 396502 y 3767, el valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros.  En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la Ley 1966 de 2019. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales.  Es de aclarar que para el cálculo del valor de referencia para el código 3727 se utilizó la información de recobro/cobro así reportada a ADRES por las EPS. Lo anterior significa que para el ejercicio de cálculo de los valores de referencia cada registro con el código 3727 fue individual y no agrego las subcategorías que pudieran corresponderle en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Entonces los registros así reportados corresponden a registros que por la descripción o en el código del servicio no fue posible clasificar en las subcategorías de la CUPS, pero son registro individuales que ingresaron al cálculo. Para mayor claridad se publicaran los valores de referencia para códigos CUPS a 6 dígitos, sin embargo todos los valores y cantidades presentes en la base de recobros harán parte del cálculo de presupuestos máximos  Finalmente se reitera que el cálculo del valor de referencia, no pretende establecer un precio en el mercado, su uso es exclusivamente para el cálculo de presupuestos máximos. Así las cosas, se reitera que el valor de referencia no es un precio, que los agentes del sistema definen las condiciones contractuales para la garantía de los servicios y que de ninguna manera el presente proyecto normativo debe afectar la atención integral de un paciente. Se precisa además que las EPS deben monitorear el presupuesto máximo asignado con el propósito de identificar el riesgo de superación del mismo, a su vez, ADRES, como se menciona en el artículo 40 diseñara un proceso de seguimiento, monitoreo y control a los recursos con el propósito de identificar el riesgo de superación de presupuestos máximos e intervenir de manera oportuna, según el resultado de los análisis realizados

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
880	2	3/01/2020	202042300009102	Olga lucía Moreno Calderón Gerente	Fundación Cardiovascular de Colombia - ICV	Presupuest o máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado código CUPS 396502 CANULACION PERIFERICA PARA OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO] La prestación de ésta terapia requiere del grupo quirúrgico. con entrenamiento en ECMO.	El valor propuesto como valor de referencia es \$ 1.530.464,89. Este valor solo cubre los costos de el procedimiento. (derechos de sala, honorarios médicos). Los insumos , dispositivos requeridos para realizar este procedimiento no son cubiertos por el valor de referencia propuesto . Los Dispositivos como: la bomba Centrimag, tiene un costo promedio en el mercado de 33millones de pesos + IVA, la membrana oxigenadora de adulto tiene un costo promedio en el mercado de \$1.850.000 y el oxigenador pediátrico \$ 2.289.000. , canulas para uso periférico , costo promedio de \$1.500.000.Estos son algunos de los insumos que se requieren para realizar el procedimiento. La propuesta es si el valor propuesto incluye insumos y dispositivos: cambiar de \$ 1.530.464,89. A \$52.000.000	Bajo éste código se factura la canulación CANULACION PERIFERICA PARA DISPOSITIVO DE OXIGENACION DE MEMBRANA EXTRACORPOREA [ECMO] La prestación de ésta terapia requiere del grupo quirúrgico. con entrenamiento en ECMO. La canulación periférica requiere el uso de canulas especiales para canulación periférica femoral, yugular, adicional a insumos , dispositivos y medicamentos de alto costo que no se logran cubrir con el costo promedio propuesto en el proyecto.	Respecto de los códigos CUPS 396503, 396502 y 3767, el valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros.  En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la Ley 1966 de 2019. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales.  Es de aclarar que para el cálculo del valor de referencia para el código 3727 se utilizó la información de recobro/cobro así reportada a ADRES por las EPS. Lo anterior significa que para el ejercicio de cálculo de los valores de referencia cada registro con el código 3727 fue individual y no agrego las subcategorías que pudieran corresponderle en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Entonces los registros así reportados corresponden a registros que por la descripción o en el código del servicio no fue posible clasificar en las subcategorías de la CUPS, pero son registro individuales que ingresaron al cálculo. Para mayor claridad se publicaran los valores de referencia para códigos CUPS a 6 dígitos, sin embargo todos los valores y cantidades presentes en la base de recobros harán parte del cálculo de presupuestos máximos  Finalmente se reitera que el cálculo del valor de referencia, no pretende establecer un precio en el mercado, su uso es exclusivamente para el cálculo de presupuestos máximos. Así las cosas, se reitera que el valor de referencia no es un precio, que los agentes del sistema definen las condiciones contractuales para la garantía de los servicios y que de ninguna manera el presente proyecto normativo debe afectar la atención integral de un paciente. Se precisa además que las EPS deben monitorear el presupuesto máximo asignado con el propósito de identificar el riesgo de superación del mismo, a su vez, ADRES, como se menciona en el artículo 40 diseñara un proceso de seguimiento, monitoreo y control a los recursos con el propósito de identificar el riesgo de superación de presupuestos máximos e intervenir de manera oportuna, según el resultado de los análisis realizados
881	3	3/01/2020	202042300009102	Olga lucía Moreno Calderón Gerente	Fundación Cardiovascular de Colombia - ICV	Presupuest o máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado código CUPS 3767 IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO	El valor propuesto como valor de referencia es \$ 3.143.920,22. Este es un procedimiento muy complejo que va desde el implante de un dispositivo de corto termino hasta largo termino . La propuesta es que este valor de referencia solo incluya derechos de sala y honorarios médicos . La propuesta es cambiar de \$ 3.143.920,22. A \$ 15.000.000	Este procedimiento es una cirugía de alta complejidad , que ocupa al equipo quirúrgico durante mas de 10 horas , incluye una asistencia extracorpórea temporal para realizar el implante definitivo, No puede incluirse los insumos , medicamentos y dispositivos en el valor de referencia pues varían de acuerdo al dispositivo a implantar .	Respecto de los códigos CUPS 396503, 396502 y 3767, el valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros.  En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la Ley 1966 de 2019. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales.  Es de aclarar que para el cálculo del valor de referencia para el código 3727 se utilizó la información de recobro/cobro así reportada a ADRES por las EPS. Lo anterior significa que para el ejercicio de cálculo de los valores de referencia cada registro con el código 3727 fue individual y no agrego las subcategorías que pudieran corresponderle en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Entonces los registros así reportados corresponden a registros que por la descripción o en el código del servicio no fue posible clasificar en las subcategorías de la CUPS, pero son registro individuales que ingresaron al cálculo. Para mayor claridad se publicaran los valores de referencia para códigos CUPS a 6 dígitos, sin embargo todos los valores y cantidades presentes en la base de recobros harán parte del cálculo de presupuestos máximos  Finalmente se reitera que el cálculo del valor de referencia, no pretende establecer un precio en el mercado, su uso es exclusivamente para el cálculo de presupuestos máximos. Así las cosas, se reitera que el valor de referencia no es un precio, que los agentes del sistema definen las condiciones contractuales para la garantía de los servicios y que de ninguna manera el presente proyecto normativo debe afectar la atención integral de un paciente. Se precisa además que las EPS deben monitorear el presupuesto máximo asignado con el propósito de identificar el riesgo de superación del mismo, a su vez, ADRES, como se menciona en el artículo 40 diseñara un proceso de seguimiento, monitoreo y control a los recursos con el propósito de identificar el riesgo de superación de presupuestos máximos e intervenir de manera oportuna, según el resultado de los análisis realizados
882	1	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 3: Definiciones	Incluir en las definiciones las coberturas que serán financiadas con cargo a los techos.	Aclarar si aquellas tecnologías que no se encuentren financiadas con cargo a la UPC que no hagan parte de los valores máximos y techos, seguirán siendo tramitadas por Mipres y recobradas/cobradas directamente a la ADRES.	Respecto a sus comentarios, este Ministerio se permite aclarar que los listados relacionados en el presente acto administrativo no hacen referencia a coberturas, se trata de un referente de valores para el cálculo del presupuesto máximo. En este sentido, en el articulado del proyecto de resolución se establecen cuales son los servicios y tecnologías en salud objeto de presupuestos máximos, así como aquellos que no incluye el proyecto normativo en cuestión. Adicionalmente se estipula que los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y del 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.
883	2	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuest o Máximo.	¿Establecer si incluye la población subsidiada en modo movilidad dentro del cálculo? Se pide al Ministerio que se pueda reportar la información respecto a lo concerniente a movilidad.	Los recobros/cobros se realizan a la ADRES tanto por usuarios del régimen contributivo como por los usuarios que se encuentran en movilidad subsidiado. Si se toma solamente la información que reporten las entidades territoriales, se tendría la información de forma parcial, toda vez que hay entes en los cuales no han recibido la información por temas administrativos, se sugiere recibir la información que reposa en las EPS que tengan movilidad.	En relación a sus inquietudes, este Ministerio se permite precisar: La información fuente de los cálculos para determinar el presupuesto máximo a transferir a cada EPS, proviene de los servicios y tecnologías recobrados/cobrados por las EPS a La ADRES tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, incluidos aquellos usuarios que se encuentran en movilidad.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
884	3	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES	Salud Total EPS-S	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes	<p>1. ¿Techos incluye servicios sociales complementarios? Con cargo al 40% de ahorro del art 13?</p> <p>2. Medicamentos:</p> <p>Es necesario que se realice una nota técnica completa con la construcción del modelo, y una mesa de trabajo técnica entre las áreas actuariales de las EPS y el Ministerio de salud para revisar y entender en detalle el modelo, dado que lo presentado en el borrador de resolución no está correcta ni claramente especificado. (cita 3 de enero).</p> <p>No se evidencia claramente como se ajusta el modelo según el crecimiento de la población (Se debe incluir un índice variable de crecimiento de población a la ecuación del cálculo).</p> <p>Es necesario definir una frecuencia observada mínima a partir de la cual sea válido el modelo, ya que existen tecnologías con una frecuencia observada muy baja y una severidad muy alta que no responden de la misma manera que las tecnologías que presentan una frecuencia de utilización alta.</p> <p>La metodología cambia con respecto a los propuesto en el mes de agosto. En el borrador de resolución se define el cálculo de tasas de crecimiento delta por unidad de medida, es decir todos los grupos relevantes que compartan la misma unidad de medida se estiman con la misma tasa de crecimiento, de lo cual no se evidencia el sustento técnico.</p>	<p>La EPS debe tener la posibilidad de conocer en detalle de donde sale el valor estimado para el presupuesto máximo y las cantidades estimadas por grupo relevante para poder contrastar esta información con el comportamiento histórico observado.</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>En respuesta a sus solicitudes:</p> <p>1. En respuesta a su solicitud, se reitera que el presente proyecto normativo surge en cumplimiento del artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", que establece que este Ministerio debe definir la metodología para el Presupuesto Máximo anual que la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES, le transfiera a las EPS, por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC. En virtud de lo anterior, el presente acto normativo establece la metodología para determinar el presupuesto máximo para medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios.</p> <p>En relación con la preocupación planteada respecto de lo estipulado en el artículo 13 del presente proyecto normativo, concerniente al tema de ahorros, se informa que este Ministerio se encuentra estudiando la posibilidad de eliminar este ítem del proyecto de resolución.</p> <p>2.Medicamentos</p> <p>2.1. Con respecto a la solicitud de realizar una nota técnica completa con la construcción del modelo, y una mesa de trabajo técnica entre las áreas actuariales de las EPS y el Ministerio de salud, este Ministerio se permite recordar que previamente a la publicación del proyecto de acto administrativo fueron realizados siete (7) talleres con todos los actores del SGSSS para establecer la metodología del presupuesto máximo. Adicionalmente la EPS Salud Total fue convocada el 3 de enero de 2020, asistiendo los Doctores Pedro Fajardo, Gloria Martínez, Enrique García, adicionalmente, se han venido realizando sesiones técnicas para tener claridad sobre los datos.</p> <p>2.1.1. Respecto de la sugerencia de incluir un índice variable de crecimiento de población a la ecuación del cálculo ante el supuesto que no se evidencia el ajuste en los cálculos dado el crecimiento de la población, es preciso tener en cuenta que el modelo econométrico no pretende establecer un valor percapita o un ajuste considerando el crecimiento de la población, toda vez que el modelo se construye teniendo en cuenta un histórico de consumo de servicios y tecnologías en salud, dicho consumo explica el uso de las tecnologías e incorpora a través del Delta ( variación de las cantidades suministradas) los cambios asociados al crecimiento de la población, o traslados en la vigencia, entre otros aspectos.</p> <p>2.1.2. Como se mencionó en la respuesta anterior, dado que el modelo econométrico se fundamenta en la información recopilada de las bases de datos de recobro/cobro del periodo comprendido entre 2015 a 2018, esta contiene la relación de la totalidad de los consumos de servicios y tecnologías prescritas y atendidas durante este periodo y en ese sentido, la magnitud de los efectos de las diferentes frecuencias y severidades quedarían incorporadas en el modelo, con lo cual las pruebas de validación aplicadas al modelo fueron estadísticamente significativas por lo que no fue necesario establecer una frecuencia observada mínima para su validación.</p> <p>2.1.3. En el mismo sentido de las respuestas anteriores se reitera que el modelo econométrico al tener en cuenta la totalidad de la información histórica y determinar un Delta del comportamiento de los usos de estos servicios y tecnologías, en este se reflejan las variaciones tanto de la dinámica poblacional como de su perfil epidemiológico, así como de los factores de orden jurídico (tutelas y fallos judiciales), administrativo e institucional.</p> <p>2.1.4. En cuanto a la afirmación sobre la subestimación del comportamiento esperado de cada grupo relevante por no tenerse en cuenta las cantidades ajustadas sino solamente las iniciales, es necesario tener en cuenta que la construcción del panel de datos con base a los Q (cantidades) iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados.</p> <p>2.1.5. Con respecto a las inquietudes relacionadas con las cantidades registradas en el Delta de los años 2019 y 2020 y la justificación técnica del doble Delta. Se reitera que la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores producto de estas auditorías, se determinó la necesidad de adicionar la doble suma del Q Delta para de manera aritmética incorporarlo en el cálculo del presupuesto máximo del año 2020, con el propósito de mantener un crecimiento razonable de estas cantidades. No obstante, este Ministerio evaluará la pertinencia de ajustar la forma del cálculo, pasando de ser una sumatoria a ser multiplicativa.</p> <p>2.1.6. En atención a lo relacionado con la inquietud de calcular el IBNR directamente haciendo un análisis sobre las frecuencias observadas. Es preciso señalar que lo que se está calculando es un presupuesto máximo dado en dinero las cantidades son tenidas en cuenta para efecto de establecer el Delta, de tal manera que no se consideró necesario retroceder un paso pudiéndose hacer el cálculo directamente en valores monetarios.</p> <p>2.1.7. De conformidad con la observación de incluir todo lo recobrado en el año 2019 que tiene fecha de prestación en la ventana de estudio (2015-2018), se informa que debido a que al momento de la estimación de los presupuestos máximos no se contaba con la información de lo recobrado en el año 2019, se determinó como fecha de corte el 30 de junio de 2019 para la inclusión de las prestaciones del periodo 2015-2018. Ahora en caso de tener la información, se debe considerar que el IBNR tendrá a ver</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
Nº	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
				EN SALUD   RECOBROS GLOSA		Contributivo y Subsidiado.	Se evidencia el sustento medico para dar este manejo. Con este criterio, por ejemplo, todos los grupos relevantes cuya unidad de medida sea miligramos tendrán la misma tasa de crecimiento (809 grupos relevantes de los 1188 lo cual corresponde a un 68.10% del total de grupos relevantes), sin tener en cuenta que la unidad de medida no determina la enfermedad que se está tratando y por lo tanto desconoce frecuencias de uso y carga de la enfermedad de la población asegurada. El cálculo de las cantidades adicionales (delta estimado) no tiene en cuenta las cantidades ajustadas sino las cantidades iniciales, lo cual claramente subestima el comportamiento esperado de cada grupo relevante. Es necesario que se justifique porque no se tiene proyectado un crecimiento en las cantidades delta entre el año 2019 y 2020 y simplemente se vuelven a sumar las mismas cantidades adicionales proyectadas para el año 2019 ¿Por qué se estima que se debe sumar 2 veces el delta y no un valor superior, cual es la justificación técnica? En la metodología para el cálculo del IBNR, se trabaja con valores en dinero mezclando la información de todas las EPS para estimar un monto que luego se distribuye de acuerdo con la participación de cada EPS en cada grupo relevante y luego se llega a cantidades		se debe considerar que el IBNR tenderá a cero. 2.1.8. En relación con la observación de no tener en cuenta en la metodología los movimientos de población de una EPS a otra en cuanto a siniestralidad, riesgos y subregistro de tratamientos, este Ministerio se permite reiterar que dado que la fuente de la información son consumos de servicios y tecnologías históricos (2015-2018), correspondientes a la población afiliada al SGSSS a través de los regímenes contributivo y subsidiado incluidos los casos en movilidad, así las cosas la información analizada incorpora todo lo relacionado con estos tres aspectos específicos que usted señala, en tal sentido, el proyecto de resolución además contempla el traslado de recursos de una EPS a otra por usuario. 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. Se precisa que el presupuesto máximo será objeto de ajustes en la periodicidad que lo defina La ADRES, así mismo será esta entidad la encargada de definir e implementar el proceso para realizar la transferencia de los recursos, adicionalmente se realizarán ajustes al presupuesto máximo por el traslado de afiliados entre EPS o EOC. Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional. 2.1.9. Respecto de su comentario sobre la metodología de triángulos, es necesario tener en cuenta que el proceso requerido para adecuar la estimación del valor y cantidad de prestaciones, pasa por el cálculo de los montos incurridos y no reportados o no completamente bien estimados, conocidos actuarialmente como las reservas de IBNR, siglas en ingles de incurred but not reported. La corrección por efecto del IBNR recoge aquellas atenciones incurridas, pero no perfectamente reportadas o reservadas. Uno de los métodos más utilizados para la determinación de esta provisión técnica, es el método de Chain Ladder, el cual calcula la pérdida esperada y la reserva de IBNR, derivada de lo anterior. Este método ayuda a que los errores de las provisiones sean prevenibles y a determinar el impacto de las reservas del IBNR en el cálculo de los presupuestos máximos, tal como está establecido en el proyecto de resolución. 2.2. Sobre la solicitud de aclarar la construcción del modelo y definir claramente las actividades en este proceso. Como es de su conocimiento, en el articulado del presente proyecto de resolución como en su anexo se describe el paso a paso de la metodología para el cálculo del presupuesto máximo a transferir. 3.Procedimientos 3.1.Respecto a las primeras observaciones relacionadas con la categorización de los procedimientos, análisis del perfil epidemiológico y exclusión de las enfermedades catastróficas, se tiene: 3.1.1 En relación al análisis de riesgo epidemiológico se reitera: el modelo econométrico al tener en cuenta la totalidad de la información histórica y determinar un Delta del comportamiento de los usos de estos servicios y tecnologías (usos que provienen de las prescripciones del personal de salud, que a su vez están relacionadas con condiciones de salud), refleja las variaciones tanto de la dinámica poblacional como de su perfil epidemiológico, así como de los factores de orden jurídico (tutelas y fallos judiciales), administrativo e institucional. 3.1.2 Se debe excluir del modelo las enfermedades catastróficas. Con respecto a la solicitud de eliminar de esta regulación a las enfermedades catastróficas, se hace claridad en cuanto a que el presente proyecto normativo surge en cumplimiento del artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", que establece que este Ministerio debe definir la metodología para el Presupuesto Máximo anual que la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES, les transfiera a las EPS, por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC. En virtud de lo anterior, el presente acto normativo establece la metodología para determinar el presupuesto máximo para medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios. De esta manera y considerando que las enfermedades precursoras se encuentran financiadas con recursos de la UPC, resulta relevante que la presente iniciativa tiene como objetivo la integración e integralidad del tratamiento para los pacientes. Así las cosas, no se acoge esta observación, por cuanto el propósito de establecer los presupuestos máximos es migrar de un mecanismo de protección individual al de protección colectiva. Ahora bien, en la metodología se tienen previstos ajustes Ex-post de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, lo anterior implica que dentro de la financiación del Presupuesto Máximo, se contemplen los servicios y tecnologías indicados para las enfermedades catastróficas. 3.2Sobre la información utilizada para el cálculo del presupuesto máximo en lo concerniente a procedimientos y sus valores de referencia, nos permitimos enfatizar: En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituyen en una regulación de precios, lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, el valor del dinero en el tiempo y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019. Finalmente se reitera que el cálculo del valor de referencia, no pretende establecer un precio en el mercado, su uso es exclusivamente para el cálculo de presupuestos máximos. 3.3 Respecto a la posibilidad de conocer la fuente de información base para el cálculo del presupuesto máximo, este Ministerio se permite informar que la base de datos utilizada es la de recobros/cobros a la ADRES, que corresponde a los valores reconocidos por el Sistema para el fin propuesto, cabe precisar que la fuente señalada toma como referencia el valor total de la factura como ya se mencionó, es decir, el valor recobrado/cobrado que contienen todos los valores desde su prescripción hasta la entrega al paciente. Finalmente, le informamos que las bases de datos están disponibles en la página del ministerio en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacionc.aspx	
885	4	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 8. Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente.	1. Se debe establecer si incluyen las asignaciones de usuarios que se han realizado. Adicionalmente incluir en los cálculos los usuarios recién nacidos y los afiliados nuevos y los usuarios que hacen uso del derecho a la movilidad. 2. Revisar la redacción del texto en cuanto al paso a paso del calculo del presupuesto máximo.	1. Esto afecta los valores recibidos como presupuesto, si no son tenidos en cuenta. 2. Aclarar la logica técnica y la formula a utilizar cuando se trasladan usuarios desde y hacia otras EPS.	En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución. Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes. Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes. En el tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020. Finalmente, también se tiene previsto incluir en las notas técnicas correspondientes, el detalle que permita conocer los criterios utilizados en la construcción de las categorías definidas por el Ministerio para realizar la agrupación de los APME, lo anterior además de la revisión general de la redacción.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
886	5	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 10, numeral 6: Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos.	<p>1. Los ingresos de la cuenta maestra pueden cambiar de acuerdo a las variaciones que se presenten para el cálculo del presupuesto máximo, en situaciones tales como el aumento en los traslados hacia la EPS o la afiliación de usuarios nuevos.</p> <p>2. Por otro lado se solicita aclarar ¿quien asume los costos financieros de la cuenta maestra? ya que no existe destinación de recursos para este tema.</p> <p>3. ¿La cuenta maestra creada se registrará bajo los mismos términos y condiciones de las cuentas que operan los recursos de la UPC, es decir, bajo el decreto 4023 y sus respectivas notas externas?</p> <p>Es necesario se definan las respectivas notas externas y las estructuras bajo las cuales la entidad financiera debe remitir la información a la ADRES y a MINSALUD.</p> <p>4. Precisar si la cuenta maestra es solo de destinación para el régimen contributivo o existirá cuenta maestra también para movilidad subsidiada.</p>	Se sugiere revisar el texto teniendo en cuenta las diferentes variables sobre el cálculo del presupuesto máximo.	Respecto a sus inquietudes planteadas al Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos, se determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.
887	6	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 12. Transferencia del Presupuesto Máximo. "La primera transferencia a del primer mes después de la aprobación de la presente resolución podrá realizarse en el mes subsiguiente e."	<p>1. Para la primera transferencia se plantea que no sea en el mes subsiguiente si no en el mes siguiente.</p> <p>Parágrafo: A partir del segundo año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos.</p>	<p>El flujo de caja de la EPS se ve afectado y se debe recibir los recursos de forma ágil.</p> <p>Respecto al descuento del 5% se afectaría en doble vía los recursos de la EPS.</p>	Respecto del comentario relacionado con la primera transferencia, es importante señalar que debido a operaciones presupuestales se hace necesario dejarla para el final del mes. Ahora bien en relación con el descuento del 5%, este Ministerio se encuentra evaluando la modificación o eliminación del paragrafo en mención. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que se debe contemplar la posibilidad para el caso que existan ahorros más que proporcionales.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
888	7	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. 1. En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia. 2. En el caso que las EPS generen ahorros en la vigencia respectiva, las EPS devolverán o transferirán a La ADRES el 60% de los ahorros dentro de los tres primeros meses de la vigencia.	¿Para el numeral 1 como sería el mecanismo para hacer dicho ajuste? ¿Se va a realizar intervención por parte del Ministerio a toda la cadena para que todos los actores estemos dentro de la norma de los valores máximos de recobros y por ende los techos?.  Adicionalmente en caso de superarse el techo, es importante se precise la manera en la cual el equilibrio de la EPS va a ser recuperado, en tanto que los valores excedentes de las otras EPS no sean suficientes para asumir la superación.  En el numeral 2, es un riesgo y puede afectar patrimonialmente la EPS dejar que se transfiera el déficit hasta tanto se termine el ejercicio, pues la EPS no tiene más fuentes de financiación.  Respecto al 40% restante en caso de que existan ahorros, se debe definir la o las vigencias para la utilización de dichos recursos o si al final se pueden trasladar como recursos para financiar PBS.		Respecto de las observaciones realizadas, este Ministerio se permite dar respuesta en el mismo orden que fueron planteadas. En relación a lo descrito sobre el numeral 1 del artículo 13, es preciso dar claridad en los siguientes aspectos:  1. El articulado del presente proyecto de resolución establece que, si el valor ejecutado del presupuesto máximo de cada EPS y EOC en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el presupuesto máximo, La ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES en relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS y EOC, se tendrán en cuenta los datos del módulo 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.  La ADRES desarrollará, implementará y publicará en su página web el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. La publicación de tal proceso se encuentra acorde con lo dispuesto para la transferencia de recursos.  Atendiendo su inquietud de incluir un seguimiento específico a los recursos que se van a destinar para el No PBS, se precisa que en el presente proyecto de resolución se establece el seguimiento y monitoreo para ser realizado como mínimo a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS, cada tres meses, en tanto lo anterior se ajustará el articulado bajo el título: “Seguimiento, control y monitoreo de los recursos”, en donde se tiene previsto señalar que 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. Además se contempla que el seguimiento, control y monitoreo se realice determinando factores que permitan evidenciar la ejecución de estos recursos.  2. Respecto de las observaciones realizadas al numeral 2 del artículo 13, atendiendo sus observaciones, este Ministerio esta evaluando su modificación en el sentido de establecer estrategias para la no superación del presupuesto máximo entre las cuales se contemplan gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, el establecimiento de guías o protocolos en forma conjunta con las redes de prestación de servicios de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud y los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos, además deberá considerarse lo siguiente:  1.En los casos que las EPS o La ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia.  2. En caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La ADRES definirá el procedimiento respectivo.  3. En conjunto con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y personal de salud priorizar 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.  Lo anterior haciendo énfasis en que no se debe afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud que efectivamente requiera el paciente. Se deberá evaluar la efectividad de dichas tecnologías; así como la relación beneficio-riesgo y costo efectividad de las tecnologías.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
889	8	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 14. 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 establecerá el porcentaje de los ingresos de operación asociados a los recursos del presupuesto máximo que se tendrán en cuenta en la evaluación del indicador de patrimonio adecuado.	Este ingreso no se debe contemplar como operacional, la EPS no tiene la posibilidad de controlar el riesgo debido a que se maneja directamente por el prescriptor en el MIPRES, la concepción inicial de las aseguradoras está dada por los servicios POS o PBS, si el ejercicio es deficitario adicional se castiga solicitando un patrimonio adicional del 8%. Se puede proponer hacerlo progresivo a 5 años y teniendo presente que el ejercicio sea superavitario.	La concepción inicial de las aseguradoras está dada por los servicios POS o PBS, si el ejercicio es deficitario adicional se castiga solicitando un patrimonio adicional del 8%.	<p>Con respecto a las observaciones realizadas al artículo 14 del presente proyecto de resolución, este Ministerio se permite precisar que, en virtud a la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, y a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, y que las EPS son funcionalmente las responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público), el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>El propósito de la mencionada disposición normativa (artículo 240) consiste, entonces, en establecer un presupuesto a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC).</p> <p>Así, al equiparar el mecanismo individual con el colectivo se fortalecerá la gestión de la EPS y profundizará la atención integral del paciente. Por tanto lo anterior, se considera que los recursos del presupuesto máximo entrarían a formar parte de los recursos operacionales de las EPS, sin embargo es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud establecer la progresividad en cuanto a la asignación del porcentaje asociado a los recursos del presupuesto máximo que se tendrá en cuenta para la evaluación del indicador de patrimonio adecuado, tal como se establece en el proyecto de resolución.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
890	9	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 18: 1. "exceptuando los contenidos en el artículo 20 del presente acto administrativo"	1. Se solicita incluir en las referencias de las excepciones al presupuesto de techos el art.19 también, no solo el art. 20.	Definición clara para tener la certeza de lo que se incluye y no se incluye en el cálculo.	<p>Este Ministerio se permite dar respuesta a sus observaciones en el mismo orden que fueron formuladas:</p> <p>De conformidad con su solicitud de aclarar a que servicios y tecnologías hace referencia el artículo 20 del presente proyecto normativo, nos permitimos informarle que estos servicios y tecnologías se encuentran descritos en el articulado del proyecto de resolución, en este sentido se describen los servicios y tecnologías no financiados con cargo al presupuesto máximo, que corresponden a:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia.</li><li>2. Las tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC.</li><li>3. Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine este ministerio.</li><li>4. Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos.</li><li>5. Las tecnologías expresamente excluidas a través de las resoluciones emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o aquellas que cumplan algún criterio establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015.</li><li>6. Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo.</li><li>7. Los Procedimientos nuevos en el País.</li><li>8. Los Servicios Sociales complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente.</li></ol> <p>Así mismo, este Ministerio se encuentra estudiando la posibilidad de modificar el contenido del artículo listado en el sentido de ajustar e incluir numerales como:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>2. Medicamentos que contengan el principio activo Nusinersen</li><li>3. El medicamento que requiera la persona que sea diagnosticada por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo, los cuales se plantean sean financiados por la ADRES.</li><li>4. 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 9 de la Ley 1751 de 2015.</li></ol> <p>Lo anterior con la finalidad de dar una mayor claridad a lo contemplado en los artículos 19 y 20 del proyecto de resolución publicado.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
891	10	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 18: 1. "exceptuando los contenidos en el artículo 20 del presente acto administrativo"  2. Los Servicios Sociales Complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente . En todo caso estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica.  3. Parágrafo 3 del artículo 18: "En los	2. Aclarar bajo que situaciones los servicios sociales complementarios deben ser avalados por la junta médica, si aplica únicamente en los casos en que son ordenados por el medico tratante o si los que son ordenados por fallos de tutela también.	Definición clara para tener la certeza de lo que se incluye y no se incluye en el cálculo.	En relación con la solicitud de aclarar bajo que situaciones los servicios complementarios deben ser avalados por la junta médica, este Ministerio se permite informar que en razón a su solicitud se encuentra estudiando la posibilidad de realizar ajustes en el sentido de dejar este proceso sujeto a lo establecido en las herramientas, guías o protocolos.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
892	11	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 18: 1. "exceptuando los contenidos en el artículo 20 del presente acto administrativo"  2. Los Servicios Sociales Complementarios prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente. En todo caso estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica.  3. Parágrafo 3 del artículo 18: "En los	3. Ante esta afirmación, si se encuentra una sal diferente a la explícitamente relacionada en el acto administrativo, o si ingresa un medicamento con una sal diferente a la ingresada, ¿entonces no quedaría incluida dentro del presupuesto? ¿Se recobraría por otra vía? ¿Este punto sería excepción de lo definido en el artículo 18?	Definición clara para tener la certeza de lo que se incluye y no se incluye en el cálculo.	Ahora bien, en referencia a las observaciones realizadas al parágrafo 3 del artículo 18, este Ministerio se permite aclarar que para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo, La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (La ADRES) determinará los procesos, procedimientos y auditorías para tal efecto.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
893	12	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 19: Parágrafo art. 19: "La Administración de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), determinará los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo" y, Artículo 20: "Los servicios y tecnologías no financiados con cargo	Cuando menciona "servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC, diferentes a los que son objeto de la presente resolución", ¿hace referencia explícitamente a los relacionados en los anexos y mencionados en los artículos 23, 27, 28, 29 y 32? Si la respuesta es negativa e incluye todos los medicamentos NOPBSUPC y no excluidos de financiación, entonces ¿a cuáles medicamentos y APME hace referencia que "su reconocimiento y pago se efectuará en los términos de la Resolución 1885?	No es claro cuáles son los medicamentos que ingresarían dentro de este proyecto de resolución teniendo en cuenta que según el artículo 18 parece incluir todos los medicamentos NOPBS, pero lo expresado en el parágrafo del mismo artículo, parágrafo del artículo 19 y artículo 20 menciona el proceso de reconocimiento y pago a otras tecnologías NOPBS y no excluidas de financiación con recursos de la salud.	Respecto a sus comentarios, este Ministerio se permite aclarar que los listados relacionados en el presente acto administrativo no hacen referencia a coberturas, se trata de un referente de valores para el cálculo del presupuesto máximo. En este sentido, en el articulado del proyecto de resolución se establecen cuales son los servicios y tecnologías en salud objeto de financiación con los recursos de los presupuestos máximos, así como aquellos que no incluye el proyecto normativo en cuestión. Adicionalmente se estipula que los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y del 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.
894	13	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 20. Garantía de los demás servicios y tecnologías en salud	Se solicita informar si la herramienta Mipres prevista en la resolución 1885 de 2018 bajo los efectos del artículo 18 quedaría disponible únicamente para las tecnologías en salud no incluidas en los techos máximos.		En relación con los servicios prescritos a través de MIPRES es importante tener en cuenta que esta herramienta continúa operando con las directrices normativas vigentes y no tiene cambios, pues efectivamente, tal aplicativo se usa para la prescripción de los servicios y tecnologías de salud no financiados con la UPC.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
895	14	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 22. Indicaciones autorizadas. La financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo excepciones descritas en este acto administrativo que incluyan su financiación con cargo al Presupuesto Máximo.  Parágrafo 2. Cuando un	1. La no indicación INVIMA también debe estar como excepción en el acto administrativo. Al igual que las tutelas.  2. Los medicamentos incluidos en el PBSUPC, que tienen indicaciones UNIRS (considerando que cuando son autorizados para indicaciones UNIRS se cargan como NOPBSUPC) ¿también quedarían incluidos dentro de este presupuesto?	Se debe dejar claro lo no indicado por el Invima y las tutelas, solamente se menciona lo que tiene indicación INVIMA.  Ahora bien, en relación con la financiación de los medicamentos cuyo uso se encuentra incluido en la lista UNIRS, este Ministerio se encuentra estudiando realizar un ajuste al articulado planteandolo así: Los usos autorizados en la lista de uso UNIRS de un medicamento financiado con cargo al presupuesto máximo.	En atención a sus observaciones este Ministerio se permite informar que se encuentra estudiando la posibilidad de realizar modificaciones al mismo, en el sentido de establecer que la financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA. Se enfatiza en incluir lo autorizado vía tutela en razón a que esta información fue incluida en los cálculos del presupuesto máximo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
896	151	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 32. Analgesia, anestesia y sedación. La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversiones de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC; así no se encuentren	De acuerdo con este artículo, ¿se entiende entonces que hay medicamentos utilizados para analgesia, anestesia y sedación, NOPBSUPC, no incluidos dentro de este presupuesto? ¿Sería una excepción a lo dispuesto en el artículo 18?		<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Se reitera que los servicios y tecnologías incluidos en los listados de los anexos del presente acto normativo, no hacen referencia a coberturas, se trata de un referente de valores para el cálculo del presupuesto máximo.</p> <p>Adicionalmente, los servicios y tecnologías en salud incluidos a financiar dentro de la metodología de presupuestos máximos son el resultado del análisis de la información histórica de los valores recobrados o cobrados de las vigencias 2015 a 2019 en el régimen contributivo, con corte a junio de 2019, es así como se estableció que el Presupuesto Máximo a implementar para servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC corresponde al de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales –APME, Procedimientos y Servicios Complementarios, recobrados o cobrados en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.</p>
897	16	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	Artículo 44. Servicios Sociales Complementarios. Los servicios sociales complementarios se considerarán incluidas en la financiación con cargo al Presupuesto de conformidad con la tabla de referencia de la herramienta MIPRES.	si los servicios sociales complementarios no están en la tabla d referencia, se irían vía recobro? ¿Con cargo a q se financiarían los servicios sociales complementarios del Régimen Subsidiado?		<p>En relación con la inquietud sobre los servicios complementarios que no se listan en las tablas de referencia, se insiste una vez más que los listados relacionados en el presente acto administrativo no hacen referencia a coberturas, que se trata de un referente de valores para el cálculo del presupuesto máximo.</p> <p>Sobre los “servicios sociales complementarios”, vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término “sociales”, cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p> <p>Adicionalmente, los servicios y tecnologías en salud incluidos a financiar dentro de la metodología de presupuestos máximos son el resultado del análisis de la información histórica de los valores recobrados o cobrados de las vigencias 2015 a 2019 en el régimen contributivo, con corte a junio de 2019, es así como se estableció que el Presupuesto Máximo a implementar para servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC corresponde al de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales –APME, Procedimientos y Servicios Complementarios, recobrados o cobrados en los Regímenes Contributivo y Subsidiado.</p> <p>Ahora, en relación a los Servicios complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente, se aclara que en concordancia con el alcance del presente acto normativo, estos servicios no hacen parte de las exclusiones establecidas en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, por cuanto se plantea modificar el articulado estableciendo que la fuente para su financiación estará dada de acuerdo al resultado obtenido del proceso de verificación y control que defina La ADRES.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
898	17	3/01/2020	202042300009122	DAISSY BELTRÁN RAMÍREZ SUBDIRECTORA DE OPERACIONES EN SALUD   RECOBROS GLOSA	Salud Total EPS-S	COMENTARIOS GENERALES: 1. En la presente resolución no deroga ni modifica la resolución 3078 de 2019 y circulares vigentes de regulación directa de precios, ¿se entiende entonces que los valores a tomar en cuenta aún son los citados por las normas mencionadas o las que las sustituya o modifique? 2. ¿Dentro del modelo se incluyen todos los servicios tutelados? ¿Qué pasa con las tecnologías			<p>Se dará respuesta a los comentarios generales en el orden que fueron realizados:</p> <p>1. Los valores de referencia no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. Lo valores de referencia tienen como objeto ser utilizados para el cálculo del presupuesto máximo. En este sentido no se acoge su comentario, en tanto lo anterior, el alcance del presente proyecto de resolución no contempla derogar la normatividad vigente en cuanto a regulación de precios.</p> <p>2. Este Ministerio se permite reiterar que la fuente de información son consumos de servicios y tecnologías históricos (2015-2019), correspondientes a la población afiliada al SGSSS a través de los regímenes contributivo y subsidiado. Incluidos los casos autorizados por tutela o fallo judicial. En este sentido, para las tecnologías nuevas autorizadas vía tutela se aclara que en lo concerniente a medicamentos, estos se financian con cargo al presupuesto máximo. Así mismo se establece que los servicios y tecnologías en salud excluidos o que cumplan alguno de los criterios del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 no se financiarán con los recursos públicos asignados a la salud, exceptuando los ordenados por Juez de Tutela. Así las cosas todos los servicios y tecnologías que sean autorizados por fallo de tutela u orden judicial están inmersos en la financiación con presupuestos máximos.</p> <p>3. Para los servicios que no incluye el proyecto normativo en cuestión, el Ministerio estudia la posibilidad de realizar modificación en el sentido de establecer que, La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (La ADRES), determinará los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo.</p> <p>4. Respecto a esta observación el presente proyecto de resolución en su articulado establece claramente que el proceso de seguimiento, control y monitoreo de los recursos es competencia de La ADRES, sin embargo este Ministerio ajustará el contenido del mismo, en el sentido de establecer que, respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia de la iniciativa de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generará alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previo a la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>Para el proceso de auditoría que adelante La ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de los módulos de suministros y facturación de MIPRES.</p> <p>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.</p> <p>5. Respecto del mecanismo de ajuste de las desviaciones para que no se afecte patrimonialmente la EPS, el proyecto de resolución contempla en su articulado la no superación del Presupuesto Máximo, sin embargo este Ministerio se encuentra evaluando la posibilidad de realizar ajustes al mismo estableciendo que las EPS deben gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, el establecimientos de guías o protocolos en forma conjunta con las redes de prestación de servicios de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud y los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos, además deberán:</p> <p>1. En los casos que las EPS o La ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia.</p> <p>2. En caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>3. En conjunto con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y personal de salud priorizar 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.</p> <p>6. En relación a considerar tiempo de adaptación de las EPS a la metodología contemplada en el presente proyecto de resolución, este Ministerio evalúa la modificación del articulado con el fin de establecer que los presupuestos máximos calculados con la metodología acá descrita se ajusten de forma ex - post considerando los traslados de las personas de la vigencia anterior a la aplicación de la vigencia de Presupuesto Máximo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
899	1	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	COMENTARIOS GENERALES	<p>SOBRE LA RESOLUCION Y LOS PRINCIPIOS DE ASEGURAMIENTO, COBERTURA UNIVERSAL Y DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD</p> <p>La mencionada Resolución:</p> <p>1. No propende por la financiación sostenible de los servicios de salud ni garantiza el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.</p> <p>2. No garantiza la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, ni la mejora la prestación, ni la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud.</p> <p>La propuesta del Ministerio de Salud en materia de presupuestos máximos va en contra de los intereses a la preservación de los derechos fundamentales a la salud y a la vida de los pacientes.</p> <p>Desde el cálculo de los presupuestos máximos, los cuales se realizan sobre el concepto de medicamentos y servicios recobrados, se excluye a la población que no pudo acceder a los servicios de salud prescritos, pero nunca prestados, por lo cual se presenta un desfase que va a afectar directamente en la cobertura y acceso a los servicios por parte de los pacientes.</p> <p>3. No reduce sino que incrementa las barreras que impiden el goce efectivo del</p>		<p>De una parte, el propósito del presupuesto máximo consiste en establecer la asignación ex ante de los recursos a cargo de las EPS para que gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud, que hoy son observables y predecibles. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados, de forma similar a como opera en UPC. Así, al equiparar los mecanismos, colectivo e individual, se fortalecerá la gestión de las EPS y profundizará la atención integral de la salud del paciente. La Resolución no cambia las competencias, funciones e institucionalidad de los diferentes actores del sistema de salud, aunque si resuelve la ineficiencia del mecanismo individual, y permite fundamentalmente garantizar el derecho a la salud, puesto que:</p> <p>- Se integran las fuentes de financiación.</p> <p>- Se cambia la forma de gestionar y así mejorar la prestación.</p> <p>Respecto a la afirmación "va en contra de los intereses a la preservación de los derechos fundamentales a la salud y a la vida de los pacientes", es necesario que desarrolle y argumente, pues no es posible conocer el porqué considera que este proyecto de resolución va en contra de los derechos de la salud.</p> <p>El cálculo del presupuesto máximo no excluye la población que no pudo acceder, se parte de lo actuado por el sistema y la metodología es clara en ese sentido. De hecho el Ministerio solicitó información a las Entidades Territoriales y a las EPS. Ahora, si usted dispone de evidencia sólida y confiable, por favor envíarla.</p> <p>Sobre el incremento en las barreras para acceder a los servicios, no se argumenta porqué; sin embargo, se debe decir que el presupuesto máximo está diseñado para que las EPS integren las fuentes de financiación, gestionen las tecnologías en salud y servicios no financiados con cargo a la UPC, así como los financiados con UPC, aspectos que son básicos para reducir las barreras de acceso. El presupuesto máximo no afectará la prestación de los servicios, por cuanto que el artículo 240 de la Ley 1955 a la letra dice: "En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio", aspecto que recoge este acto administrativo en los considerandos y en lo referente al deber que las aseguradoras tienen de garantizar el acceso a las tecnologías y servicios en salud que requiere el paciente, toda vez que implemente acciones para prevenir la superación del presupuesto máximo.</p> <p>Así, al equiparar la financiación de tecnologías en salud y servicios con recursos UPC con la que se realiza con recursos de presupuesto máximo, se fortalecerá la gestión de las EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>En otras palabras, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas con respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud y la mejor disposición de las tecnologías en salud que requiera el usuario, manejando tanto las que están con cargo a la UPC, como las que venían siendo suministradas con cargo al Sistema General de Participaciones y las que anteriormente requerían realizar el proceso de recobro ante la ADRES. Por tanto, podrán las EPS desarrollar nuevas formas de contratación que les permitan gestionar el riesgo en salud de sus asegurados y los diferentes recursos, sin perjuicio a la prestación y el derecho al acceso por parte del usuario.</p>
900	2	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	COMENTARIOS GENERALES	<p>El proyecto de resolución de presupuesto máximo está redactado en funciones de mercado y contención del gasto, no en función de garantizar el derecho fundamental a la salud. Se contemplan diferentes mecanismos de control del gasto dentro del instrumento normativo -límites presupuestales, techos máximos de recobro-, pero no se contempla la necesidad de un monitoreo del paciente efectivo, ni el reporte de sus necesidades de salud, ni una atención integral del mismo.</p> <p>En realidad el Proyecto perjudica el desarrollo de otros mecanismos que garanticen la provisión de servicios y tecnologías en salud vía el aseguramiento, pues no soluciona el problema de fondo. De esta manera, solo define mecanismos de cobertura parcial, no incremental, sin esquemas de seguro y reaseguro que de una vez superen las dificultades de las "zonas grises de cobertura" que dejó la Ley Estatutaria en Salud, para lo aquello no incluido en el PBS.</p>		<p>La iniciativa de presupuestos máximo es parte de una estrategia integral que busca en su conjunto profundizar el ejercicio del derecho a la salud y a contribuir al acceso a las tecnologías y servicios de salud. Dicha iniciativa en lo fundamental desarrolla de forma objetiva la ley Estatutaria.</p> <p>Esta estrategia cambia la forma como se gestionaban un conjunto de servicios y tecnologías en salud, las que hoy se prescriben por la herramienta MIPRES. Se avanza de un mecanismo individual que en la operación causaba problemas en el flujo de recursos, en la financiación de parte de los actores, interpretación del derecho, ambiguo en las responsabilidades y gestión fraccionada a uno integral, con un flujo de recursos expedito, evitando ambigüedades en la garantía del derecho. Avanza de un mecanismo individual a uno colectivo.</p> <p>Por otra parte, se debe partir del hecho que las personas residentes en el país tenemos derechos a las tecnologías y servicios en salud que estén autorizadas en el país. El acto administrativo en consulta pública precisa que tecnologías se financian con una fuente determinada evita ambigüedades e interpretaciones subjetivas.</p> <p>Este acto administrativo soluciona la disponibilidad de recursos, desde la perspectiva de los medios un problema que hoy afecta la gestión de la salud en la cadena.</p> <p>No se entiende porqué argumenta que el proyecto está enmarcado en "funciones de mercado". El proyecto no interfiere en las relaciones entre los agentes y no fija precios, si es a esto a lo que se refiere. Por otra parte, el proyecto de resolución no busca contener el gasto, busca desde esta perspectiva que los recursos sean usados de forma eficiente y que sean gestionados por los responsables delegados institucionales, las EPS. Aspecto que no se condiciona en el estado actual de las cosas y que, en el Régimen Subsidiado, afectaba a los usuarios y pacientes. Esta iniciativa, unida a la centralización de la competencia de las tecnologías en salud y servicios no financiados con cargo a la UPC, es progresiva en la profundización del derecho a la salud de los afiliados al Régimen Subsidiado.</p> <p>Es importante señalar que el proyecto de Resolución plantea el seguimiento y monitoreo a EPS, IPS, operadores logísticos y gestores farmacéuticos. Desde esa perspectiva está contenido lo planteado por usted. No se debe perder de vista que la EPS debe perfilar el riesgo del paciente a partir de las tecnologías en salud y servicios financiados con UPC.</p> <p>Con respecto a su afirmación "que este proyecto perjudica el desarrollo de otros mecanismos que garanticen la provisión de servicios y tecnologías en salud", es necesario que especifique qué mecanismos se perjudican y en cuál sentido, pues la observación es muy amplia. Además usted dice que "no soluciona el problema de fondo", es necesario que desde su perspectiva indique cuál es el problema al que se refiere.</p> <p>En cuanto a su apreciación de la cobertura se debe señalar que la población afiliada al SGSSS tiene todo cubierto, aspecto profundizado desde la Ley 1751 de 2015. En tanto lo anterior, no es dable señalar que la "cobertura es parcial". El presupuesto máximo no afecta la cobertura, precisa la responsabilidad de la gestión de las EPS para lograr mejores resultados en salud.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
901	3	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	COMENTARIOS GENERALES	<p>De la misma manera genera incentivos perversos para la dilación y negación de la cobertura de las Tecnologías en Salud y Servicios Complementarios, dejando en manos de actores y agentes del sistema que han demostrado su ineficiencia y corrupción, los recursos asignados a la salud, dándoles nuevamente un margen a través del cual pueden retener dineros asignados exclusivamente a la salud. Es claro que las EPS propenderán por retener la mayor cantidad de recursos económicos evitando el suministro de las tecnologías y Servicios.</p> <p>4. No protege el derecho fundamental a la salud, mucho menos a través del denominado "mecanismo de protección individual" mencionado en la Resolución, el cual no tiene ningún asidero o antecedente jurídico en el marco regulatorio de nuestro sistema de salud.</p>		<p>Sobre su afirmación "genera incentivos perversos", el artículo 240 expresa que: "(...) El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos". Como puede observar el presupuesto máximo incentiva la gestión eficiente de recursos y deja la gestión de las tecnologías en salud y servicios No financiados con UPC en manos de las EPS.</p> <p>Sobre corrupción, si tiene alguna denuncia o evidencia de los hechos, por favor colocarlos en conocimiento de las autoridades correspondientes.</p>	
902	4	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	COMENTARIOS GENERALES	<p>Es incomprensible y además incorrecto desde el punto de vista de la salud pública, que el Ministerio de Salud utilice solamente la información obtenida de la base de datos de cobros y recobros para considerar los gastos de cobertura de las prestaciones y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud - PBS-.</p> <p>Bajo la disculpa de la impredecibilidad del comportamiento de la población y basándose solamente en los criterios económicos del recobro, el Ministerio de Salud establece un mecanismo ineficiente e inequitativo de cobertura sujeto a la instalación de topes financieros.</p> <p>Mientras La Unidad de Pago por Capitación (UPC) – aunque es pobre en su cálculo incluye condiciones demográficas, epidemiológicas, de utilización y necesidades en salud de la población colombiana para calcular los valores anuales de riesgo en salud que se transfiere a los agentes -EPS-, el cálculo de los techos presupuestales incluye información meramente económica de los recobros realizados a la ADRES.</p>		<p>La metodología aplicada para el cálculo de los presupuestos máximos es rigurosa y contiene en sí misma aquello que la población ha requerido, pues toma en consideración las cantidades suministradas que provienen de las prescripciones realizadas por el personal de salud autorizado para estos efectos. De hecho, la metodología hace énfasis en la proyección de las necesidades de los usuarios expresadas en las cantidades de tecnologías o servicios de salud demandados históricamente, no es por tanto una restricción económica.</p> <p>Para el efecto, se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos (etapas y formulaciones relativas al cálculo del VR, cantidades totales prospectivas, Delta, entre otros), de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS.</p> <p>Así, por una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximo en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, por otra parte, una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes (eliminandose el anexo 6 del proyecto de resolución).</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con todos los listados de los Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en notas técnicas en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes, a través de las cuales sea posible replicar los diferentes escenarios de Presupuestos Máximos.</p> <p>Se debe recordar que, cuando un médico prescribe una tecnología en salud, él está dando solución a un problema de salud de la persona y dicha prescripción expresa las condiciones del paciente como son su patología, necesidades en salud además de las condiciones de acceso a la tecnología en el país.</p> <p>El plan de desarrollo pretende en el artículo 240 establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS destinado a la gestión y financiación de un conjunto de tecnologías y servicios de salud observables y predecibles, los cuales hasta hoy eran recobrados por las EPS ante La ADRES o entregados por los entes territoriales a los pacientes, para conseguir así: i) fortalecer la gestión integral del paciente, al disponer la aseguradora de la información de la atención de sus asegurados y de los recursos de forma ex ante para financiar dichas tecnologías o servicios en forma similar a como ocurre en UPC; ii) equiparar los mecanismos colectivo e individual entre los regímenes contributivo y subsidiado, acortando las diferencias entre uno y otro régimen y haciendo imperceptible para el paciente diferencias de trato por pertenecer a uno u otro; iii) fortalecer la gestión de la EPS y por ende la atención integral del paciente con un trato equitativo entre los regímenes contributivo y subsidiado.</p> <p>El presupuesto prospectivo considera entonces: i) los Valores Máximos de Recobro/cobro –VMR (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas y vi) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas no han sido observadas).</p> <p>Además, es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES. Es preciso señalar que, la información es suficiente y válida, que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97% del valor respectivo. El presupuesto prospectivo se fija entonces para el conjunto de tecnologías que pueden ser predecibles, que fueron observadas en años anteriores y se centra en lo económico.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
903	5	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES Raras	COMENTARIOS GENERALES	<p>5. Es ilegal e inconstitucional en tanto pretende que agentes del Sistema de Salud, en este caso las EPS, demuestren la interposición de mecanismos jurídicos a las demandas legítimas de los usuarios del sistema para que aquellas puedan justificar los dineros que deben recaudar del ADRES por las prestaciones dadas a estos usuarios. Así mismo crea una nueva categoría de "exclusiones" de cobertura, no descrita en la Ley Estatutaria en Salud"</p> <p>Observamos con preocupación la indicación del Ministerio a las EPS de demostrar defensa judicial a los fallos de tutela, muchas veces siendo este instrumento la única forma de aseguramiento de los pacientes, especialmente los de Enfermedades Raras. Esta directriz incentiva el comportamiento adverso de la EPS de defensa jurídica para negar lo solicitado por el paciente y oponerse a sus pretensiones pues iría en contra de los "intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud" excederse en el presupuesto máximo asignado aun cuando el paciente necesite lo solicitado en las pretensiones de la tutela interpuesta.</p>		<p>En cuanto a los sujetos de especial protección, el Presupuesto Máximo no hace excepción alguna a las ya establecidas en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015; no obstante, para los sujetos migrantes está determinada la financiación en salud en la Ley del PND 2018-2022, artículo 232.</p> <p>El espíritu de este proyecto normativo es facilitar el acceso a las tecnologías en salud y servicios, lo cual propende por la reducción de tiempos de espera, sin dilaciones ni barreras administrativas, etcétera, las que en la actualidad conducen a los pacientes a recurrir a la tutela como mecanismo para acceder a la protección integral en salud; por el contrario, la EPS al recibir los recursos de forma ex-ante gestionará de antemano su modelo de atención y contratación, garantizando la continuidad, oportunidad y eficacia de prestación de las tecnologías que requieran sus pacientes.</p> <p>Ahora bien, con respecto a su preocupación por la defensa judicial, el Ministerio aclarará en el proyecto de resolución las actividades que deben surtirse en dichas actuaciones judiciales, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, la 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.</p> <p>Así mismo, se espera que en ejercicio de estas actuaciones la EPS o EOC realice 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 de Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de sistema de salud, entre otras.</p> <p>Dentro de las actuaciones mínimas de defensa que deberá adelantar la EPS en los procesos de acción de tutela, y que serán consideradas en cada caso particular, se encuentran: contestación de la acción de tutela 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 solicitando su revisión e insistiendo en su selección y contestación del incidente de desacato donde se argumente la imposibilidad del cumplimiento de la orden.</p> <p>En ejercicio de estas actuaciones la EPS 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 de Sistema General de Seguridad Social en Salud y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de Sistema de Salud.</p> <p>Por ejemplo, presentar la argumentación técnico-científica ante la prescripción y orden de tutela para la entrega de medicamentos en indicaciones no autorizadas por INVIMA o sin cumplir las condiciones exigidas por el fabricante para el correcto uso sin estar confirmado el diagnóstico o contar con la evidencia científica de su seguridad y efectividad clínicas, con el fin de que el juez pueda direccionar la demanda a quien tiene la responsabilidad. Otro ejemplo es el direccionamiento al sector responsable de garantizar el servicio, como puede ser al sector educación en el caso de solicitudes de servicios de educación especial, al ente territorial para acceder a los bancos de ayudas técnicas e incluso evitando la ejecución de peticiones irracionales que atenten contra la salud del paciente.</p> <p>Respecto de las exclusiones, la aplicación del mecanismo de presupuesto máximo no generará una nueva categoría para determinar las tecnología o servicios que sean excluidos de la financiación, si constituirá un acervo de tecnologías o servicios en salud que potencialmente se ajustan a los criterios de exclusión de la Ley 1751 de 2015, en el sentido de la evidencia científica. Cabe señalar que, el texto se ajustará para dar mayor claridad en el marco del procedimiento respectivo.</p>
904	6	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES Raras	COMENTARIOS GENERALES	<p>De igual forma, afecta directamente a los pacientes con enfermedades raras las disposiciones sobre la superioridad terapéutica o clínica de los medicamentos, teniendo en cuenta la irremplazabilidad de algunos de estos medicamentos, la imposibilidad de compararlos en términos de costo efectividad por lo dispuesto en el artículo 2.8.12.7 del Decreto 710 de 2018 y la forma de evaluación la cual se reduce exclusivamente al concepto del IETS sin tener en cuenta el caso puntual de cada paciente, yendo en contra de su tratamiento y derechos a la salud y a la vida.</p>		<p>Su aseveración de la "irremplazabilidad de algunos medicamentos" carece de soporte, no obstante, la competencia para identificar alternativas terapéuticas recae sobre el INVIMA, el IETS y en los interesados.</p> <p>El IETS verificará la evaluación de tecnologías en salud que presente el interesado, la evaluación se orienta a realizar la determinación de superioridad, equivalencia o inferioridad de medicamentos y analizará procedimientos nuevos, así como la estimación del valor. El IETS realizará la metodología específica en un tiempo límite de 3 meses contados a partir de la solicitud.</p> <p>Es importante resaltar lo descrito en la respuesta del punto anterior, por cuanto este Ministerio no desconoce el trato diferencial para la financiación de las tecnologías en salud dirigidas a los pacientes con enfermedades raras.</p>
905	7	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES Raras	COMENTARIOS GENERALES	<p>Por último, no entendemos como el Ministerio mediante resolución, decide ampliar en la práctica las causales de exclusión, yendo en contra de lo dispuesto por el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud.</p> <p>En conclusión, este instrumento propende por la contención del gasto mediante presupuestos máximos sin ofrecer mecanismos de fondo que aboguen por la universalidad y cobertura total de los servicios de salud para todos los pacientes. En caso de salir el texto como está propuesto se tomarán las acciones legales pertinentes para defensa de los derechos de los pacientes.</p>		<p>Con relación a su apreciación, se ha revisado el texto relacionado en relación con exclusión y se realiza el ajuste en la redacción para incorporar la tecnología con resultados inferiores al procedimiento técnico-científico de exclusiones.</p> <p>El presupuesto máximo es un instrumento que propende por proveer a los pacientes las mejores tecnologías en salud avaladas en el territorio colombiano, manteniendo presente la sostenibilidad del sistema.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
906	8	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Artículo 5.	Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo. Para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la Base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios sociales complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. En cuanto al Régimen Subsidiado, se tendrá en cuenta el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS por 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.	Observación: La descripción de las fuentes de información de este artículo no incluye los servicios no recobrados, los cuales sí se incluyen en la definición del artículo tercero de Cantidad Inicial. Si se toma en cuenta únicamente la base de datos de recobros, esto significa que el cálculo necesariamente tendrá un desfase correspondiente a los servicios dejados de administrar, así como a la información epidemiológica, clínica y de resultados en salud que no se captura. Es decir, calcular el presupuesto máximo con base en lo prestado y no en la necesidad de los pacientes, implica en la práctica un desfase en los presupuestos a asignar.	Se aclara que, la fuente de información para el cálculo del presupuesto máximo corresponde a las bases de recobros-cobros de la ADRES más las prestaciones realizadas por los entes territoriales de 2015 a 2018, es así como para medicamentos y APME se tuvo en cuenta una base total de 33.713.766 de registros administrativos, lo cual no es una muestra sino el universo completo de datos que lleva a mejores estimaciones. Así mismo, el anexo con la metodología se establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported), este tiene en cuenta aquellos servicios no reportados. Adicionalmente, se reitera lo dicho en comentarios anteriores, la información es suficiente y válida, sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo.  La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.  Las cantidades iniciales, presumen el uso adecuado de las tecnologías en salud una vez se ha agotado la atención con las financiadas con recursos de la UPC, por lo anterior dichas cantidades tienen en cuenta el suministro de la tecnología en cualquier parte del territorio nacional, la edad del paciente y su patología para la cual fue prescrita. Así las cosas, la metodología propuesta recoge las variables de riesgo necesarias para lograr la gestión integral de la enfermedad.  Los Presupuestos Máximos Anuales desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establecen la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados, por consiguiente estos elementos dan respuesta así a las necesidades de los diferentes actores del SGSSS, como lo son los afiliados, las aseguradoras y el Estado.  En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, se generaría un desfase en los presupuestos a asignar.
907	9	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Artículo 7.	Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República en el evento que no se disponga de información del suministro de los medicamentos, APME de los valores por UMC de cada EPS para cada Grupo Relevante. La ADRES comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el Presupuesto Máximo Final por cada EPS.	Observación: Esta medida debe ser el último recurso, por tanto se solicita al Ministerio que establezcan fechas fijas de reporte de la información a las EPS y consecuencias por la falta de reporte de la información para que el cálculo se haga sobre los datos reales y no un simple ajuste a la inflación, en detrimento de los pacientes.	El seguimiento y el respectivo reporte de la información acerca de la ejecución del presupuesto máximo será a través de la herramienta MIPRES, los RIPS que suministre la IPS y lo que solicite o determine en Ministerio.  Las IPS que no suministren la información de RIPS ni gestionen la herramienta MIPRES, no serán sujetas de incrementos en los valores contratados y podrán ser excluidas de las redes de prestación respectivas. En caso de no ser enviada la información por parte de las EPS o EOC, IPS, operadores logísticos y demás actores con la oportunidad y especificaciones solicitadas, la ADRES informará a la Superintendencia Nacional de Salud para ejerza sus funciones de IVC.
908	10	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Artículo 10	Parágrafo: Los recursos administrados en las cuentas maestras aquí previstas pertenecen al aseguramiento en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que tienen el carácter de inembargables, en los términos establecidos en el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia.	Incluir en este Artículo que los recursos además de inembargables, no pueden ser usados para propósitos diferentes a la prestación de servicios en salud	Con respecto a su solicitud de incluir en el texto expresamente que estos recursos “no pueden ser usados para propósitos diferentes a la prestación de servicios en salud”, se aclara que esto ya se encuentra normado tanto en la Constitución Política (artículo 48) como en la Ley Estatutaria de Salud (Artículo 25).
909	11	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Artículo 11.	Beneficiarios cuentas maestras del Presupuesto Máximo. Serán beneficiarios de la cuenta maestra del Presupuesto Máximo los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC; la respectiva Entidad Promotora de Salud, y las cuentas de las entidades financieras a través de las cuales se cumplan las obligaciones con los beneficiarios de la respectiva cuenta maestra. Excepcionalmente, podrán ser beneficiarios de las cuentas maestras las personas que en virtud de orden judicial se les deba reconocer directamente sumas de dinero por concepto de prestación de servicios y tecnologías no financiados con la UPC.	Observación: ¿A qué personas se refiere que podrán ser beneficiarios de las cuentas maestras?	Dados los comentarios de diferentes actores del SGSSS acerca de las cuentas maestras y sus beneficiarios, se eliminará lo relacionado con este tema en el acto administrativo.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
910	12	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES Raras	Artículo 12.	Transferencia del Presupuesto Máximo. La ADRES deberá transferir a las cuentas maestras que para tal fin hayan constituido las EPS, de forma mensual, el 100% de los recursos definidos en el anexo 6 de la presente resolución. La transferencia se realizará dentro de los 10 días primeros días del mes según corresponda. La primera transferencia del primer mes después de la aprobación de la presente resolución podrá realizarse en el mes subsiguiente. En todo caso en la transferencia mensual respectiva la ADRES tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS. Parágrafo: A partir del segundo año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS.	Observación: ¿No se entiende por qué se permitirían contingencias o desviaciones de los recursos de los presupuestos máximos de las EPS? ¿A cuáles contingencias y desviaciones se refiere? ¿Por qué no están definidas?	Todos los modelos económicos y particularmente los sociales, tienen un margen de error, que se refiere a esas variables exógenas, es decir que no se pueden controlar. Ejemplo de esto son las epidemias, las pandemias, las guerras, los fenómenos climáticos y migratorios, etc., que pueden llevar a desbordar la prestación de tecnologías en salud y servicios, por lo cual se presentarían desviaciones en el presupuesto máximo calculado. En este orden de ideas, La ADRES realizará el seguimiento, monitoreo y auditoría para identificar oportunamente las desviaciones y proceder a los ajustes.
911	13	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES Raras	Artículo 13.	No superación del Presupuesto Máximo. Para que no se presente la superación del Presupuesto Máximo las EPS deben gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos además deberán:	Observación: ¿En donde queda la responsabilidad del Ministerio de desarrollar las Rutas de atención, el desarrollo de protocolos de atención, el seguimiento y auditoría de la calidad de la prestación del servicio y la implementación de los Modelos y Rutas de atención por parte de las EPS? ¿Como garantizará el Ministerio de Salud el cumplimiento de la Circular 011 de 2016 para las Enfermedades Raras en cuanto a garantizar las redes de especialistas y centros de Referencia con personal calificado?	El Ministerio de Salud y Protección Social continuará trabajando por la integralidad de la atención en salud de la población a través de la formulación de rutas integrales de atención, protocolos, sistema de calidad; los cuales se configuran como herramientas que ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades. Este proyecto de acto administrativo no exime de la responsabilidad de realizar lo mencionado, sino que aporta en la sostenibilidad del SGSSS.  Los tratamientos para pacientes con enfermedades huérfanas prevalentes siguen estando garantizados por presupuesto máximo y para los nuevos también a través del recobro a la ADRES. Se debe señalar también que, los pacientes nuevos deberán estar o ser inscritos en el censo respectivo, vía SIVIGILA, y que el gobierno se guarda la potestad de reconfirmar diagnósticos, entre otros.
912	14	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES Raras	Artículo 13.	(...) 2. En el caso que las EPS generen ahorros en la vigencia respectiva, las EPS devolverán o transferirán a La ADRES el 60% de los ahorros dentro de los tres primeros meses de la vigencia siguiente. Los recursos transferidos a La ADRES se utilizarán para financiar las posibles superaciones de los presupuestos máximos de las EPS, previa verificación y justificación de las contingencias y desviaciones respectivas. En caso de que las EPS superen los valores del 60% la transferencia se realizará en forma proporcional a la desviación.	Observación: La mayoría de las EPS han reportado en el último debate de control político realizado en el Congreso de la República contar con déficit financiero dentro de sus estados. Con base en lo anterior, ¿Cómo se garantizará la devolución de estos recursos y evitar el mal uso en pago de deudas o desviación para otras actividades diferentes a la prestación de servicios de salud?	En relación con su pregunta con respecto a la devolución de recursos por el ahorro generado, y dadas las observaciones recibidas por varios actores del SGSSS, este tema se eliminará. Por consiguiente, reiteramos lo dicho en el comentario 10 acerca de la destinación específica de los recursos de la salud.
913	15	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES Raras	Artículo 13.	(...) El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la posible utilización de los recursos para otros usos cuando se determine una acumulación excesiva de los mismos.	Observación: ¿Cómo se determinaría la acumulación excesiva de los recursos? ¿Cuáles son los otros usos para los que se deberían utilizar los recursos? Cabe resaltar que los recursos de las cuentas maestras deben estar destinados exclusivamente a la prestación de servicios en salud por parte de las EPS.	Reiteramos la respuesta del punto anterior.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
914	16	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Artículo 13.	3. En caso de que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuadas a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Observación: La exigencia de demostrar defensa judicial a fallos de tutela incentiva el comportamiento adverso de la EPS de defensa jurídica para negar lo solicitado por el paciente y oponerse a sus pretensiones pues iría en contra de los "intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud" excederse en el presupuesto máximo asignado aun cuando el paciente necesite lo solicitado en las pretensiones de la tutela interpuesta.	En cuanto a su observación relacionada con la "defensa judicial adecuada", el Ministerio aclarará en el proyecto de resolución las actividades que deben surtir en dichas actuaciones judiciales, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, la 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. Así mismo, se espera que en ejercicio de estas actuaciones la EPS o EOC realice 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 de Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de sistema de salud, entre otras.
915	17	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Artículo 13.	4. Priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiar con recursos de la UPC.	Observación: No se entiende este numeral. No hay redacción adecuada? Por qué se va a priorizar la prestación de los servicios en virtud de la fuente de financiación	Es de mencionar que, la priorización hace referencia al escalonamiento del tratamiento del paciente, iniciando por las primeras opciones terapéuticas, las cuales están financiadas con cargo a la UPC.
916	18	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Artículo 16...	Parágrafo 1: Las EPS como responsables de la gestión realizarán seguimiento, monitoreo y auditoria según lo estimen conveniente y de conformidad con los mecanismos de contratación y acuerdo de voluntades.	Observación: El seguimiento Monitoreo y auditoria no puede ser realizado por la misma entidad ejecutora de los recursos sino por agentes externos. ¿Por qué el Ministerio de Salud no realiza estas funciones a través de la cuenta de Alto Costo o a través de otra entidad de vigilancia?	En torno a su apreciación se aclara que si habrá seguimiento a la ejecución del presupuesto máximo por parte del Ministerio de Salud, la ADRES (con las funciones de seguimiento y monitoreo), a través de MIPRES con la disposición de la información de prescripciones, suministros y facturación al alcance de la IPS y la EPS, además de las funciones de inspección, vigilancia y control propias de la Superintendencia Nacional de Salud.  La EPS es el primer filtro, pero no el definitivo para establecer alertas respecto a la superación del presupuesto máximo asignado.  En cuanto a emplear los mecanismos de la Cuenta de Alto Costo para el seguimiento, debemos aclarar que esta entidad es gobernada por la EPS y no es la indicada para estos efectos.
917	19	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Artículo 18.	Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando los contenidos en el artículo 20 del presente acto administrativo. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que: 1. El medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Igualmente, los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiados con cargo a dicha fuente.  2. Si un medicamento no incluido en	Observación: La superioridad terapéutica o clínica en muchos casos no puede ser medida sino a través de estudios de efectividad clínica, estudios de evidencia de la vida real o estudios de calidad de vida. Por lo tanto, determinar la superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica con base exclusivamente en un concepto del IETS puede afectar el acceso de los pacientes a diferentes alternativas terapéuticas. De la misma manera la inferioridad terapéutica del medicamento no puede equipararse a una exclusión con los recursos del sistema de salud, ya que la evaluación de costo efectividad no está dentro de los criterios reglados por el artículo 15 de la ley estatutaria en salud. Equiparar este resultado implica que se deba surtir la totalidad del proceso de exclusiones, incluyendo la etapa de consulta a pacientes afectados.	Con respecto a su apreciación, se debe mencionar que las Evaluaciones de Tecnologías en Salud (ETES) se desarrollan para el caso colombiano comparando la tecnología de interés con el total de tecnologías en la misma indicación. El resultado permitirá la medición de la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica de la tecnología de interés y el valor de la tecnología.  En cuanto al acceso a la tecnología en salud se destaca que para efectos de la financiación con el presupuesto máximo se ha definido una ruta a seguir, una de las cuales es la posibilidad de llevar las tecnologías con inferioridad terapéutica al procedimiento ya determinado para la definición de servicios o tecnologías excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud (Resolución 330 de 2017).

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
918	20	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Artículo 20.	Garantía de los demás Servicios y Tecnologías en salud. Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC, diferentes a los que son objeto de la presente resolución y a los excluidos explícitamente de financiación con recursos públicos asignados a la salud, continuarán siendo garantizados a los afiliados al bajo el principio de integralidad, y su reconocimiento y pago se efectuará en los términos de la Resolución 1885 de este Ministerio o la norma que la modifique o sustituya, hasta tanto se concluya con los análisis para la definición de su presupuesto máximo.	Este mecanismo subsistente de recobro genera que las EPS por un incentivo de mercado y seguridad financiera, no prioricen los servicios no cubiertos por medio de techos presupuestales y que persistan los problemas que los recobros ya generaban.	Se aclara que, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a la UPC y con el presupuesto máximo, seguirán por integralidad siendo garantizados por las EPS, y su liquidación, reconocimiento y pago, conforme al proceso de verificación y control que adopte la ADRES.
919	21	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Parágrafo 5.	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, sin importar su superioridad.	El parágrafo 5 contradice lo dicho en el aparte que menciona la exclusión automática de cobertura de servicios en salud. ¿Quiere decir que si la tecnología es más barata aunque no haya demostrado superioridad terapéutica se incluye automáticamente en la cobertura? No muestra esto el afán contencioso del gasto del Ministerio al recibir tecnologías de menor valor terapéutico en detrimento de la salud de los pacientes?	El parágrafo determina que, si el medicamento es superior terapéuticamente a otros y además representa ahorros en el tratamiento entendidos como reducción de efectos adversos, reingresos a los servicios de urgencias u hospitalización y días de estancia hospitalaria, se considera financiados con el presupuesto máximo.
920	22	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES RARAS	Artículo 40.	Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos. 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 hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses. En todo caso, si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de medicamentos suministrados de	Observación: En aras de actuar preventivamente, el control realizado por la ADRES debería ser en línea, en tiempo real.	Con respecto a su solicitud se aclara que, en este proyecto de acto administrativo no se incluyen procesos y procedimientos internos de La ADRES, sino que se establece las reglas a alcanzar para el Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos en forma trimestral, será entonces La ADRES quien publique el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo para su desarrollo e implementación. Dicho proceso incluye la transferencia y control de los recursos, las auditorías y demás actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación, valiéndose de la determinación de los factores que permitan evidenciar la ejecución de los recursos del Presupuesto Máximo. Cabe mencionar que, el seguimiento y monitoreo procede como mínimo para EPS, operadores logísticos, gestores farmacéuticos e IPS.  El pasado 28 de enero, se expidió la Resolución 094 de 2020, "por la cual se imparten lineamientos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES", en la cual se hace referencia a: i) la implementación de un Sistema de Monitoreo por Alertas (SAA) de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC con cual identifica, analiza y verifica el comportamiento y los resultados de los procesos y agentes intervinientes en la prescripción, prestación, suministro y facturación de dichos servicios y tecnologías, y ii) el desarrollo del proceso de verificación, control, reconocimiento, pago, liquidación y giro de aquello que no sea financiado con el presupuesto máximo o la UPC.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
921	23	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES Raras	Artículo 44.	Servicios Sociales Complementarios. Los servicios sociales complementarios se considerarán incluidas en la financiación con cargo al Presupuesto de conformidad con la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Parágrafo: Los servicios sociales complementarios serán financiados para las personas afiliadas al régimen contributivo de acuerdo a su capacidad de pago, para tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la progresividad, entre tanto.	Observación: El parágrafo del Artículo 44 desconoce las exenciones establecidas para las enfermedades catastróficas y de alto costo, al establecer implícitamente la aplicación de copagos y cuotas moderadoras para la población que sufre este tipo de enfermedades, de los cuales están exentos también los pacientes del régimen Contributivo.	Este proyecto de acto administrativo no modifica otras normas, por tanto las exenciones de copago y cuota moderadora no se afectan y en este artículo se refiere a quienes no gozan de este beneficio y tienen capacidad de pago para acceder a los servicios complementarios listados en Mipres.  Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES.
922	24	3/01/2020 2/01/2020	202042300009132 202042400006412	Eliana Sepúlveda Bedoya Directora Ejecutiva	FEDERACIÓN COLOMBIANA DE ENFERMEDADES Raras		SOLICITUDES DE MODIFICACION DE TEXTO Solicitamos en virtud de lo mencionado anteriormente responder a nuestras inquietudes y observaciones y realizar las siguientes modificaciones al texto propuesto: Artículo 13. Numeral 4 Retirar texto: 4. Priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiar con recursos de la UPC. Artículo 18. Numeral 2 Retirar texto: 2. Si el medicamento es inferior terapéuticamente se considerará como una exclusión Artículo 13. Numeral 3 Retirar Texto:  Artículo 44. Parágrafo Retirar texto: Parágrafo: Los servicios sociales complementarios serán financiados para las personas afiliadas al régimen contributivo de acuerdo a su capacidad de pago, para tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la		De acuerdo con su solicitud y en concordancia con las observaciones hechas por diversos actores del SGSSS se tomaron las siguientes determinaciones: • Se retira el tema referente a ahorros. • En el texto del acto administrativo se dejará explícita la articulación de los resultados de la Evaluación de tecnología en salud con con el Procedimiento técnico-científico y participativo de exclusiones que fue determinado por la Ley 1751 de 2015 (artículo 15) y adoptado medianete la Resolución 330 de 2017.  De una parte, sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error fue ajustado.  De otra parte, con relación a los servicios complementarios, se especifica que son financiados por el sistema de salud en correspondencia con la capacidad de pago del afiliado al régimen contributivo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
923	1	3/01/2020	202042300009142 202042300003232	Oscar Cañón Pricing & Reimbursement Mgr, Health Systems	Astellas Farma Colombia	Artículo 18. Medicamentos, APME; Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Numeral 2. "Si un medicamento o no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior en sobrevida a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo" Artículo 19: "Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y hayan demostrado una ganancia en sobrevida respecto a los medicamentos existentes en el país"	Incluir como criterio para NO financiar con cargo al Presupuesto Máximo y servicios Sociales Complementarios los nuevos medicamentos que han demostrado un aporte en sobrevida frente a las alternativas comercializadas en el país. De la siguiente manera. "Si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior en sobrevida a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo"	Acotar la financiación por fuera de presupuesto máximo a aquellas nuevas alternativas que tiene un impacto en desenlaces duros como la sobrevida.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que dentro de los desenlaces terapéuticos y clínicos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se encuentra incluido el desenlace de sobrevida; éstos deben ser verificados por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) cuando fuera necesario.  En todo caso, es a la Empresa Promotora de Salud (EPS) a través de su gestión, a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo; por lo cual no será objeto de recobro/cobro.  Por otra parte, con relación a su solicitud de inclusión de ganancia en la sobrevida, dentro de los servicios y tecnologías en salud NO financiadas con cargo al Presupuesto Máximo, es preciso indicar que no aplicaría en razón a que éstas hacen referencia a aquellos medicamentos que son incluidos en normas farmacológicas y no tengan alternativas terapéuticas; para los cuales ya se habrá realizado el proceso de evaluación terapéutica y clínica, y por tanto, son objeto de recobro/cobro hasta tanto no se defina su financiación con cargo al Presupuesto Máximo.
924	1	7/01/2020	202042300011632	Ivan Andrés Higuera S. HE&R Manager Colombia and México Medical Devices	Abbott Laboratories	Anexo 5	Consideramos que el valor de referencia asignado al código 879904 TOMOGRAFIA DE COHERENCIA OPTICA ENDOVASCULAR (INTRAVASCULAR) no refleja el valor de la tecnología.	Aunque por integralidad su valor está dentro de procedimientos de hemodinamia financiados por la UPC en su gran mayoría, encontramos que el valor de referencia asignado no refleja el costo de esta tecnología.	Con relación a sus observaciones es imprescindible aclarar que, conforme lo establece el artículo 58 de la Resolución 3512 de 2019, el principio de integralidad aplica para todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y no entre categorías y subcategorías de procedimientos; razón por la cual el procedimiento 879904 TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA ENDOVASCULAR (INTRAVASCULAR) no se debe entender cubierto por la prima de aseguramiento (UPC), tal como lo afirma en sus comentarios.  Se debe recordar que todos los procedimientos contenidos en la categoría 8799 están financiados con recursos de la UPC, salvo la subcategoría 879904. (Ver Anexo 2 de la Resolución 3512 de 2019)  Por otra parte, se debe advertir que los valores de referencia de procedimientos se calcularon con base en los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes a la misma; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Sin embargo, dadas sus apreciaciones, y considerando las observaciones realizadas por distintos actores respecto al tema, esta cartera ministerial está evaluando ajustar dentro de la metodología de cálculo de los valores de
925	1	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 7.	Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el punto medio del <u>rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República en el evento que no se disponga de información del suministro</u> de los medicamentos, APME de los valores por UMC de cada EPS para cada Grupo Relevante. La ADRES comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el Presupuesto Máximo Final por cada EPS.	De esto se entiende que en caso que si se cuente con la información, se tomaría una cálculo de proyección de incremento de precios?. Es importante tener en cuenta lo restringido que puede ser el parámetro de la inflación objetivo con respecto a las dinámicas reales.	Con el fin de dar claridad a las inquietudes manifestadas en relación con lo estipulado por el artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, este Ministerio se permite hacer las siguientes precisiones:  1. Los valores de referencia no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. Lo valores de referencia tienen como objeto ser utilizados para el cálculo del presupuesto máximo.  2. En este sentido, los valores de referencia son indexados a 2020 y las cantidades reflejan la participación de las EPS en particular. Dado que en este proyecto de acto administrativo no se constituyen precios de mercado, entonces no es posible usar IPC. Por tanto, los valores de referencia para las vigencias siguientes se ajustarán con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República.  En consecuencia de lo anterior y a fin de dar mayor claridad al respecto, se informa que este Ministerio esta evaluando la posibilidad de modificar el articulado en el sentido de establecer que: El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajuste con base:  1.En el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República para los valores de referencia, PRI, valores máximos o valores promedio de las EPS, siempre y cuando no supere los VR. 2.En el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. El reporte se deberá realizar en los tiempos y condiciones establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.  En el evento que no se disponga de información del suministro y valores de los servicios y tecnologías en salud objeto del presente acto administrativo y para cada Grupo Relevante el Ministerio de Salud y Protección Social calculará el Presupuesto Máximo con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República.  La ADRES comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el Presupuesto Máximo Final por cada EPS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
926	2	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 10.	Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos.  <u>6. Los ingresos de la cuenta maestra no podrán superar el monto autorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social por concepto de presupuesto máximo.</u>	Exceptuando los ingresos por rendimientos financieros de la cuenta.	Respecto a sus inquietudes planteadas al Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos, particularmente sobre exceptuar los ingresos por rendimientos financieros de la restricción, este Ministerio determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.
927	3	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 12.	Transferencia del Presupuesto Máximo  Parágrafo: A partir del segundo año, cada año <u>se dispondrá del 5%</u> de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS.	¿Quién debe disponer? ADRES?	En cuanto al párrafo del artículo 12 en el cual se establece que a partir del segundo año, cada año se dispondrá del 5% del total de los presupuestos máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los presupuestos máximos de las EPS, este Ministerio comunica que dicho párrafo se elimina del proyecto normativo en cuestión.
928	4	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 13.	No superación del Presupuesto Máximo. Para que no se presente la superación del Presupuesto Máximo las EPS deben gestionar entre otros aspectos modelos de atención, <u>las formas de contratación</u> , la conformación de redes de prestación de servicios de salud, los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos, además deberán:	Con sus respectivas notas técnicas.	En consideración a su recomendación de incorporar en el artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, la anotación "con sus respectivas notas técnicas", este Ministerio considera procedente tal inclusión, en tanto lo anterior el artículo se modificará en lo pertinente, en el sentido de expresar que, para que no se presente la superación del Presupuesto Máximo las EPS deben gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación soportadas en sus respectivas notas técnicas, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos...
929	5	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 13.	1. En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, <u>realizar los ajustes a los valores de referencia.</u>	¿Bajo qué mecanismo?	En atención a la inquietud referente a qué mecanismos utilizar para realizar los ajustes a los valores de referencia, cuando se determine que existe riesgo de superar el presupuesto máximo; este Ministerio le manifiesta que es un aspecto que debe incorporarse a través de los mecanismos de contratación y acuerdos de voluntades establecido entre los actores a intervenir.
930	6	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 13.	2. En el caso que las EPS generen ahorros en la vigencia respectiva, las EPS devolverán o transferirán a La ADRES el 60% de los ahorros dentro de los tres primeros meses de la vigencia siguiente. Los recursos transferidos a La ADRES se utilizarán para financiar las <u>posibles superaciones de los presupuestos</u> máximos de las EPS, previa verificación y justificación de las contingencias y desviaciones respectivas. En caso que las EPS superen los <u>valores del 60%</u> la transferencia <u>se realizará</u> en forma proporcional a la desviación.	¿Cuál es el incentivo para que no se formen carteles o formas de integración que presionen al alza de los valores y, por tanto, resulte en una desviación constante.  revisar redacción si hace referencia a los valores del 60% o al valor máximo. En caso se de ser a los valores del 60% no se entiende.  revisar : "se debe realizar" o "se realizará"	En relación con las inquietudes planteadas respecto de lo estipulado en el artículo 13 del presente proyecto normativo, concernientes a la constitución de un incentivo para que no se formen carteles o formas de integración que presionen al alza de los valores, resultando en una desviación constante, así como las revisiones en la redacción, se manifiesta que al respecto este Ministerio se encuentra estudiando el realizar modificaciones al numeral 2 del artículo 13.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
931	7	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 13.	En el evento que existan recursos disponibles sobre los recursos devueltos o transferidos a la ADRES, una vez cubiertos las contingencias o desviaciones de los presupuestos máximos, La ADRES transferirá el 60% de dichos recursos a las EPS <u>según corresponda</u> o en forma proporcional al valor total transferido, <u>cada tres años</u> . Las EPS que hayan sido beneficiarias de los recursos del presente numeral no participaran en la transferencia de los recursos disponibles. El 40% restante alimentará los recursos para financiar contingencias y desviaciones en cada vigencia, ello para financiar posibles riesgos de superación de los Presupuestos Máximos, así como para financiar las tecnologías prevista en el artículo 20 de la presente resolución, y así sucesivamente.	Qué significa según corresponda, además de en forma proporcional cómo mas se podría hacer la devolución de dichos recursos?  ¿Qué implicaciones tiene que sea cada tres años?	En atención a los comentarios del presente numeral, me permito informarle que por tratarse del artículo 13, de la misma manera que se le comunico en la observación anterior, se manifiesta que al respecto este Ministerio se encuentra estudiando el realizar modificaciones al numeral 2 del artículo 13.
932	8	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 13.	El porcentaje restante (40%) de lo ahorro generado por la EPS serán utilizados por las EPS para financiar los posibles riesgos de superación de los Presupuestos Máximos, así como para financiar las tecnologías previstas en el artículo 18 de la presente resolución.	esto está en el párrafo 2 del numeral dos, puede generar mal interpretaciones volver a mencionar la destinación del 40%.	De la misma manera que en las dos observaciones anteriores, se manifiesta que al respecto este Ministerio se encuentra estudiando el realizar modificaciones al numeral 2 del artículo 13.
933	9	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 13.	3. En caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	y la negociación de contratos adecuada, y en caso de corresponder a un caso de abuso de posición dominante, que se demuestre la investigación y trámite ante la SIC	En consideración a su solicitud de incorporar en el artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, las siguientes situaciones adicionales a la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales, como son: "y la negociación de contratos adecuada, y en caso de corresponder a un caso de abuso de posición dominante, que se demuestre la investigación y trámite ante la SIC", este Ministerio no considera procedente tal inclusión, en tanto hacen parte del fuero de las competencias de inspección, vigilancia y control. Adicionalmente, se considera que La ADRES no es la entidad llamada a calificar la "adecuada negociación de contratación" en el marco de la solicitud de revisión y ajuste del presupuesto máximo.
934	10	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 13.	4. Priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en <u>salud financiar</u> con recursos de la UPC.	falta preposición	Teniendo en cuenta la observación sobre la carencia de una preposición en el numeral 4 del artículo de artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, con el fin de dar claridad a la redacción, este Ministerio procederá a realizar la modificación del respectivo texto.
935	11	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 19.	Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios.  <u>viii. Los Procedimientos nuevos</u>	¿Cómo entra dentro de los cálculos este tipo procedimientos, cuando no se cuenta con información histórica?	Sobre su inquietud relacionada con "¿Cómo entra dentro de los cálculos este tipo procedimientos, cuando no se cuenta con información histórica?", es importante anotar que los servicios y tecnologías incluidos en los listados de los anexos del presente acto normativo, no hacen referencia a coberturas, se trata de un referente de valores para el cálculo del presupuesto máximo.  Ahora bien, como lo establece el articulado del proyecto normativo, los procedimientos nuevos no hacen parte de la financiación por presupuesto máximo, razón por la cual no hacen parte de tal metodología. Así las cosas, tal como lo señala el articulado en el proyecto de resolución, La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), determinará los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo.
936	12	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	CAPÍTULO I	MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS PARA <u>PROPOSITO</u> MÉDICO ESPECIAL- APME	propósito	Se acepta la observación de corrección ortográfica de la palabra "PROPÓSITO", en el siguiente título: MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS PARA PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL- APME
937	13	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 41.	Deber de Información. <u>Será responsabilidad de la EPS suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación 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.</u>	Debería ser un único sistema de recepción de información que permita la consulta a ADRES, Minsalud y Supersalud, de acuerdo a sus competencias.	En efecto, se trata de un único sistema de recepción de información concebido a través de un proceso estructurado que, a partir de unos parámetros de solicitud y presentación de la información, realiza un procesamiento tendiente a la verificación de la calidad y cobertura, conformación de la base de datos y retroalimentación. Es así como este Ministerio dispone de una solución tecnológica la cual permite realizar la recepción, validación y retroalimentación de la información enviada por las EPS de una manera integrada, óptima y segura, garantizando no solamente la calidad de información que se considere para la determinación de los valores de referencia utilizados en la metodología para el cálculo del presupuesto máximo, sino también la confiabilidad, transparencia de los procesos y consulta de la información mediante SISPRO a los actores involucrados.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
938	14	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 41.	Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social con la participación de las EPS definirán el mecanismo que permita que la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS se conecten y faciliten el reporte de información y el respectivo seguimiento, sin perjuicio de los <u>reportes de información</u> que deben realizar las EPS en el marco de lo dispuesto en el presente acto administrativo.	más reportes de información? o estamos hablando de la disponibilidad de soportes para la verificación o requerimientos posteriores al análisis de la información ?	En este sentido, este Ministerio se permite aclarar que el articulado hace referencia a la optimización de la herramienta MIPRES como fuente de información en sus módulos de suministro y facturación, en el entendido que en el primero se obtienen los principios activos y en el segundo las cantidades expresadas en CUM de los primeros, por lo cual esta información debe ser concordante, situación que en la actualidad no cuenta con un nivel óptimo de reporte, haciendo necesaria una fuente adicional de información a través de la solicitud directa a las EPS. En consecuencia, estos reportes adicionales de información tienen la razón de complementar la carente información obtenida de la herramienta MIPRES, hasta que esta última logre su alcance en la totalidad.
939	15	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 42.	Trámite de la información <u>Bimestral</u>	si el pago es mensual, ¿por qué se solicita la información bimensual?	Efectivamente, los pagos se realizan de manera mensual, sin embargo estos no son condicionantes al reporte de la información, toda vez que el proceso de transferencia de recursos se encuentra a cargo de La ADRES, mientras que el reporte de información tiene como objeto el estudio del presupuesto máximo para el seguimiento de la vigencia 2020 y la proyección del presupuesto máximo del año 2021 de responsabilidad de este Ministerio.
940	16	7/01/2020	202042300011622	Giselle Vesga Asesora Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgo	Supersalud	Artículo 43.	No envío de la información. En caso de no ser enviada la información por parte de las EPS 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.	Se podría evaluar la posibilidad de incluir otro tipo de incentivos adicionales a los de las multas. Cómo por ejemplo pegarse a una valor promedio o un piso, para aquellas EPS que no reporten la información completa. Surge la inquietud cómo se harían los cálculos para las EPS que reportan información incompleta o de baja calidad.	En consideración a la sugerencia para establecer sanciones a las EPS que no cumplan con la obligación de reportar información, con el debido nivel de detalle y en los tiempos solicitados por el Ministerio de Salud, es importante tener en cuenta que el proyecto normativo contempla en el articulado, lo siguiente:  "En caso de no ser enviada la información por parte de las EPS o IPS 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."  Por lo anteriormente señalado y en concordancia con la normatividad vigente, debe tenerse en cuenta que los correctivos a que hace referencia el articulado del acto administrativo en cuestión, tienen entre otras implicaciones las que se relacionan a continuación:  La Ley 1438 de 2011, establece las sanciones por la no provisión de información cuando haya incumplimiento con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), dentro de estas medidas también se contemplan la suspensión de giros y la revocatoria de la certificación de habilitación a EPS y prestadores de servicios de salud.  No obstante lo anterior y para efectos de atender las solicitudes de los diferentes actores al respecto, este Ministerio estudia modificar el articulado del proyecto normativo, en el sentido de establecer que en el evento que no se disponga de información del suministro y valores de los servicios y tecnologías en salud objeto del presente acto administrativo y para cada Grupo Relevante el Ministerio de Salud y Protección Social calculará el Presupuesto Máximo
941	1	31/12/2019	201942302095752 201942302095722	ANDRES BARRAGAN TOBAR Director unidad de Salud	COMPENSAR	Tabla 1. Gasto percapita del No PBS Vs promedio del sistema	Presentada en la tabla 1, en donde se resume el gasto percapita de los servicios y tecnologías no PBS de Compensar EPS, vs. El promedio del sistema, observamos que el valor radicado percapita 2019 (\$160) es significativamente menor al del promedio general (\$249). Esta situación, unida a la proyección de esfuerzo que tiene que generar nuestra EPS para alcanzar el valor percapita propuesto para 2020 (\$119) planteado por el proyecto de resolución, pone a la EPS Compensar en un escenario de esfuerzo de ahorro percapita bastante exigente en comparación con las demás EPS y en general con el promedio del sistema		El propósito del presente proyecto normativo es el de establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud no cubiertas por la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.  El presupuesto máximo considera entonces: i) los Valores Máximos de Recobro/cobro –VMR (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas, vi) en procedimientos en salud los valores recobrados por persona, y vi) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas no han sido observadas). Además, es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES.  Se espera de la EPS un escenario de gestión que permita la eficiente ejecución del presupuesto máximo adjuntado. No es correcto que se entienda como que generar ahorro per cápita comparado con otras EPS, es la estrategia.
942	2	31/12/2019	201942302095752 201942302095722	ANDRES BARRAGAN TOBAR Director unidad de Salud	COMPENSAR	Comentario General	Como resultado de un ejercicio interno, en donde se calculó el valor de recobro, observamos que el valor de presupuesto (sin incluir el Q delta) debería ser de aproximadamente \$197,512 millones de pesos. Este valor estaría un 3,37% por debajo del presupuesto propuesto en el proyecto de resolución (190,862 millones de pesos), impactando significativamente el monto presupuestal que se tendría para cubrir Medicamentos, Alimentos APME y procedimientos y servicios sociales complementarios de nuestros afiliados		Se precisa que para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto esta medida no se constituye per se en una regulación de precios por cuanto para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES.  Sobre los servicios sociales complementarios se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Se menciona que los valores de referencia fueron los utilizados para el cálculo de presupuesto máximo para cada EPS. El modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías  Es la gestión de las EPS la que llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
943	3	31/12/2019	201942302095752 201942302095722	ANDRES BARRAGAN TOBAR Director unidad de Salud	COMPENSA R	Comentario General	Basados en un análisis que tomó como muestra siete medicamentos y que se presentan a continuación en la tabla 3, hemos identificado un crecimiento significativo en el valor de recobro de algunos productos para el año 2019. Este hecho nos da indicios que sobre algunos medicamentos específicos, el valor del Q ajustado puede no estar representando la realidad del aumento en los valores de recobro y que esto puede afectar sustancialmente el valor de presupuesto para cubrir estos productos no PBS.		La metodología tiene el componente de IBNR y dos deltas (el de 2019 y el de 2020) por lo que no solo contempla un ajuste advirtiendo también que el IBNR se calculó teniendo en cuenta la información disponible a junio de 2019. Se describe la metodología en el artículo 6
944	4	31/12/2019	201942302095752 201942302095722	ANDRES BARRAGAN TOBAR Director unidad de Salud	COMPENSA R	Comentario General	Observamos que en proyecto de resolución se plantea un listado bastante detallado de procedimientos y servicios complementarios, particularmente del ámbito de la salud oral, que en determinado contexto podría generar dudas sobre su cubrimiento por estar enmarcado dentro de las exclusiones y/o procedimientos con fines estéticos.		<p>El presente proyecto normativo no tiene como alcance definir coberturas. Los valores de referencia se calcularon tomando como base los reportes administrativos de valores cobrados/recobrados a ADRES por tecnologías y servicios suministrados no financiados con recursos de UPC, suministrados a los paciente, información que incluyo lo correspondiente a fallos de tutela.</p> <p>Los servicios y tecnologías en salud a financiar con recursos de presupuestos máximo no incluyen las referidas en el artículo 19 del presente proyecto normativo, ni lo financiado por UPC ni las explícitamente excluidas de financiación con recursos públicos. La financiación de tecnologías y servicios de salud incluye los fallos de tutela razón por la cual la EPS debe incluir dentro de su gestión, la óptima defensa judicial de los fallos de tutela (numeral 3 artículo 13)</p>
945	5	31/12/2019	201942302095752 201942302095722	ANDRES BARRAGAN TOBAR Director unidad de Salud	COMPENSA R	Comentario General	En el proceso de prepiar la metodología propuesta en el proyecto de resolución con nuestros datos, hemos encontrado la dificultad de encontrar una herramienta o tabla de homologación, que permita realizar el agrupamiento de los diferentes medicamentos dentro de los grupos relevantes, lo que conlleva a realizar un proceso manual que toma bastante tiempo para validar los resultados del presupuesto y la metodología planteada.		<p>Actualmente existen bases de datos disponibles a nivel nacional para poder clasificar los medicamentos según grupo relevante. Ahora bien los valores de referencia se establecen a nivel de principio activo y forma farmacéutica tal como aparece en anexo 3 publicado y no hacen distinción por presentación, marca comercial o concentración.</p> <p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p>
946	6	31/12/2019	201942302095752 201942302095722	ANDRES BARRAGAN TOBAR Director unidad de Salud	COMPENSA R	Comentario General	Se considera de suma importancia tener en cuenta dentro del cálculo del presupuesto, los diferentes cambios de población presentados en 2019, particularmente con los traslados realizados desde EPS objeto de medidas por parte de la Superintendencia de salud.		<p>Es importante recordar que para efectos del traslado de afiliados derivadas de situaciones que afectan la operación de las EPS como son: retiro o liquidación voluntaria, revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación, o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar, la normatividad vigente (Decreto 780 de 2016, artículos 2.1.11.1 y siguientes) contempla un mecanismo excepcional y obligatorio de asignación y traslado de los afiliados de las EPS a fin de garantizar la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo o Subsidiado, prevé con el traslado de los recursos del presupuesto máximo garantizar la continua prestación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC en los eventos de liquidación de EPS.</p> <p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
947	1	30/12/2019	201942302087472	GABRIEL MESA NICHOLLS Gerente de EPS Sura	EPS SURA	Comentario General	<p>El proyecto de resolución que define la metodología de Presupuestos Máximos establece que las desviaciones a dichos presupuestos se financian con los ahorros generados por las otras EPS, pero, a su vez, deja implícito que no existirán recursos adicionales para financiar dichos faltantes. Lo anterior, supone que las EPS asumirán desviaciones que no están soportadas en la definición técnica de una prima; este hecho pone en peligro no solo la sostenibilidad de las compañías aseguradoras sino también el equilibrio financiero del sistema, pues se traslada la responsabilidad última en las EPS, sin que sean definidos claramente los límites en el marco de los cuales las compañías aseguradoras deberán garantizar el derecho a los usuarios cuando las necesidades en salud excedan el tope presupuestal para los servicios y tecnologías NO PBS.</p>		<p>Frente al primer aspecto en el cual se considera inadecuado la manera en que, bajo la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, se pretende trasladar el riesgo de los servicios y tecnologías en salud NO PBS a las EPS, generando un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas, de igual manera establece que el Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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”.</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud de que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son contruidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
948	2	30/12/2019	201942302087472	GABRIEL MESA NICHOLLS Gerente de EPS Sura	EPS SURA	Comentario General	<p>en el marco de lo presentado en el proyecto de resolución, consideramos inadecuada la manera en que, bajo la metodología propuesta, se pretende trasladar el riesgo de los servicios y tecnologías en salud NO PBS a las EPS, como únicos responsables por el exceso de Presupuestos Máximos, y sin considerar los diversos actores y factores que determinan el comportamiento de este tipo de servicios y tecnologías. Por ello, de transitar hacia un nuevo modelo de financiación es preciso que la metodología incluya cada uno de los siguientes aspectos (desarrollados a continuación), y que consideremos esenciales para ser sujetos de aseguramiento.</p> <p>1. Medición de riesgo que considere aspectos claves de la población en materia de exposición al riesgo en salud y en el consumo que deriva.</p> <p>2. Metodología que incorpore una visión integral de la administración de los servicios y tecnologías NO PBS fundamentada en la gestión del riesgo y articulada con el Plan de Beneficios de Salud.</p> <p>3. Definición de una prima equitativa, suficiente y representativa.</p> <p>4. Cuantificación del capital necesario para asumir los riesgos asociados a los servicios no financiados con la UPC.</p>		<p>Frente al primer aspecto en el cual se considera inadecuado la manera en que, bajo la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, se pretende trasladar el riesgo de los servicios y tecnologías en salud NO PBS a las EPS, generando un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas, de igual manera establece que el Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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”.</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud de es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son contruídos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
949	3	30/12/2019	201942302087472	GABRIEL MESA NICHOLLS Gerente de EPS Sura	EPS SURA	Comentario General	<p><b>1. Medición de riesgo que considere aspectos claves de la población en materia de exposición al riesgo en salud y en el consumo que deriva.</b></p> <p>Con el fin de que sea redefinida una metodología que atienda a las necesidades de la población en materia de servicios y tecnologías NO PBS, reconozca los roles y responsabilidades que a cada actor le asiste y propenda por un equilibrio entre el gasto y el ingreso, ponemos en consideración del Ministerio de Salud las siguientes propuestas para la definición y cálculo de los Presupuestos Máximos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ajuste de riesgo por consumo de población que permita representar de manera ajustada el uso de estas tecnologías en cada EPS. Para lo anterior, se sugiere que los grupos relevantes se agrupen con el fin de capturar de manera adecuada el aumento en las frecuencias para los distintos grupos de riesgo. La metodología propuesta en el proyecto de resolución no considera variables de riesgo que permitan caracterizar la población para permitir a las EPS generar una ruta óptima de gestión de cara a la disminución gradual del uso de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, debido a que nos propone un análisis por Grupos Relevantes sin considerar las características poblacionales de cada EPS dentro del SGSSS como sí lo considera el cálculo de la UPC para prestaciones PBS. Esta falencia hace que el cálculo del Presupuesto Máximo sea inequitativo, posiblemente insuficiente y deje de ser representativo para para muchas EPS que tengan mayor carga de enfermedad, lo que vulnera las condiciones que por definición debe tener una prima de seguro. La propuesta del ajuste por riesgo busca mitigar dicha falencia, considerando los diagnósticos más relevantes en el consumo del NO PBS (tomando como ejemplo lo realizado en la Cuenta de Alto</li></ul>		<p>El propósito del proyecto de resolución consiste en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud, que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivos e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>Lo anterior al considerar cada uno de los siguientes elementos: i) los Valores Máximos de Recobro/cobro –VMR (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas, vi) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas y vii) transferencia ex ante de los recursos. Además, es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES, así como variables que caracterizan intrínsecamente la población de cada EPS permitiendo que estas generen rutas óptimas para la gestión integral del riesgo.</p> <p>Así las cosas, se reitera que la metodología permite llevar a cabo una prospección que responde a los riesgos en salud de la población afiliada y es equitativa al garantizar las necesidades que históricamente han requerido los afiliados y que se actualizan con la estimación de los crecimientos de estas necesidades a partir de los datos del sistema.</p> <p>Para precisar estos aspectos recordemos algunos elementos relacionados con la determinación de la demanda desde una perspectiva de la teoría económica. Dadas las particularidades del sector de la salud, la demanda no se determina como en otros mercados. Este sector o mercado está inmerso en una serie de imperfecciones y asimetrías de información que hacen que la demanda por cuidados médicos sea una demanda que se establece en diferentes etapas. En una primera etapa, las personas tienen una demanda por salud en aras de maximizar su utilidad intemporal cuyos argumentos son los bienes de consumo, sus hábitos, edad y el tiempo de enfermedad a lo largo de su vida, sujeta a la inversión bruta en salud que quiera realizar y las características del aseguramiento social (Temporelli 2009). De tal manera, que la interacción entre el tiempo dedicado al cuidado propio y las demandas de servicios de salud genera, en una segunda etapa, la demanda por cuidados de salud, que es una demanda derivada. Dicha demanda derivada de cuidados médicos (DCM) es:</p> <p>DCM = m (H, Cs, Pf, E, A)</p> <p>Donde H es el stock de salud que determina el perfil epidemiológico de la población. Cs son las características del aseguramiento social, E es la edad del individuo y A son factores ambientales.</p> <p>De la maximización de esta demanda, las personas deciden si consultan o no por servicios médicos. Debido a las asimetrías de información, el paciente delega las demandas posteriores en otros agentes: los aseguradores.</p> <p>Posteriormente, son los prestadores de salud los que definen las medidas a seguir convirtiéndose en el demandante de servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento en el que se incluyen, procedimientos, medicamentos, internación y demás tecnologías necesarias para la recuperación de la salud, en esta demanda se incluyen las tecnologías y servicios necesarios para la rehabilitación y paliación cerrando con ello el ciclo de atención. La utilidad para maximizar en esta etapa es la de los prestadores, que ahora incluye como uno más de sus argumentos la utilidad del paciente y aspectos institucionales, tales como el ordenamiento jurídico, del cual hacen parte las tutelas. Al final la demanda esta mediada por las decisiones de los que prestan los servicios médicos y los aseguradores, dados que son los que tienen mayor información frente al estado de los afiliados y sus necesidades. Decisiones que implica que las prescripciones están sustentadas en la rigurosidad científica y ética.</p> <p>Así las cosas, las cantidades observadas por servicios no financiados con cargo a los recursos de la UPC (No UPC) reflejan la realización del proceso descrito, por el cual se determina la demanda final de estos servicios de salud. Es decir que las cantidades que históricamente han recobrado cada una de las EPS, reflejan fielmente el perfil epidemiológico de los afiliados a cada entidad, las características poblacionales y decisiones de sus afiliados. Así como, la estructura organizacional, políticas de gestión, la ética médica y las prestaciones que han sido otorgadas mediante tutelas. Lo cual representa la dinámica misma de la demanda por tecnologías y servicios no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>De tal manera, el presupuesto prospectivo es un ejercicio de programación presupuestal que por su metodología e insumos garantiza la equidad, la suficiencia y el uso racional de los recursos; al mismo tiempo, que es representativo e incluye todos los riesgos en salud y los perfiles epidemiológicos que administra cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).</p> <p>En este orden de ideas es importante resaltar que la agrupación propuesta en la metodología de presupuestos máximos considera de manera intrínseca las patologías o condiciones de salud dado que se dan a partir de características similares, como en el caso de medicamentos donde la agrupación se realiza teniendo en cuenta el principio activo y la forma farmacéutica, las agrupaciones no generarían insuficiencia por mayor carga de enfermedad toda vez que la cantidad inicial recoge precisamente la patología o condición de salud de cada de los afiliados a los cuales se les suministro la tecnología o servicio de salud no financiado con recursos de la UPC.</p> <p>Así, la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales establece un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados, al recibir los recursos de manera ex ante se convierte en un mecanismo colectivo.</p> <p>Ahora bien, teniendo en cuenta las variables que intervienen en la fijación del presupuesto máximo como lo son los VMR que se basan en las cantidades y los valores reportados en los recobros presentados por las aseguradoras por tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC a la ADRES; estos valores incluyen las diferentes relaciones entre los agentes, el valor del dinero en el tiempo (debido a las demoras en el flujo de los recursos), la práctica de la prescripción médica, los márgenes de comercio, los márgenes de transporte y los impuestos, es decir que lo expresado en él tiene inmerso aquellas variables que afectan el valor o precio final una vez la tecnología o servicio en salud que ha sido prestado bien sea por un presentador de servicios de salud (IPS) habilitado o por los diferentes proveedores de tecnologías en salud como medicamentos dispositivos médicos.</p> <p>En este orden de ideas vale la pena recordar que el concepto de precio abarca elementos adicionales, a su movimiento en relación con la cantidad transada. Implícito a las curvas de oferta y demanda, se encuentran: a) las relaciones técnicas de sustitución entre diferentes bienes entre los que se encuentra las tecnologías y servicios de salud financiados con la UPC y aquellos que no, y b) las elasticidades a precio e ingreso de la oferta y la demanda, una vez los recursos por aseguramiento asociados a la prima (UPC) y los asociados a tecnologías y servicios de salud financiados con recursos adicionales a la UPC se encuentren bajo gestión de la aseguradora esta deberá propender por contratación eficiente con su red de proveedores de servicios de salud.</p> <p>En conclusión, tal como se mencionó en los apartes anteriores, la metodología de presupuestos máximos parte de las cantidades históricas reportadas por cada una de las aseguradoras, dichas cantidades encuentran contenidas aquellos factores que afectan la prescripción, es decir que recogen externalidades tanto positivas como negativas. Al partir de las cantidades iniciales se presume el uso adecuado de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC una vez agotada la atención con tecnologías y servicios de salud financiados a través de la UPC, por la anterior tiene en cuenta el suministro de la tecnología en cualquier parte del territorio nacional donde fue prestada la tecnología o servicio, la edad de la persona a la que fue suministrada la tecnología o servicio de salud, y la patología para la cual fue prescrita. Así las cosas, la metodología propuesta recoge las variables de riesgo necesarias para lograr la gestión integral de la enfermedad.</p> <p>Dado lo anterior es posible afirmar que las EPS pueden generar economías de escala al comprar servicios en volumen y cantidades apreciables, mediante negociaciones ventajosas con los proveedores. Parte de esas economías</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
950	4	30/12/2019	201942302087472	GABRIEL MESA NICHOLLS Gerente de EPS Sura	EPS SURA	Comentario General	<b>2. Metodología que incorpore una visión integral de la administración de los servicios y tecnologías NO PBS fundamentada en la gestión del riesgo y articulada con el Plan de Beneficios de Salud</b> El camino hacia el cual debe transitar el sistema de salud colombiano es el de la gestión integral del riesgo, poniendo a las personas en el centro del sistema y garantizando una red que se encargue de cuidarlo a su alrededor. En este sentido, consideramos que la concepción del riesgo debe alinear a todos los actores en torno al cuidado de los usuarios y no alrededor de los costos. Por ello, como hemos dicho en párrafos anteriores, la metodología debe trascender de una visión presupuestal hacia una visión más integral y ecosistémica de todos los actores y factores que hoy determinan el comportamiento de los servicios y tecnologías en salud financiados y no financiados con cargo a la UPC. En ese sentido, resulta pertinente que se consideren los siguientes puntos: • Modelos de contratación que atiendan a la consolidación de redes integrales para el cuidado de los usuarios. Si bien el proyecto de resolución hace referencia a la posibilidad de realizar diferentes formas de contratación, las medidas allí previstas incentivan la contratación por evento, pese a que alrededor el mundo los modelos de contratación en salud	La metodología de presupuestos máximos nace como respuesta a la necesidad de reducir las barreras de atención e integrar de forma sistémica la gestión del riesgo en salud de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, en el marco del mecanismo de protección hoy existente. Esta propuesta avanza en el sentido por usted propuesto de una "visión integral de la administración de los servicios y Tecnologías NO PBS fundamentada en la gestión del riesgo y articulada con el plan de beneficios de salud" pero requiere del compromiso no solo del gobierno, sino de los diferentes actores, en particular de las EPS. En forma general se debe tener en cuenta que, al avanzar en el esquema de presupuesto prospectivo, se avanza en la gestión de tecnologías y servicios no financiados con recursos de la UPC, en forma similar a la gestión realizada en cuanto a las tecnologías y servicios de salud financiados con recursos de la UPC, teniendo en cuenta que el conjunto de tecnologías y servicios de salud son complementarios, lo anterior en virtud que en la relación asegurador – prestador se generan externalidades positivas. a. Modelos de contratación que atiendan a la consolidación de redes integrales para el cuidado del usuario. El presupuesto máximo potencia la propuesta que se realiza en su escrito. Las EPS e IPS deberán transformar las formas de contratación históricas de las Tecnologías en salud pues disponen bajo un esquema similar el conjunto de dichas tecnologías y es posible articular la gestión del riesgo de enfermarse y de recibir un tratamiento adecuado con la principal fuente de financiación, la UPC. Al tener la aseguradora bajo su gestión todas las tecnologías y servicios de salud requeridos para la atención integral de las enfermedades o condiciones de salud es posible generar modelos de pago por resultados con sus proveedores teniendo en cuenta que los contratos son acuerdos de voluntades entre las partes involucradas. b. Reglamentación de los mecanismos de puerta de entrada para nuevas tecnologías: Este aparte no es objeto del proyecto de resolución de presupuestos máximos; sin embargo, vale la pena mencionar que la comisión de precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos se encuentra trabajando en la expedición de una circular la cual definirá la metodología de fijación de precios basado en el valor terapéutico en reglamentación del artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, lo más pronto posible. Es necesario mencionar que el proyecto de resolución en sus artículos 18 y 19 determina la forma de abordar la problemática de la puesta de entrada, entre tanto se materializa lo señalado en el párrafo anterior. c. Estrategias que promuevan el uso racional de Tecnologías: Este punto no es objetivo de la metodología de presupuesto máximo, sin embargo es importante mencionar que el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud ha promovido el uso racional de tecnologías a través de las diferentes evaluaciones realizadas en cuanto a la efectividad y seguridad de las mismas, así mismo se encuentra trabajando en la construcción de documentos de posicionamiento terapéutico que permitan dar herramientas para la prescripción de las diferentes tecnologías y servicios en salud, financiados o no con recursos de la UPC. d. Alineación con los demás actores del sistema: El alcance del proyecto de resolución de presupuestos máximos no es establecer tarifas o fijar precios en el mercado, el mismo está dado como respuesta a solucionar la no viabilidad del modelo de seguro de indemnización en el tema de tecnologías y servicios de salud no financiados con la UPC. La propuesta de presupuestos máximos busca alinear a los actores en torno a la solución de la atención integral de los pacientes. e. Definir mecanismos que permitan mitigar los riesgos derivados de fallos de tutela: Es importante señalar que la actual situación de las tutelas pasa por la forma o el modelo de "gestión" que se tiene actualmente en torno a las tecnologías no financiadas con por la UPC. Gestión desarticulada de la gestión del riesgo en salud y financiero que se hace desde la UPC en favor del paciente. Así, las cosas al migrar, con presupuestos máximos, hacia un esquema de gestión articulado, integrado e integral se espera que el paciente este en el centro de las acciones de los agentes y en consecuencia se modifique el estado de las cosas. f. Implementación de reglas en MIPRES para un control de la prescripción: Es importante mencionar que el ministerio avanza en la mejora de la herramienta MIPRES con el fin de contar con elementos científicos y técnicos asociados a la prescripción que permitan a los diferentes actores del sistema contar con la mayor información posible para la toma de las decisiones en favor del paciente. g. Exclusión de tecnologías que ni cumplen con el principio de costo efectividad: el proyecto de resolución de presupuestos máximos no deroga los procedimientos y métodos que se vienen realizando en el marco del proceso técnico científico desarrollado con el fin de dar cumplimiento al artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. Procedimientos y métodos que fueron concertados con los diferentes actores. Sin embargo, el proyecto de resolución señala que producto de las evaluaciones que realice el IETS se deberá considerar el procedimiento de exclusiones. h. Ampliación del mecanismo de compra centralizada: el proyecto de resolución de presupuestos máximos no tiene este alcance, el de regular la compra centralizada. Sin embargo, en el artículo 19 del proyecto de resolución se expresa que aquellas tecnologías en salud a las cuales se les aplique dicho mecanismo no serán parte del presupuesto máximo. i. Manejo centralizado de enfermedades huérfanas: El alcance del proyecto de resolución de presupuestos máximos no es la de regular el manejo centralizado de las enfermedades huérfanas. Sin embargo, cabe señalar que el ministerio ha venido avanzado en el estudio de la gestión de las enfermedades huérfanas, sin dejar de considerar que la forma actual de hacerlo ha sido satisfactoria, que el costo de estas enfermedades está dado por el valor o precio de los medicamentos y que las EPS hacen gestión y seguimiento a cada uno de sus afiliados y en forma especial a las personas que padecen alguna enfermedad rara o huérfana. Cabe señalar que el proyecto de resolución de presupuestos máximos considerará no incluir la incidencia o los nuevos casos que requieran de determinados medicamentos para tratar enfermedades huérfanas. En tanto la gestión por la enfermedad sea esta huérfana o no seguirá siendo financiada por la UPC o por presupuestos máximos según corresponda.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
951	5	30/12/2019	201942302087472	GABRIEL MESA NICHOLLS Gerente de EPS Sura	EPS SURA	Comentario General	<p><b>3. Definición de una prima equitativa, suficiente y representativa</b></p> <p>En este punto, conviene destacar la distinción que existe entre la UPC y la metodología propuesta por el Ministerio pues, en ocasiones, en defensa de la metodología, se ha intentado equiparar esta con la UPC. El mecanismo de aseguramiento colectivo el cual es financiado por los recursos de la UPC que son girados en forma ex ante a las EPS, tiene inmersa una prima que es calculada teniendo en cuenta el perfil de riesgo de la población con variables como género, grupo etario y región. Lo anterior, no se contempla en la definición de lo Presupuestos Máximos para los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, definición que debería considerar los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Equitativa: Debe cumplir con la condición de contraprestación en el servicio. De esta forma, debe suplir las necesidades de los afiliados, del Estado y de la EPS.</li><li>• Suficiente: Dicha tarifa debe suplir en su totalidad los recursos que la EPS destinará para la prestación de los servicios de sus afiliados dentro del sentido de uso racional de los recursos por parte de los agentes involucrados en el sistema.</li><li>• Representativa: Debe contener la mayor cantidad de riesgos posible, es decir, al ser calculada debe explicar una gran parte del riesgo</li></ul>		<p>La metodología de Presupuestos Máximos Anuales no es una prima, como su nombre lo indica es un presupuesto, en el cual se estima un valor requerido con el fin de obtener los resultados proyectados, en este caso la financiación de tecnologías y servicios de salud no financiados a través de la prima de seguros (UPC), por lo tanto el valor definido para cada una de las aseguradoras (EPS) es equitativo en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficiente dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativo para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados, en sus regiones, edad, sexo y la patología o condición de salud.</p> <p>Como se manifestó anteriormente los Presupuestos Máximos Anuales desde su concepción y desarrollo metodológico son equitativos, justos, moderados, suficientes y representativos cumpliendo con las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
952	6	30/12/2019	201942302087472	GABRIEL MESA NICHOLLS Gerente de EPS Sura	EPS SURA	Comentario General	<p><b>4. Cuantificación del capital necesario para asumir los riesgos asociados a los servicios no financiados con la UPC.</b></p> <p>La compañía aseguradora debe remunerar el capital requerido para asumir riesgos que le transfiere un tercero (el Estado). Por ello, resulta necesario que dentro de una prima definida para los servicios no financiados con la UPC se reconozca un componente de margen operacional que será necesario para: (i) fortalecer patrimonialmente a la compañía, (ii) disminuir las posibilidades de insolvencia y (iii) remunerar el capital invertido para asumir los riesgos.</p> <p>En este punto, es preciso dejar claro que no es del interés de EPS Sura generar utilidades por la administración de los servicios y tecnologías en salud NO PBS; al contrario, lo que se pretende es generar un equilibrio entre el ingreso y el gasto que representan estos servicios y tecnologías, sin que ello atente contra la sostenibilidad del sistema.</p> <p>Para el caso concreto de EPS SURA, hemos estimado que el impacto para el 2020 de los Presupuestos Máximos Anuales es de el orden de los \$180.000 millones de pesos, una suma equivalente a una gran porción del patrimonio actual de la compañía.</p> <p>La propuesta enunciada por el Gobierno Nacional contempla que los recursos involucrados en las tecnologías NO PBS</p>		<p>En este apartado, la gestión de riesgo en salud actualmente está siendo asumido por la aseguradora toda vez que tiene dentro de sus funciones proveer a sus afiliados de todas las tecnologías y servicios de salud requeridos para la atención según la prescripción realizada por el médico tratante, lo anterior sin tener en cuenta la fuente de financiación es decir a través de la prima UPC o a través del recobro para el cual debe realizar la gestión correspondiente en este orden de ideas la metodología de presupuesto máximo otorga recursos de manera ex ante para que responda de manera adecuada la gestión de riesgo en salud de sus afiliados dado que lo que cambia es el tiempo de entrega de los recursos no es dable que se requieran recursos adicionales para la gestión administrativa de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>Ahora bien, a lo expresado en cuanto al capital necesario para hacer frente a los riesgos en salud a los que verían enfrentados dada la metodología de presupuestos máximos es necesario tener en cuenta lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En la actualidad, la normatividad existente no contempla el reconocimiento de gastos administrativos a las EPS por concepto de cobros/recobros de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo.</li><li>- El reconocimiento de valores a favor de las EPS por concepto de recobros es realizado por la ADRES posterior a la prestación del servicio o entrega de la tecnología y una vez se han surtido las diferentes etapas previstas en el proceso de recobros, lo que conlleva unos tiempos en donde son las EPS las que con sus recursos financian temporalmente dichos servicios y tecnologías en salud, hasta tanto se realice el reconocimiento del Pago Previo y posteriormente su complemento conforme al resultado final de Auditoría, ante lo cual, la metodología planteada en el proyecto de Presupuestos Máximos Anuales representa un cambio en dichos términos, al reconocerse de manera previa valores a transferirse a las EPS del régimen contributivo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios.</li><li>- Al realizarse de manera anticipada la transferencia de los recursos enunciados, las EPS contarán con recursos que son susceptibles de generar rentabilidad conforme a los portafolios de inversiones que dispongan dichas EPS, y con ello un reconocimiento de recursos que permitan apalancar gastos que se puedan generar por concepto del manejo que deban realizar de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.</li><li>- En atención a la eficiencia del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC prevista en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, el proyecto de Presupuestos Máximos Anuales contempla que las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de estos, ante lo cual, lo solicitado por la EPS Sura de inclusión de un margen operacional generaría sobrecostos al SGSSS en contravía de la eficiencia prevista en artículo enunciado.</li></ul>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
953	1	8/01/2020	202042300021782	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Comentario General	<p>Vemos con preocupación que para el caso de los procedimientos se usó la misma metodología utilizada para medicamentos donde existen grupos más homogéneos y comparables. Los procedimientos agrupados en el Código único de procedimientos – CUPS, pueden incorporar diferencias en las técnicas médicas quirúrgicas (invasivos, no invasivos, abierta, cerrada, de monitoreo; etc.) y diferencias en la tecnología médica usada para el procedimiento.</p> <p>Al adoptar el valor de referencia en el percentil 25% de todos los procedimientos incluidos en el mismo CUPS se estaría desconociendo las diferencias en las tecnologías médicas, las cuales tienen una alta variabilidad en el precio y van dirigidas a grupos de pacientes que tampoco son homogéneos ya que dependen de su estado de salud individual. De igual forma la utilización de un percentil 25% (primer cuartil) para el cálculo del valor de referencia (VR) de los procedimientos para cada CUP reportado, está dejando de lado la alta variabilidad que tiene la utilización de distintas tecnologías dentro de un mismo procedimiento y por tanto, puede conllevar un freno a tecnologías que tienen un costo más alto, por el diferencial en resultados clínicos que generan.</p> <p>La EPS por su parte, se verá</p>	<p>Para evitar barreras de acceso a los pacientes o la dilación de la prestación de los servicios de salud y prever que cuando las EPS autoricen un procedimiento puedan evaluar la variabilidad en el precio conforme a la pertinencia del procedimiento, sugerimos respetuosamente que se haga una nota en la que se aclare que el valor de referencia para procedimientos, corresponde justamente a eso, a un referente, pero que no impide que el valor que se cobre/recobre por un procedimiento sea mayor al consignado en el valor de referencia, por lo cual la nota a incluir podría tener la siguiente redacción: “el valor cobrado/recobrado por los procedimientos podrá estar por encima del valor de referencia ya que dependerá de la variabilidad de la técnica médico – quirúrgica y el diferencial tecnológico del Dispositivo Médico” en los siguientes apartes del proyecto de resolución sobre presupuestos máximos:</p> <p>1. Artículo 2 – Numeral 20. Valor Máximo. 2. Artículo 3 – Definiciones 3. Artículo 6 – ítem VI – hacer la aclaración 4. Artículo 6 – parágrafo 5. Incluir numeral 5 en el Artículo 18 6. Anexo 5</p>	<p>Respuesta 1:</p> <p>En cuanto a su propuesta de incluir al proyecto de resolución, un texto que señale: “el valor cobrado/recobrado por los procedimientos podrá estar por encima del valor de referencia ya que dependerá de la variabilidad de la técnica médico – quirúrgica y el diferencial tecnológico del Dispositivo Médico”, es necesario precisar que la metodología de Presupuesto Máximo no se constituye per se en una regulación de precios, por cuanto para efectos del cálculo respectivo, dichos valores tienen en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a La ADRES por la realización integral de la atención en salud; por ende, al no constituirse en una regulación de precios, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>En consonancia con lo anterior, cabe recordar que en la prestación de servicios de salud al interior del Sistema se debe tener en cuenta el principio de integralidad, dentro del cual todo aquello que es necesario e insustituible (dispositivos médicos) para la realización de un procedimiento, está incluido, siendo por demás ésta, la expresión de un plan implícito desde sus inicios.</p> <p>Debe estipularse también, que el Presupuesto Máximo es global y que los valores presentados en el proyecto de resolución, corresponden a valores de referencia para efectos del cálculo, por ello no se expresa el Presupuesto Máximo por tecnología. En consecuencia, los riesgos de barreras de acceso por los aspectos por Usted mencionados, no son relevantes. En conclusión, no es procedente incluir su propuesta de texto al respecto.</p> <p>Finalmente, para evitar confusiones sobre los valores máximos y de referencia, se contempla la posibilidad de no incluir en el proyecto de resolución los valores de referencia o valores máximos (Anexos 3, 4 y 5), y en su lugar se prevé sacar una nota técnica para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo.</p>
954	2	8/01/2020	202042300021782	Marisol Sánchez González Directora Ejecutiva Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI	Anexo 2, Numeral 2, paso 4 y Artículo 6, Literal B, numeral v		<p>Se sugiere que la metodología implementada para la detección y eliminación de los valores atípicos que se implementó en el cálculo de valores de referencia para Medicamentos, Alimentos con Propósito Médico Especial (Anexo 2, numeral 2, paso 4) y Servicios Sociales Complementarios (Artículo 6, literal B, numeral v), se implemente también para Procedimientos. En esta metodología se determina un rango establecido mediante límites inferiores y superiores calculados a partir del percentil 25 y percentil 75, para así identificar y eliminar los datos atípicos previos a la determinación del valor de referencia</p>	<p>Respuesta 2:</p> <p>En atención a su solicitud de unificar la metodología de cálculo de valores de referencia para medicamentos y procedimientos, me permito señalar que su propuesta no es dable por cuanto en la metodología de procedimientos, el método utilizado para el cálculo del valor de referencia es un método no paramétrico robusto, en este sentido tiene una sensibilidad menor ante la presencia de datos atípicos que otro tipo de estadísticos como la media, por ejemplo.</p> <p>Complementando lo anterior, el mero hecho de incluir un ajuste por datos atípicos no implica necesariamente que los valores de referencia aumenten o disminuyan porque ello depende de la distribución observada de los datos.</p> <p>De otra parte, la decisión de no eliminar datos atípicos en la metodología de cálculo de valores de referencia para procedimientos está sustentada en la necesidad de preservar al máximo la cantidad de observaciones útiles para la estimación.</p> <p>Se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>
955	1	30/12/2020	201942302091732	Carmén Eugenia Dávila Guerrero	Defensoría del Pueblo		<p>Si bien se entiende que la norma pretende resolver las ineficiencias del sistema de recobro y de paso resolver problemas operativos asociados a la auditoría de los recobros, este per cápita no hace parte de la UPC y por lo tanto su administración y gestión no se maneja a partir de la gestión de riesgos en salud y riego financiero.</p>	<p>Si bien se entiende que la norma pretende resolver las ineficiencias del sistema de recobro y de paso resolver problemas operativos asociados a la auditoría de los recobros, este per cápita no hace parte de la UPC y por lo tanto su administración y gestión no se maneja a partir de la gestión de riesgos en salud y riego financiero.</p>	<p>Frente a la advertencia relacionada con la gestión realizada por la EPS, se precisa que el propósito de este mecanismo consiste en profundizar en la atención integral de la salud de la población y aportar a la sostenibilidad financiera del SGSSS estableciendo un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles, en la medida que a la fecha las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías. Con este mecanismo se pretende mejorar la gestión integral del paciente puesto que, las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados, en forma similar a como se realiza en UPC. Así, al equiparar la financiación de tecnologías en salud y servicios con recursos UPC a la que se realiza con recursos de presupuesto máximo, es decir tanto el mecanismo de protección colectiva como el individual, se fortalecerá la gestión de la EPS y profundizará la atención integral del paciente, generando así mismo que el mecanismo de protección individual se asimile al mecanismo de protección colectiva.</p> <p>En otras palabras, la gestión de la EPS llevará a un nuevo estado de las cosas con respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud y la mejor disposición de las tecnologías en salud que requiera el usuario, manejando tanto las que están con cargo a la UPC, como las que venían siendo suministradas con fondos del Sistema General de Participaciones por las Entidades Territoriales y las que anteriormente requerían realizar el proceso de recobro ante la ADRES, por tanto a la EPS le corresponde gestionar integralmente junto con UPC las tecnologías y servicios no incluidos en esta, según lo requiera el paciente. En razón de lo anterior, la EPS podrá desarrollar las acciones necesarias que le permitirán gestionar los servicios requeridos por sus asegurados y los diferentes recursos asignados, sin perjuicio de la prestación y el derecho al acceso al servicio por parte del usuario; disposiciones previstas en los artículos 13 y 16 del proyecto de resolución publicado.</p> <p>Adicionalmente se debe considerar que conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, las EPS son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud y consecuentemente, se constituyen en las directas encargadas de la óptima utilización de los recursos a fin de alcanzar el objetivo propuesto.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
956	2	30/12/2020	201942302091732	Carmén Eugenia Dávila Guerrero	Defensoría del Pueblo			Resultaría mejor alternativa en cuanto a la integralidad y garantía del derecho de las personas, la actualización del Plan de Beneficios, como se ha hecho en otros momentos y como lo ha ordenado además la Ley Estatutaria de Salud (Resoluciones 5592 de 2015, 6408 de 2016, 5269 de 2017, 5857 de 2018) y la Corte Constitucional en especial en la Sentencia T-760 de 2008 (órdenes 16, 17 y 18).	<p>En cuanto al proceso de actualización de los beneficios que se financian con cargo a la UPC es preciso señalar que el este Ministerio en conjunto con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) se encuentra trabajando en una matriz de priorización con el fin de contar con un mecanismo más robusto (ordenado) y que evite cortes de transacción del sistema. Es importante mencionar que el proceso avanza hacia una actualización fáctica desde la perspectiva de la gestión.</p> <p>Dicha Matriz Horizonte de actualización, es una herramienta en la que se identifican las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC que se requieren para la atención de las 10 condiciones de salud, por sistema anatómico de la CUPS, con mayor carga de enfermedad para Colombia, con el objeto de priorizar la evaluación de tecnologías para su eventual financiación con recursos de la UPC. La matriz permite identificar las tecnologías en salud empleadas en las principales condiciones de salud y su rol clínico.</p> <p>Así mismo, el conjunto de tecnologías en salud que se encuentran financiadas con cargo a la UPC, se han definido con los criterios establecidos en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011 que contemplan la carga de la enfermedad, perfil epidemiológico, medicamentos extraordinarios, disponibilidad de recursos y equilibrio financiero.</p>
957	3	30/12/2020	201942302091732	Carmén Eugenia Dávila Guerrero	Defensoría del Pueblo			<p>La Defensoría del Pueblo advierte que este mecanismo debe estructurarse de tal forma que garantice los elementos y principios consagrados en la Ley Estatutaria en Salud y por lo tanto, el goce efectivo del derecho a la salud para todos los afiliados y en especial de los más enfermos, que son precisamente los que requieren mecanismo de protección individual, y son más vulnerables. De ninguna forma, el mecanismo de presupuesto máximo anual, puede constituirse en otra barrera de acceso para tecnologías que necesiten los pacientes con enfermedades como el cáncer, huérfanas, VIH, entre otras.</p>	<p>Frente a la advertencia relacionada con la gestión realizada por la EPS, se precisa que el propósito de este mecanismo consiste en profundizar en la atención integral de la salud de la población y aportar a la sostenibilidad financiera del SGSSS estableciendo un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles, en la medida que a la fecha las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías. Con este mecanismo se pretende mejorar la gestión integral del paciente puesto que, las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados, en forma similar a como se realiza en UPC. Así, al equiparar la financiación de tecnologías en salud y servicios con recursos UPC a la que se realiza con recursos de presupuesto máximo, es decir tanto el mecanismo de protección colectiva como el individual, se fortalecerá la gestión de la EPS y profundizará la atención integral del paciente, generando así mismo que el mecanismo de protección individual se asimile al mecanismo de protección colectiva.</p> <p>En otras palabras, la gestión de la EPS llevará a un nuevo estado de las cosas con respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud y la mejor disposición de las tecnologías en salud que requiera el usuario, manejando tanto las que están con cargo a la UPC, como las que venían siendo suministradas con fondos del Sistema General de Participaciones por las Entidades Territoriales y las que anteriormente requerían realizar el proceso de recobro ante la ADRES, por tanto a la EPS le corresponde gestionar integralmente junto con UPC las tecnologías y servicios no incluidos en esta, según lo requiera el paciente. En razón de lo anterior, la EPS podrá desarrollar las acciones necesarias que le permitirán gestionar los servicios requeridos por sus asegurados y los diferentes recursos asignados, sin perjuicio de la prestación y el derecho al acceso al servicio por parte del usuario; disposiciones previstas en los artículos 13 y 16 del proyecto de resolución publicado.</p> <p>Adicionalmente se debe considerar que conforme a los dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, las EPS son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud y consecuentemente, se constituyen en las directas encargadas de la óptima utilización de los recursos a fin de alcanzar el objetivo propuesto.</p>
958	4	30/12/2020	201942302091732	Carmén Eugenia Dávila Guerrero	Defensoría del Pueblo			Existe preocupación respecto a la implementación de esta norma entre pacientes, por lo que resulta necesario que el Ministerio revise dichas preocupaciones razonables que no están expresadas.	<p>Frente a la posible barrera de acceso, no se presentará en virtud que la gestión se asemeja con la de la UPC, mejorando el acceso a las tecnologías en salud con el giro de los recursos ex ante lo cual garantiza la contratación de las EPS con los prestadores, de igual manera se avanzará hacia la integración de las fuentes de financiamiento.</p>
959	5	30/12/2020	201942302091732	Carmén Eugenia Dávila Guerrero	Defensoría del Pueblo			Surge la preocupación de la continuidad de los servicios cuando el asegurador agote este presupuesto máximo y si el nuevo mecanismo genera los incentivos correctos para que los aseguradores no restrinjan los servicios de salud. Esperamos que el Ministerio logre la alternativa más adecuada que no amenace la prestación del servicio de enfermedades complejas e incrementa las vulneraciones al derecho de la salud.	<p>En relación a la superación del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla medidas en el Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos. A partir de las cuales 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.</p> <p>Así mismo se resalta que dentro del articulado del proyecto se contemplan varios artículos en los cuales se desarrollan las medidas de seguimiento y monitoreo a la ejecución del presupuesto máximo por parte del Ministerio de Salud (con el reporte de información bimestral), la Adres (respecto de las funciones de seguimiento y monitoreo), y la Superintendencia Nacional de Salud (con sus funciones de inspección, vigilancia y control).</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
960	1	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodríguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Considerandos: " Que el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", establece que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo al Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de	En los considerandos se resalta que: "los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS". Sin embargo, la EPS está limitada a efectuar acuerdos si el precio negociado supera el VMR a pesar de que en términos globales obtenga eficiencias presupuestales y mejores resultados en salud al SGSSS.	Se solicita aclarar la interpretación normativa del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, incorporando la autonomía de la EPS para administrar los valores pagados por tecnologías siempre que se garantice el uso eficiente de recursos al SGSSS.	No se acepta su observación sobre "autonomía de la EPS para administrar los valores" ya que este concepto es una interpretación que usted hace a la norma sin que ello sea igual a "gestionado por la EPS".
961	2	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodríguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Considerandos: "Igualmente dispone el artículo antes referido que, en todo caso las EPS deben considerar la regulación de precios y aplicar los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, y remitir la información que este requiera"	En los considerandos se resalta que: "los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS". Sin embargo, la EPS está limitada a efectuar acuerdos si el precio negociado supera el VMR a pesar de que en términos globales obtenga eficiencias presupuestales y mejores resultados en salud al SGSSS.	Se solicita aclarar la interpretación normativa del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, incorporando la autonomía de la EPS para administrar los valores pagados por tecnologías siempre que se garantice el uso eficiente de recursos al SGSSS.	Respecto a su observación se aclara que los valores contenidos en el presente proyecto normativo son valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge datos de las facturas que contiene los valores de los servicios prestados y reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Por lo tanto no es "autonomía de EPS" esta explícito en la norma "gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)".

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
962	3	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodriguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 7. Del presupuesto o Máximo Anual de las vigencias siguientes	Si la meta de inflación media no se cumple al finalizar la vigencia y el IPC reportado supera significativamente la meta planteada. Se generará una presión presupuestal sobre las EPS que pueda generar nuevas barreras de acceso a los servicios de salud.	Se solicita incluir en el articulado la revisión y posible ajuste presupuestal si la meta de inflación planteada no se cumple y el IPC reportado al finalizar la vigencia, es superior al valor utilizado para indexar los valores del techo presupuestal.	Por sus observaciones y la de otros actores el Ministerior está contemplando ajustes frente al Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. Dicho lo anterior es importante recalcar que la iniciativa de presupuestos máximo es parte de una estrategia integral que busca en su conjunto profundizar el ejercicio del derecho a la salud y a contribuir al acceso a las tecnologías y servicios de salud. Dicha iniciativa en lo fundamental desarrolla de forma objetiva la ley Estatutaria; por el contrario no generará nuevas "barreras de acceso" como usted menciona ya que se debe gestionar por parte de las EPS la No superación del presupuesto máximo incluyendo herramientas descritas en el presente proyecto normativo.	
963	4	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodriguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 8. Del traslado del Presupuesto o Máximo en la vigencia corriente	Al igual que la UPC es asignada frente al estado de afiliación, en especial el retiro por muerte del afiliado, la revisión del pre-supuesto máximo per cápita debe contemplar este estado.	Se solicita incorporar el estado de desafiliación por muerte del afiliado reportado en BDUA en la revisión del presupuesto máximo.	Nos permitimos informar que el calculo del valor esta dado por las cantidades y no por el número de afiliados por lo cual no ha lugar su observación .	
964	5	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodriguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 8. Del traslado del Presupuesto o Máximo en la vigencia corriente	Al considerar el presupuesto máximo por grupo de riesgo, de forma implícita se incorpora el componente de prevalencia de las patologías y el costo asociado a su atención. De la misma forma que se evalúa las inclusiones al PBSUPC, se requiere que esta metodología al enunciar el componente de riesgo en salud adopte las mismas disposiciones evaluadas en la inclusión de una nueva tecnología en el PBSUPC.	Se incluya dentro de la metodología el ajuste que tiene la asignación del presupuesto máximo per capita por grupo de riesgo	Este Ministerio esta contemplando ajustes sobre el tema de la asignación del presupuesto maximo per capita. En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.	
965	6	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodriguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 11. Beneficiarios cuentas maestras del Presupuesto o Máximo	Se listan los posibles beneficiarios (receptores de recursos) de las cuentas maestras. Sin embargo, la norma no indica los casos, procedimiento o disposiciones en los cuales cada actor puede ser beneficiario directo de esta cuenta.	Se requiere enumerar, listar o profundizar los casos en los cuales cada actor del SGSSS enunciado en el artículo, puede ser beneficiario de la cuenta maestra de Presupuesto Máximo.	En virtud de su observación y la de otros actores este Ministerio esta contemplando eliminar el artículo 11 sobre los beneficiarios y de igual forma lo referente a las cuentas maestras.	
966	7	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodriguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 13. No superación del Presupuesto o Máximo	Previamente se indicó que las EPS deben cumplir los VMR establecidos. Sin embargo, aquí se otorga la facultad de las EPS de innovar en métodos de atención y contratación donde el precio de las tecnologías puede ser secundario. Si una EPS obtiene eficiencias al presupuesto global con un método innovador de contratación donde se adquiere una tecnología a un precio mayor al indicado en VMR, en estos casos ¿prevalece a la autonomía de las EPS o el cumplimiento expícito de los valores de referencia?	Se requiere aclarar la autonomía de las EPS frente a los VMR establecidos por medicamento.  ¿prevalece a la autonomía de las EPS o el cumplimiento expícito de los valores de referencia?	Se aclara nuevamente que no es pertinente el termino "autonomia de las EPS", adicionalmente se reitera que los valores de referencia son para uso exclusivo del cálculo de los presupuestos máximos por EPS, por tanto dichos valores de referencia NO se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda, el tema trasciende a evaluar la tecnología que se esta incorporando por lo tanto se debe demostrar "...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 de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan", por lo anterior se propone en presente proyecto normativo los mecanismos para no superación del presupuesto maximo con los ajustes propuestos en la metodologia.	
967	8	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodriguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 13. Numeral 1. En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto o Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia	Se determina una situación de reevaluación de los valores de referencia ante el riesgo de superar el presupuesto máximo. Sin embargo, el borrador de resolución no determina el mecanismo o las condiciones para determinar la ocurrencia del evento por parte del ADRES o las EPS.	¿Qué mecanismo y soportes debe utilizar las EPS para determinar el riesgo de superar el presupuesto máximo?  Si el valor de referencia de un medicamento está reglamentado por la CNPMDM o el Ministerio de Salud por medio de los VMR. ¿Qué competencia legal tendría las EPS para su modificación?	Se debe entender que el presupuesto maximo es una construcción con base a los registros historicos soportados por las EPS y consignados en la base de recobro/cobro; por lo anterior se precisa que es la misma EPS quien tiene las cantidades recobradas, es por tanto responsabilidad de la EPS generar estrategias para la no superación del presupuesto maximo tales como implementar mecanismos financieros y de seguros, una adecuada defensa judicial y procesos de auditoria permanente que garantice una eficaz y oportuna aplicación de los recursos. En cuanto a su pregunta sobre la competencia legal para modificar valor de referencia, se insiste que la metodologia desarrollada tuvo en cuenta todos los registros, por lo tanto la responsabilidad es seguir diligenciando la plataforma MIPRES y generar las estrategias que se enunciaron, adicionalmente las ADRES definira las reglas para la realización de auditorias, sin perjuicio de la facultad de inspección, vigilancia y control que la superintendencia Nacional de Salud ejerza según sus competencias.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
968	9	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodriguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 13. Numeral 2.	La generación de “ahorros” por parte de las EPS del presupuesto máximo podría generar un incentivo negativo sino se acompaña de una evaluación continua de atención, prestación y resultados en salud. La gestión presupuestal encaminadas a generar “ahorros” sin su contraparte en la prestación, puede deberse a otros factores diferentes a la eficiencia, como lo puede ser la generación de barreras de acceso a los servicios de salud.	Se requiere la incorporación de indicadores de prestación, servicio y de resultados en salud.	Respecto a su observación y a la de otros actores sobre el mismo, se eliminó el término ahorros. Acerca de los indicadores se realizó un ajuste en el artículo . Definición del Presupuesto Máximo para cada EPS, donde se explica que dichos indicadores serán de gestión o resultados en salud y sobre ellos estarán los incentivos. Este Ministerio está considerando incorporar incentivos frente a indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS o EOC, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post.
969	10	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodriguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 13. Numeral 4, parágrafo 1. “los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta el valor de referencia o el valor máximo de recobro de la presente resolución;”	Se involucra a todos los agentes del SGSSS dentro de las disposiciones del borrador de Resolución en este artículo. Sin embargo, no se indica régimen sancionatorio, de seguimiento, control o de verificación, ni el ente competente para su vigilancia. Tampoco se indica su finalidad frente al objetivo normativo de la Resolución.	¿Qué sucede cuando un agente del sistema no tiene en cuenta el valor de referencia o el valor máximo de recobro?	Se reitera que el valor de referencia no es un precio, ni hace regulación del mismo, por lo anterior los contratos y el precio de venta no son sujetos de intervención y/o análisis, lo cual determina libertad en el mercado. En cuanto a acciones se aclara que para “Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que no suministren información, los RIPS para efectos del cálculo de los Presupuestos Máximos, seguimiento y control no serán sujetas de incrementos en los valores contratados y podrán ser excluidas de las redes de prestación respectivas.” y “En caso de no ser enviada la información por parte de las EPS o IPS 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.”
970	11	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodriguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 13. Numeral 4, Parágrafo 3. Los actores que intermedian en la cadena de formación de valor no deben comprometer la gestión del valor máximo de las tecnologías de la presente resolución	Se involucra a todos los agentes del SGSSS dentro de las disposiciones del borrador de Resolución en este artículo. Sin embargo, no se indica régimen sancionatorio, de seguimiento, control o de verificación, ni el ente competente para su vigilancia. Tampoco se indica su finalidad frente al objetivo normativo de la Resolución.	¿Cómo se compromete la gestión del valor máximo de una tecnología?	<p>Frente a la control y seguimiento El Ministerio está contemplando realizar una extensión en el dicho artículo, es por tanto aclarar que respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generará alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES realizará un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
971	12	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodríguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 18. Numeral 1.  1. El medicamento o que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerará en financiados con cargo al Presupuesto Máximo	Si la UMC asignada corresponde a dosis u otra unidad de medida que desconoce un diferencial en el costo de producción frente a un medicamento ya comercializado, impediría la entrada de nuevas presentaciones de medicamentos destinado a otra patología o una población diferente.  Un ejemplo de esta situación es la regulación del mercado de vilanterol y furoato de fluticasona para el cual se eligió una unidad mínima de regulación en dosis. En su momento toda la información observada en recobros corresponde a la concentración de 100/25µg que está indicada para la EPOC y el Asma. Sin embargo, en la actualidad se encuentra comercializada la presentación de 200/25 µg indicada única-mente para el tratamiento del Asma. Estas presentaciones por la UMC elegida tienen un único valor de recobro a pesar de corresponder a dos concentraciones diferentes y ser presentaciones (medicamentos) diseñadas y prescritas para diferentes patologías (no son sustitutas terapéuticas entre sí).	Se solicita incluir en el articulado un mecanismo de revisión del presupuesto máximo frente a la inclusión de nuevos medicamentos en mercados donde se decidió regulación una unidad diferente a la mínima de concentración. A sí mismo, se ratifica la necesidad en cumplimiento de la Ley 1437, que se incluya en la parte motiva las consideraciones técnicas que llevaron a la elección de una unidad de medida diferente a la mínima.	En este artículo es claro el alcance y como se determina en el apartado 1. El medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Lo anterior es importante ya que las indicaciones no generarán cambios en la estructura de la molécula en cuestión, por lo tanto es sujeta de tener el valor de referencia.
972	13	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodríguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 19, numeral 4. Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos.	Se indica el recalcule del presupuesto máximo ante nuevas tecnologías. Sin embargo, su reglamentación es incompleta al no indicar el tratamiento de esa nueva tecnología por el SGSSS durante el periodo de evaluación (transición) y tampoco se indica la periodicidad de su revisión.	Se solicita incluir la periodicidad en la cual se realizará esta revisión del presupuesto máximo ante nuevas tecnologías.  También se requiere aclarar como serán financiadas las nuevas tecnologías que demuestren superioridad terapéutica frente a las alternativas financiadas con presupuesto máximo durante el periodo de transición de su evaluación.	En el proyecto normativo se encuentra relacionado las fechas en las que se debe enviar la información, teniendo en cuenta dichos registros y la herramienta MIPRES se podrá evidenciar la utilización de nuevas tecnologías, con respecto a la equivalencia es necesario recordar 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 cual dispondrá de tres (3) meses.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
973	14	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodríguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 20. Garantía de los demás Servicios y Tecnologías en salud.	Al continuar con un esquema de recobro, el presupuesto máximo por su estructura y distribución es de hecho un aseguramiento de segundo nivel. Pasando de una cobertura individual a un aseguramiento global de tecnologías fuera del PBSUPC. Sin embargo, esta metodología no incorpora los componentes de riesgo que permita asegurar su correcta gestión. Y este artículo indica que se conservará el aseguramiento individual como un tercer nivel de garantía del derecho a la salud. Considerando la estructura de aseguramiento que se está usando para el presupuesto máximo, se debe adoptar los componentes de prevalencia, costos de mercado, dinámicas de prescripción que se tienen en la inclusión de tecnologías al PBSUPC para asegurar un cálculo asertivo.	Se solicita incorporar los componentes de riesgo: prevalencia por condición de salud, costo de tecnologías según tratamiento anual, dinámica de prescripción; en el cálculo del presupuesto máximo.	En la metodología se vincula un delta que hace referencia a todas aquellas variaciones que se puedan dar, lo indicaría extensión hasta la prevalencia, costos incluidos en la factura, y la dinámica de prescripción dada por la totalidad de registros analizados. Así mismo es necesario recordar que los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge datos de las facturas que contiene los valores de los servicios prestados y reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.
974	15	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodríguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo (SIC) de los Recursos	El régimen de seguimiento, control y monitoreo debe estar claro antes de implementar el mecanismo de presupuesto máximo. Es improcedente el periodo de un mes para su definición.	Corregir la palabra: "monitorio".  Incluir una reglamentación total del seguimiento, control y monitoreo que realizará ADRES, al igual que su armonización con el artículo 112 de la Ley 1438.	En virtud de su observación y la de otros actores se realizó el siguiente ajuste: "Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos. Así mismo con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.  Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES realizará un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.
975	16	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodríguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Artículo 46.	La implementación de los techos requiere renegotiaciones entre los actores del SGSSS que requiere un periodo de transición para su adecuada implementación.	Se requiere incluir un periodo mayor a un mes para su implementación.	No es posible acceder a un periodo de transición, por una parte porque, es menester la implementación de presupuestos máximos para el uso de recursos de la salud con mayor eficiencia y control; por otra parte es un proceso que se ha socializado y trabajado con el conjunto de actores del SGSSS desde 2019, por tanto, todos ya conocen y están preparados para la entrada en rigor de este acto.
976	17	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodríguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Anexo 1. Valor máximo	Se incluye la sigla VGR sin que esta sea mencionada o explicada en el cuerpo del borrador del proyecto de resolución.	Se solicita aclarar o corregir la fórmula matemática de definición del Valor máximo	En virtud de su observación y la de otros actores este Ministerio ha procedido ha revisar todas las formulas del presente proyecto normativo.
977	18	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodríguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Anexo 1. Presupuesto máximo	Se reconoce el valor recobrado sin importar si es atípico. Si recordamos la muestra (aunque estaba procesada) indicaba varios casos donde los valores recobrados eran tan bajos que con un rango intercuantílico ya se podían calificar como atípicos. Aun así, para establecer el presupuesto máximo no se toma decisión alguna frente a los valores atípicos bajos (se están asumiendo como valores reales, tan solo se acotan los valores a la derecha de la curva. Los VMR ya representan el percentil del 25 o 10 de todas las transacciones. Reconocer los valores atípicos inferiores de la base de datos es asumir valores incluso por debajo del precio mínimo registrado en SISMED de varias terapias. Esto subestima el presupuesto necesario para continuar con las atenciones en salud. Se está creando un déficit presupuestal por solo excluir valores atípicos a la derecha de la curva.	Se solicita utilizar el VMR o PRI como referente de precio en el cálculo del presupuesto máximo.  También se requiere indicar de forma explícita que, en caso de existir un PRI, este será el valor utilizado para el cálculo del presupuesto máximo.	En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  En el tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
978	19	8/01/2020	202042300021792	Edisson Ernesto Rodríguez P. Health Economics Coordinator	Medical Affairs Rx Colombia GSK Colombia	Anexo 1. Modelo estimado: 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 período a implementar el Presupuesto Máximo.	Estos crecimientos por principio activo se separan de aspectos clínicos o comportamientos prescriptivos. La existencia de sustitución terapéutica entre diferentes principios activos con dinámicas temporales obliga que este calculado debe actualizarse cada año. Las variaciones no son constantes y no representan el comportamiento futuro ya que esta decisión se realiza a la luz de nueva evidencia clínica. Tampoco incorpora características epidemiológicas propias de cada enfermedad o condición de salud.	Se solicita implementar la revisión anual del presupuesto máximo. No es suficiente indexar por la meta de inflación del Banco de la Republica.	Debido a su observación y la de otros actores el artículo Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes en el que a parte de la inflación establecida por el Banco de la Republica se tiene en cuenta: "... el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. En el evento que no se disponga de información del suministro y valores de los servicios y tecnologías en salud objeto del presente acto administrativo y para cada Grupo Relevante el Ministerio de Salud y Protección Social calculará el Presupuesto Máximo con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Adicionalmente, La ADRES, desarrollará un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.
979	1	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Generales	1. Expresiones: "valor máximo de recobro" y "valor máximo a reconocer por el Fosyga" de las resoluciones 649 y 1265 de 2010 declarado inexecutable por consejo de estado, como lo toman de base 2. La definición 15 en cuanto a PRI, no coincide al mencionarse que lo fija la Comisión Nacional de Precios.		Respuesta 1: En atención a su observación relacionada con "Expresiones: "valor máximo de recobro" y "valor máximo a reconocer por el Fosyga" de las resoluciones 649 y 1265 de 2010 declarado inexecutable por consejo de estado, como lo toman de base (...)", en primer lugar, debe advertirse que no se consideraron las expresiones de las normas citadas en su comentario. En su lugar, el proyecto de resolución de Presupuestos Máximos, en el artículo sobre "Definiciones", numeral 15, y en el Anexo 1 sobre la metodología para establecer el Presupuesto Máximo por EPS de Medicamentos y Alimentos con Propósito Médico Especial- APME, si incluye un concepto de Valor Máximo, el cual 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.  Estos valores de referencia no son equiparables a los VMR (Resolución 3078 de 2019) o a los PRI (CNPMDM) aludidos en su comentario, dado que para su uso con propósito de cálculos al interior de la metodología de Presupuestos Máximos, tienen un alcance diferente.  Ahora bien, el término de Valor Máximo utilizado en los encabezados de los anexos 3 y 4 del proyecto de resolución (Listado de Valores de Referencia – VR), será ajustado por el termino Valor de Referencia (VR), que corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC de cada grupo relevante.  En cuanto a la definición de PRI contenida en el artículo 3, numeral 15 del proyecto de resolución, no se evidencia la "no coincidencia" planteada por Usted, en la medida que la misma corresponde al Precio de Referencia Internacional (PRI) fijado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
980	2	9/01/2020	202042300027532	Maria Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 4 Artículo3 Punto 1	<p>1. El PRI ya tiene su propia definición en las circulares emitidas por la Comisión de Regulación de Precios de Medicamentos. Que una misma definición tenga diferentes significados, es permitir situaciones de inseguridad jurídica y permitir que los diferentes actores puedan incurrir en diferentes errores interpretativos: No conviene tener una definición de PRI para efectos de reglamentación de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y otra para Techos.</p> <p>En realidad no debe hablarse de PRI en esta resolución, lo correcto es hablar de "precio de control directo" que es aquel que definió la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos con base en el PRI.</p> <p>2. Debe precisarse el concepto de Alimentos para propósitos médicos especiales, pues es muy amplia y no permite realizar una clasificación de las categorías establecidas en el anexo 4 (listado de los valores de referencia de alimentos con propósito medico especial- APME)</p> <p>3. Pese a que en el texto se menciona que los alimentos para propósitos médicos especiales se encuentran denominados de esta manera en su registro, efectuadas las respectivas consultas se evidencia que varios alimentos que se encuentran actualmente en el Mipres, no se encuentran denominados como alimentos con propósito médico especial en el MIPRES.</p>		<p>Respuesta 2. En cuanto a su apreciación de "(...) El PRI ya tiene su propia definición en las circulares emitidas por la Comisión de Regulación de Precios de Medicamentos. Que una misma definición tenga diferentes significados, es permitir situaciones de inseguridad jurídica y permitir que los diferentes actores puedan incurrir en diferentes errores interpretativos (...) En realidad no debe hablarse de PRI en esta resolución, lo correcto es hablar de "precio de control directo (...)", tal como se aclaró en la respuesta 1, al interior de la propuesta de Presupuestos Máximos se utilizará el concepto de PRI definido en el ámbito de las competencias de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM), Circular 03 de 2013, artículo 9, en cuanto a que el mismo corresponde al Precio de Referencia Internacional (PRI) fijado por esta autoridad, sin que sea procedente denominarlo de otra manera.</p> <p>Vale advertir que el Ministerio de Salud en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, diseñó la metodología propuesta en el Anexo 1. del proyecto de resolución, para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, partiendo de reconocer el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos, aspecto que a todas luces es insostenible, por ello, en busca de la eficiencia se propone para identificar el Valor de Referencia (VR) por Grupo Relevante y por EPS o EOC, tener en cuenta el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES). El Valor Máximo corresponde al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p> <p>Respecto a su solicitud de que "Debe precisarse el concepto de Alimentos para propósitos médicos especiales, pues es muy amplia y no permite realizar una clasificación de las categorías establecidas en el anexo 4 (...)", se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Finalmente, en referencia con su comentario: "Pese a que en el texto se menciona que los alimentos para propósitos médicos especiales se encuentran denominados de esta manera en su registro, efectuadas las respectivas consultas se evidencia que varios alimentos que se encuentran actualmente en el Mipres, no se encuentran denominados como alimentos con propósito médico especial en el INVIMA.", es importante mencionar que para la definición de los grupos relevantes APME se tuvo en cuenta los alimentos que tienen características similares en su composición calórica y especificidades de los macro y micronutrientes, así como el uso específico que se ha otorgado a algunos de éstos. Los criterios para el otorgamiento de registros sanitarios, como alimentos para propósito médico especial fueron definidos en el año 2016 conjuntamente con el INVIMA, de manera que hoy en día los productos que cumplen con los criterios de la definición propuesta en el artículo sobre "Prescripción", parágrafo 3.ii., cuentan con su registro sanitario como APME; algunos muy pocos que se encuentran en MIPRES, y que aunque cumplen con los criterios de APME, no tienen tal descripción en el registro sanitario, se encuentran en proceso de actualización del mismo ante la entidad competente que es el INVIMA.</p>
981	3	9/01/2020	202042300027532	Maria Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 5 Artículo 3 Punto 11	<p>Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales-APME corresponde al conjunto de alimentos para propósito medico 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.</p>	<p>Estas categorías para estos grupos relevantes son muy amplias ya que no cuentan con información de composición que permita la clasificación de los productos y se ignora cual es la que esta utilizando el Minsalud.</p> <p>4. También se refiere un listado de alimentos para propósitos médicos especiales, pero no se realiza la cita del documento y tampoco se encuentra publicado en el INVIMA.</p>	<p>Respuesta 3. Sobre su inquietud respecto a que "Estas categorías para estos grupos relevantes son muy amplias ya que no cuentan con información de composición que permita la clasificación de los productos y se ignora cual es la que esta utilizando el Minsalud.(...)", debe precisarse inicialmente que para el caso de los Grupos Relevantes APME se hicieron agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; y dado que se trata de un ejercicio de presupuestal, objeto de gestión por parte de las EPS, no se hace cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial.</p> <p>La estrategia de Presupuestos Máximos, contenida en el proyecto de resolución en comento, propone una metodología de cálculo orientada a un ejercicio de programación presupuestal que establece unos recursos con destinación específica (No PBS-UPC) para cada EPS. Dichos recursos deben ser objeto de gestión por parte de cada EPS, de tal manera que las cantidades asignadas en el presupuesto máximo no sean excedidas, ya que como se expuso estas reflejan todos los determinantes de la demanda por estos servicios, entre ellos el perfil epidemiológico de los afiliados a cada EPS y las tecnologías requeridas para atenderlo, que se proyectan de acuerdo a un delta o crecimiento esperado con base a la estimación econométrica descrita en la propuesta de resolución.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
982	4	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 11 Artículo 7	1. Debe incorporarse el ajuste P*Q donde P considere IPC salud y Q contemple el comportamiento país con ajuste por carga de enfermedad y selección adversa. 2. En cuanto al aumento por inflación no queda claro cuando se realizará, anualmente pero cada Enero? Y cuando entrar a regir. Igualmente se menciona que el Adres informará al Ministerio el valor final ajustado para cada EPS, pero no se da un plazo hará dicho informe.		<p>Respuesta 4. En cuanto a su propuesta de “incorporarse el ajuste P*Q donde P considere IPC salud y Q contemple el comportamiento país con ajuste por carga de enfermedad y selección adversa (...)", sea lo primero precisar que los valores de referencia utilizados para el cálculo del Presupuesto Máximo están indexados al año 2020 y las cantidades reflejan la participación de las EPS en particular. Ahora bien, atendiendo consideraciones macroeconómicas, los presupuestos máximos para las vigencias siguientes se ajustarán con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Lo anterior se sustenta bajo el contexto de que los recursos a transferir a las EPS por concepto del Presupuesto Máximo, corresponden a transacciones institucionales de acuerdo a la circular 06 de 2018 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM, adicionalmente, las prestaciones en salud dispensadas a los pacientes están financiadas con recursos públicos o fiscales asignados a la salud, resultando procedente en estos casos utilizar el mecanismo de ajuste planteado.</p> <p>Debe tenerse en cuenta, que los Valores de Referencia (VR) no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es exclusivo para efectos del cálculo de Presupuestos Máximos de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno.</p> <p>El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas.</p> <p>El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitiría el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta.</p> <p>Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>En cuanto a las cantidades utilizadas en el cálculo del Presupuesto Máximo, debe precisarse que las mismas han sido determinadas para cada EPS entorno a su comportamiento histórico, y adicionalmente han sido ajustadas con la variación (delta) del comportamiento de las cantidades a nivel nacional. El reconocer las cantidades propias de cada EPS, refleja las condiciones de la población, en virtud que la prescripción está relacionada directamente con las condiciones del paciente y en tanto recoge el perfil epidemiológico respectivo.</p> <p>Sobre su solicitud de utilizar en el ajuste del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, variables relacionadas con el comportamiento de la carga de enfermedad y selección adversa, debe señalarse que en lo relativo a la carga de enfermedad, el riesgo derivado de la misma debe ser atendido a través del mecanismo de protección colectiva (PBS-UPC), no obstante, también debe considerarse que para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información histórica, al interior de la cual se encuentran inmersos los diagnósticos relacionados con la carga de enfermedad.</p> <p>En cuanto a lo relativo al efecto de selección adversa, este debe ser tratado en el ámbito de la operación del aseguramiento por cuanto trasciende los propósitos del presente proyecto de resolución, no obstante, se dispone en el artículo denominado como “Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente”, de medidas de ajuste debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, reconociéndole a las EPS el valor correspondiente para la atención de lo cubierto por el mecanismo.</p> <p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>Finalmente, respecto a sus inquietudes de: “En cuanto al aumento por inflación no queda claro cuando se realizará, anualmente pero cada Enero? Y cuando entrar a regir. Igualmente se menciona que el Adres informará al Ministerio el valor final ajustado para cada EPS, pero no se da un plazo hará dicho informe”, debe considerarse que los Presupuestos Máximos corresponden a recursos públicos que se fijan para cada año fiscal, en consecuencia su ajuste se realizará en término de tales vigencias anuales.</p>	
983	5	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 8 Artículo 6	3. En la metodología para realizar el cálculo de las cantidades del delta no se realiza la estimación sobre las cantidades ajustadas las cuales son servicios ya prestados que afectan la proyección, de esta manera no se estaría aplicando para la tasa de crecimiento los datos ajustados. 4. En el tipo de servicios OTROS: ¿qué tecnologías se están incluyendo y con que criterios? Deben incluirse unidades de medida claras dependiendo del tipo de servicio. Una resolución restrictiva no puede dejar tan amplio un concepto como “Otros” 5. En el tipo de servicio CUIDADOR el valor de referencia ¿es por hora? ¿Día? ¿Cual es la unidad de tiempo? En el tipo de servicio transporte y alojamiento ¿el valor es por día? ¿trayecto? ¿Kilómetro? 6. No hay claridad sobre el concepto “Conglomerados” ni los criterios con los que se agruparon para asignar el Valor de Recobro, así como tampoco las unidades con que se mide y asigna ese valor ( tiempo, medida, cantidad...) El Minsalud debe aclarar porque no puede sencillamente decir que se trata de un “Clúster” sin definir cuales son los criterios tomados para construir ese cluster o conglomerado 7. Se solicita al Minsalud ampliar información sobre los conglomerados asignados a los servicios sociales complementarios, ¿cuales son los criterios de		<p>Respuesta 5. En primera instancia, sobre su aseveración relacionada con “la metodología para realizar el cálculo de las cantidades del delta no se realiza la estimación sobre las cantidades ajustadas las cuales son servicios ya prestados que afectan la proyección (...)", debe aclararse que en principio debe señalarse que en el proyecto de resolución se encuentra descrito ampliamente el modelo econométrico prospectivo, que tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. En esta información de vigencias consolidadas, se documenta el histórico de uso de servicios independientemente de las entidades involucradas.</p> <p>Sobre sus observaciones del por qué el delta aplica sobre las cantidades iniciales y no sobre las ajustadas, debe señalarse que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR (Incurred But Not Reported) en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, debe recordarse que se utilizaron todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores producto de estas auditorías.</p> <p>En cuanto a sus observaciones relacionadas con la definición de la cantidad total prospectiva y las estimaciones de las cantidades que la componen (inicial, ajustada y delta), se tiene previsto ajustar la forma de cálculo, pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa.</p> <p>Sobre su inquietud respecto a “No hay claridad sobre el concepto “Conglomerados” ni los criterios con los que se agruparon para asignar el Valor de Recobro, así como tampoco las unidades con que se mide y asigna ese valor ( tiempo, medida, cantidad...), En el tipo de servicios OTROS: ¿qué tecnologías se están incluyendo y con que criterios? (...). En relación con las inquietudes de: “En el tipo de servicio CUIDADOR el valor de referencia ¿es por hora? ¿Día? ¿Cual es la unidad de tiempo? En el tipo de servicio transporte y alojamiento ¿el valor es por día? ¿trayecto? ¿Kilómetro? (...)", los conglomerados son una metodología estadística producto de la heterogeneidad de las prestaciones, que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio de la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.</p> <p>De otro lado, en cuanto a su solicitud de describir a que hace referencia el concepto de “OTROS”, debe mencionarse que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios complementarios de la tabla de referencia MIPRES, se categorizaron como “OTROS”.</p> <p>Finalmente, es importante mencionar que el proyecto de resolución prevé las condiciones sobre las cuales se cubrirán tecnologías en salud con cargo al Presupuesto Máximo.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
984	6	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 13 Artículo 10	1. Debe establecerse mecanismos de vigilancia estrecha al flujo de recursos por parte de la EPS a los prestadores y ante el incumplimiento, de alguna EPS. 2. En EPS bajo medida de vigilancia especial debe enviarse los recursos por giro directo al prestador con la oportunidad definida para el giro de presupuesto máximo, para asegurar que los recursos en el SGSSS lleguen a la red prestadora de servicios de salud. 3. Los Gestores farmacéuticos podremos estar en ese listado de beneficiarios, por lo cual se debe hacer la gestión con la EPS.		<p>Respuesta 6. Respecto a sus inquietudes planteadas al Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos, particularmente sobre la necesidad de hacer un seguimiento al flujo de recursos hacia la red de prestadores, se determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.</p> <p>No obstante, en cuanto a sus comentarios sobre establecerse mecanismos de vigilancia estrecha al flujo de recursos por parte de la EPS a los prestadores, para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>
985	7	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 13 Artículo 12 – Parágrafo	1. El 5% es suficiente? El Ministerio debe explicar de donde salió el porcentaje, pues debe estar soportado en un cálculo técnico econométrico 2. La trasferencia debería ser anticipada y debería la norma tener periodo de transitoriedad, la EPS inicia sus pagos dentro de los primeros días de cada mes por lo que esos 10 que se dan de plazo para que el ADRES gire, tendría que la EPS prestar ese dinero, lo cual no es posible al tener recursos con asignación específica. 3. Antes de los 2 años mencionados en los cuales se destinará el 5% para contingencias y desviaciones como se cubrirán si se presenta, más si no hay ahorro por EPS que pudieran utilizarse para ello. 4. Se sugieren diferentes modalidades de contratación a la utilizada por evento.		<p>Respuesta 7. En cuanto a sus observaciones atinentes al artículo 12, que trata sobre la “Transferencia del Presupuesto Máximo.”, dicho artículo será modificado eliminándose el párrafo donde se planteaba una apropiación del 5% para contingencias. El nuevo texto propuesto señalará que La ADRES deberá transferir a las EPS el 100% los recursos del Presupuesto Máximo dentro de la vigencia fiscal respectiva, y dicha transferencia se realizará de forma mensual y proporcional dentro de los 10 (diez) primeros días del mes según corresponda. No obstante, la primera transferencia del primer mes después de la aprobación de la presente resolución o de cada vigencia se podrá realizar al finalizar el mes respectivo. Así mismo, en la transferencia mensual respectiva La ADRES tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS.</p> <p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.</p> <p>Así las cosas, al realizarse la transferencia de La ADRES en estos plazos, las EPS no tienen que “prestar” dichos recursos pues los reciben dentro del mismo periodo de prestación de servicios y antes de que se genere la obligación de pago de tales facturas, de forma similar a la transferencia de recursos de UPC.</p> <p>Finalmente, el mecanismo de Presupuestos Máximos no tiene como propósito definir mecanismos de contratación de servicios de salud, sino el de establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles, y que las EPS recobran a la ADRES. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual, se fortalecerán la gestión de la EPS y la atención integral del paciente.</p> <p>Es preciso mencionar que con esta medida se pretende mejorar el flujo de recursos, no obstante, las EPS deben observar las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, ajustándose a sus costos de producción, en procura de la eficiencia de los recursos del Presupuesto Máximo por EPS.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
986	8	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 15 Artículo 13	<p>1. El pago al prestador se debe asegurar dada la responsabilidad de aseguramiento de la EPS y en la medida que la superación de techos no debe comprometer la prestación de servicios. Continuidad de atención</p> <p>2. Frente al No. 1. Tal como está redactado constituye un "precio" regulado y debe someterse a abogacía de a competencia de la SIC, o cambiar la redacción.</p> <p>3. Frente No. 2. ¿Que es defensa judicial "adecuada" a los intereses del SGSSS? Como se mide? Quien es la entidad con competencia legal para establecer o medir la adecuada defensa del SGSSS? Como se mide la adecuada defensa?</p> <p>A que se refiere "acumulacion excesiva" y como se definira el valor de esta acumulacion?</p> <p>4. ¿Como se interpreta que las facturas necesiten ajuste? O revisión o ajuste de presupuesto?</p> <p>5. Frente No. 4. ¿Con base en qué criterios deben priorizar las EPS? ¿En el precio? En el estado de salud?</p> <p>6. En cuanto a la utilización del ahorro de las EPS (60%) Que cubrirá contingencias, será solo las contingencias de esa EPS que ahorro o de todas las demás?</p> <p>7. Aclarar por qué solo hasta los 3 años se hace el traslado del ahorro?</p>		<p>Respuesta 8. Respecto a sus aseveraciones al artículo sobre "No superación del Presupuesto Máximo", en las cuales advierte de que "El pago al prestador se debe asegurar dada la responsabilidad de aseguramiento de la EPS y en la medida que la superación de techos no debe comprometer la prestación de servicios. Continuidad de atención (...)", el Presupuesto Máximo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema, sin afectar de manera alguna la atención integral y la continuidad del proceso de atención al paciente. Para el efecto, el proyecto de resolución plantea diversas medidas en el artículo sobre "Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos.", a partir de las cuales 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 (hasta las IPS y proveedores inclusive), el control del manejo de los mismos, las auditorías y demás actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>En cuanto a su observación al Artículo sobre "No superación del Presupuesto Máximo., numeral 1. En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia.", en cuanto a que el mismo "Tal como está redactado constituye un "precio" regulado y debe someterse a abogacía de a competencia de la SIC, o cambiar la redacción (...)", debe aclararse que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>En cuanto a la regulación de precios de medicamentos, es la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM, quien estableció los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.</p> <p>En cuanto a sus inquietudes el numeral 3 del Artículo sobre "No superación del Presupuesto Máximo., relacionadas con "¿Que es defensa judicial "adecuada" a los intereses del SGSSS? Como se mide? Quien es la entidad con competencia legal para establecer o medir la adecuada defensa del SGSSS? Como se mide la adecuada defensa?", debe precisarse que en aplicación del derecho de defensa judicial, indistintamente del resultado que se arroje en cada uno de los procesos, se espera que la EPS respectiva efectivamente haya acudido a todas las etapas en ejercicio del debido proceso. La ADRES determinará los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo, así como los elementos para la defensa judicial requeridos.</p> <p>Ahora bien, dentro de las actuaciones mínimas de defensa que deberá adelantar la EPS en los procesos de acción de tutela, y que serán consideradas en cada caso particular, se encuentran: contestación de la acción de tutela 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 solicitando su revisión e insistiendo en su selección, y contestación del incidente de desacato donde se argumente la imposibilidad del cumplimiento de la orden.</p> <p>En ejercicio de estas actuaciones la EPS deberá realizar un pronunciamiento de fondo que permita ilustrar y darle claridad al juez, principalmente, sobre los requisitos mínimos que debe contener la prescripción, las tecnologías que efectivamente se encuentran excluidas de los beneficios de Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de Sistema de Salud.</p> <p>Respecto a sus alusiones sobre "A que se refiere "acumulacion excesiva" y como se definirá el valor de esta acumulacion? 6. En cuanto a la utilización del ahorro de las EPS (60%) Que cubrirá contingencias, será solo las contingencias de esa EPS que ahorro o de todas las demás? 7. Aclarar por qué solo hasta los 3 años se hace el traslado del ahorro?", se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en este artículo del proyecto de resolución.</p> <p>Finalmente, respecto a sus inquietudes de "¿Como se interpreta que las facturas necesiten ajuste? O revisión o ajuste de presupuesto?" y "¿Con base en qué criterios deben priorizar las EPS? ¿En el precio? En el estado de salud?", debe señalarse que en el proyecto de resolución se desarrollan varias opciones, todas encaminadas a no superar el presupuesto máximo, sin perjuicio de la garantía de una atención integral para los pacientes según lo requieran. Así, las EPS en conjunto con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el personal de salud, buscarán priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con recursos de la UPC, contemplando para ello primeros usos, evidencia científica, guías, protocolos, rutas de atención y posicionamiento terapéutico, entre otros. Todo esto, sin dejar de lado que se priorizará el uso de la mejor opción terapéutica para el paciente. Las EPS deben hacer gestión respecto de modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, entre otros; como también monitoreo y seguimiento del gasto por este concepto, para identificar el riesgo y anticiparse realizando los ajustes necesarios.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
987	9	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 16 Artículo 13	<p>1. Parágrafo 1: Tal como está redactado constituye no un techo sino una regulación de precios, por lo que deberá ser sometido a abogacía de la competencia en SIC o cambiase su redacción</p> <p>2. Parágrafo 2 Las EPS deberán gestionar la eficiencia de los valores máximos de las Tecnologías a través de mecanismos de contratación diferentes a evento con la cadena de formación de valor.</p> <p>Tal como está redactado, con el verbo "deberán", se está proscribiendo la contratación por evento, que seguirá siendo válida en el mundo de los medicamentos porque no todos los medicamentos se podrán ingresar a cápita,y la mayoría de contratos de Riesgo compartido son justamente por evento con incentivos. El "deberá" debe eliminarse.</p> <p>Por demás, una resolución, como la de techos, no puede prohibir lo que los mismos decretos de reglamentación de contratos entre los actores del sistema de salud (Dec 4747/07 y DUR) no prohíben (contratación por evento).</p> <p>La redacción del texto sugiere que no se podrá realizar mas contratación bajo los modelos de evento, y que se deberá ajustar la contratación a otro tipo de modelos, lo cual es incongruente con la formas de contratación dispuestas en la normavitudin en salud. Se sugiere ajustar el texto para ser mas claro en el objeto de que se pueden gestionar la</p>		<p>Respuesta 9. Sobre sus comentarios al artículo sobre "No superación del Presupuesto Máximo", específicamente a que el "Parágrafo 1: Tal como está redactado constituye no un techo sino una regulación de precios", debe reiterarse que de manera alguna el proyecto de resolución tiene el propósito de fijar precios, sino el de establecer valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado, por ende, no regula las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de la cadena. Adicionalmente, la metodología adoptada es por grupo relevante y es con base en la facturación realizada a la ADRES.</p> <p>En cuanto a la regulación de precios de medicamentos, es la CNPMDM el órgano que fija los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces que es ésta entidad rectora la encargada de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.</p> <p>Frente a sus inquietudes sobre el Parágrafo 2 del artículo "No superación del Presupuesto Máximo", en cuanto a que "Tal como está redactado, con el verbo "deberán", se está proscribiendo la contratación por evento, que seguirá siendo válida en el mundo de los medicamentos porque no todos los medicamentos se podrán ingresar a cápita, (...)", considerando varias apreciaciones similares se decidió modificar este texto para señalar de manera general que las EPS deberán gestionar la eficiencia de los valores máximos de las Tecnologías con la cadena de formación de valor.</p> <p>Conforme lo anterior, se aclara que el proyecto de resolución nunca a previsto establecer límites a las modalidades de contratación que desarrollan las EPS, en su lugar, lo que se pretende con la estrategia de Presupuestos Máximos es que la gestión de las EPS lleve a un nuevo estado de las cosas con respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del Presupuesto Máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p> <p>En esta vía, las EPS deben observar las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, ajustándose a sus costos de producción, en procura de la eficiencia de los recursos del Presupuesto Máximo por EPS.</p> <p>Por último, respecto a sus aseveraciones al parágrafo 3. del artículo "No superación del Presupuesto Máximo", en referencia con que "La redacción de este parágrafo es ambigua y no se entiende qué significa ¿A qué se refiere con "Comprometer la gestión del valor máximo de las tecnologías"?", el texto del mismo se aclarará para establecer que los actores del sistema de salud deberán realizar acciones para la no superación de los Presupuestos Máximos, sin afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud que efectivamente requiera el paciente. Se deberá evaluar la efectividad de dichas tecnologías; así como la relación beneficio-riesgo y costo efectividad de las tecnologías.</p>
988	10	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 16 Artículo 14	<p>1. Se sugiere la siguiente redacción: "Los actores que intermedien en la cadena de formación de valor no debe comprometer la gestión del valor máximo de las tecnologías"</p> <p>2. Se está emitiendo una norma sin tener claro desde ya cuales son los procedimientos para definir el riesgo de superación del presupuesto máximo.</p>		<p>Respuesta 10. En cuanto a su sugerencia de redacción, la misma no es procedente porque tal como se señaló en la respuesta 9, se ajustará la redacción de este aparte para señalar de manera general que las EPS deberán gestionar la eficiencia de los valores máximos de las Tecnologías con la cadena de formación de valor.</p> <p>Respecto a su planteamiento de que se "está emitiendo una norma sin tener claro desde ya cuales son los procedimientos para definir el riesgo de superación del presupuesto máximo.", la misma no es de buen recibo toda vez que en el proyecto de resolución en el artículo sobre "No superación del Presupuesto Máximo", se definen las varias herramientas de que dispone la EPS para que no se presente la superación del Presupuesto Máximo, sin perjuicio de la garantía de una atención integral para los pacientes según lo requieran. Entonces se plantea que las EPS deben hacer gestión respecto de modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, entre otros; como también monitoreo y seguimiento del gasto por este concepto, para identificar el riesgo y anticiparse realizando los ajustes necesarios.</p> <p>De otra parte, vale advertir que al proyecto de resolución se incorporará la obligación para La ADRES de definir el procedimiento de ajuste respectivo, en caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo.</p> <p>En cuanto a la determinación del riesgo de superar el Presupuesto Máximo, el proyecto de resolución ya dispone de un artículo específico para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, en el cual se contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos..</p> <p>Vale precisar que los criterios bajo los cuales se definirá el riesgo de superación de los presupuestos máximos, devienen de la aplicación de lo establecido en el citado artículo del proyecto de resolución, en virtud del cual La ADRES desarrollará, implementará y publicará en su página web el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo.</p>
989	11	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 16 Artículo 15	<p>1. Un porcentaje de los ingresos de operación asociados a los recursos del presupuesto máximo, se tendrán en cuenta por la Supersalud en la evaluación del indicador de patrimonio adecuado.</p>		<p>Respuesta 11. En cuanto a su propuesta de redacción del artículo de "Patrimonio adecuado.", la misma no es procedente por cuanto no plantea, ni soporta, un cambio sustancial a lo ya definido sobre el particular en el proyecto de resolución. El texto de este artículo será ajustado para señalar sobre el "Patrimonio adecuado", que 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 establecerá el porcentaje de los ingresos de operación asociados a los recursos del presupuesto máximo que se tendrán en cuenta en la evaluación del indicador de patrimonio adecuado.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
990	12	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 16 Artículo 16	1. Se sugiere la siguiente redacción: "podrán establecer modelos de atención, gestión, concertar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes. En todo caso las EPS podrán contratar en forma integral el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y financiados con cargo al Presupuesto Máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación". 2. Dentro del artículo se habla de que las EPS podrán prestar directamente el servicio, algo que se constituye como integración vertical. Debe eliminarse esta frase del Artículo.		Respuesta 12. En cuanto a su propuesta de redacción al artículo sobre "Acceso.", la misma no es dable debido a que no existen diferencias frente al texto contenido en el proyecto de resolución.  Acerca de que en este artículo (...) se habla de que las EPS podrán prestar directamente el servicio, algo que se constituye como integración vertical. Debe eliminarse esta frase. (...)", la misma no es procedente, toda vez que el proyecto de resolución de Presupuestos Máximos no tiene el alcance de modificar las normas relacionadas con integración vertical, ni los mecanismos de contratación que actualmente se desarrollan al interior del Sistema, y que se mantienen.  De otra parte, es importante resaltar que la iniciativa contenida en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, fundamento de Presupuestos Máximos, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema. En este contexto es que el Ministerio busca avanzar de manera gradual en la profundización del derecho a la salud a través del citado conjunto de estrategias de las cuales hace parte los Presupuestos Máximos, y en señal de ello no todo debe estar a cargo de determinado mecanismo, así, el diseño de éstos se hace conforme a la evolución y transición requerida para lograr la integralidad de la atención en salud de los usuarios.
991	13	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 16 Artículo 17	1. Las EPS podrán conformar las redes de prestación de servicios para la gestión integral de la atención de los pacientes.		Respuesta 13. En este punto, no se realizó ningún comentario al proyecto de resolución, sobre cual debe pronunciarse este Ministerio.
992	14	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 16 Artículo 18	1. ¿Cuál sería el plazo para el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud IETS? Consideramos debe contemplarse, so pena de que, si en 3 meses no da respuesta, se entiendo que no está incorporado en Presupuesto Máximo. 2. Cuando el medicamento es sin alternativa terapéutica, ¿va a recobro? 3. En la incorporación por parte de la industria de medicamentos combinados, el precio del mismo no debe superar el valor de la suma de las dos moléculas. 4. Sustentada la superioridad terapéutica por parte de la EPS mediante el establecimiento de un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, deberá ser considerado, para el análisis de techos (o presupuesto Máximo) de la vigencia siguiente de lo contrario de estaría violando el mandato de la corte en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías y la autonomía profesional. 5. A la fecha las tecnologías sujetas a evaluación por Junta de profesionales, no les aplica este requerimiento cuando media un fallo de tutela que ordena la prestación de dicha tecnología, sin embargo, en este parágrafo se hace la anotación de "En todo caso, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta medica". El hecho de que lo ordenado por fallo deba pasar por un trámite administrativo de Junta de		Respuesta 14. En atención a sus observaciones al artículo sobre "Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo.", en principio debe señalarse que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC. Ahora bien, sobre las disposiciones que deben tener en cuenta las EPS para atender estas prestaciones no financiadas con cargo a la UPC, debe aclararse que:  El medicamento que ingrese al país, debidamente autorizado por el INVIMA, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Igualmente, los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiados con cargo a dicha fuente.  Sobre su planteamiento en el cual señala que: "En la incorporación por parte de la industria de medicamentos combinados, el precio del mismo no debe superar el valor de la suma de las dos moléculas. (...)", el mismo no es procedente, toda vez que, según lo establecido en el artículo 41 de la resolución 3512 de 2019 acerca de CFP, que a la letra dice: "Artículo 41. Combinaciones de dosis fijas (CDF). Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los medicamentos en combinaciones de dosis fijas de la siguiente forma:  1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en COF se encuentren contenidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica y, 2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igual o menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos, si se utiliza como monofármaco por separado. El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la COF financiada con recursos de la UPC."  Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con su consulta, queda claro que es necesario que para el caso de las combinaciones a dosis fijas se describan de manera explícita los principios activos que la componen en la Resolución que actualiza los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).  Igualmente, en el proyecto de acto administrativo de Presupuesto Máximo se especifica que:  "Combinaciones de dosis fijas (CDF). Los medicamentos en Combinaciones de Dosis Fijas (CDF) se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.  Parágrafo 1. Los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiadas con cargo a dicha fuente."  En conclusión, si hay un principio activo dentro de una combinación fija que no se encuentra financiado con cargo a la UPC, éste se considera financiado con cargo al Presupuesto Máximo.  El Ministerio incluirá ajustes al Artículo 18. Numeral 2., definiendo el procedimiento que permita establecer la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica del medicamento, la que en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado. En el proyecto de resolución se permite a las EPS sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada; además, es información válida y que sirve para la toma de decisiones por parte del profesional de la salud, aspecto que refuerza la autonomía médica.  Para efectos de armonizar lo antes señalado en el proyecto de resolución, el Ministerio procederá a incorporar ajustes en la redacción que establecen que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 de la ley 1753 de 2015, y, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.  Vale advertir que en todo caso, si el medicamento, como resultado de la evaluación de tecnología: i) es inferior a otro se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud, ii) tiene equivalencia se financiará con cargo a los recursos de Presupuesto Máximo y será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición, iii) es superior y genera ahorros presentes y futuros en términos de ahorros para el sistema (reduce eventos adversos, evita reincidencias, reducción de días de internación, entre otros) respecto de la situación actual se considerará incluido dentro de los presupuesto máximos; por otra parte, en caso de ser superior y no generar ahorros al sistema a pesar de las bonificaciones del medicamento al Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la fracción adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por cargas controladas o por riesgos compartidos.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
							administrativo de Junta de profesionales, puede desencadenar en desacatos y sanciones vinculando a diferentes actores del Sistema. ¿Qué sucedería si el concepto de la junta médica es contrario a lo ordenado por el fallo de tutela? Debe contemplarse esta situación.		<p>sistema a pesar de los beneficios del medicamento el Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la necesidad adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por compra centralizada o por riesgo compartido.</p> <p>Ahora bien, revisando su planteamiento en cuanto a que “Sustentada la superioridad terapéutica por parte de la EPS mediante el establecimiento de un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, deberá ser considerado, para el análisis de techos (o presupuesto Máximo) de la vigencia siguiente de lo contrario de estaría violando el mandato de la corte en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías y la autonomía profesional.”, el mismo no es de buen recibo, toda vez que el mecanismo de presupuesto máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, así, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>En conclusión, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología(s) en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).</p> <p>Respecto a su inquietud relacionada con “(...) El hecho de que lo ordenado por fallo deba pasar por un trámite administrativo de Junta de profesionales, puede desencadenar en desacatos y sanciones vinculando a diferentes actores del Sistema. ¿Qué sucedería si el concepto de la junta médica es contrario a lo ordenado por el fallo de tutela? Debe contemplarse esta situación (...)”, sobre lo propuesto en el artículo 18, numeral 4., en cuanto al proceso de junta médica para asumir con cargo al Presupuesto Máximo los servicios complementarios, para precaver eventuales desacatos y sanciones, y como medio de defensa judicial, este Ministerio precisará la redacción de este texto en el proyecto de resolución, señalando que deben ser aquellos los que se exijan en la herramienta MIPRES, esto sin perjuicio de utilizar este mecanismo de junta médica que es natural en el sector de la salud.</p> <p>También vale mencionar que la Ley Estatutaria promueve en su artículo 16., las condiciones que deben surtir en el “Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.”. Así mismo, se tiene previsto fijar que en todo caso, y según corresponda, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica definido en la herramienta, guía o protocolo.</p> <p>En cuanto a su inquietud sobre “Cuando el medicamento es sin alternativa terapéutica, ¿va a recobro? (...)”, tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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..</p>
993	15	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 18 Artículo 21	2. Si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo, será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo, por lo cual no será objeto de recobro/cobro. La superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. En todo caso, entre tanto se surte la verificación de la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo. Si el medicamento es inferior terapéuticamente se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS. Comentario: Artículo 7 Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015. Consideramos que, tal como está redactado el artículo puede constituir una violación al libre mercado, y continuará afectando la estructura de costos y negativo impacto en la sostenibilidad del sistema de salud.		<p>Respuesta 15. En relación con la observación al Artículo 21. Prescripción, en cuanto a que la norma propuesta estaría incurriendo en “(...) una violación al libre mercado, y continuara afectando la estructura de costos y negativo impacto en la sostenibilidad del SGSSS (...)”, esto por cuanto “(...) El cambio debe permitirse siempre y cuando medie conceptos medico y de farmacovigilancia favorables y respectivo seguimiento clínico y paraclínico que corresponda (...), la misma no es cierta, toda vez que lo planteado por el Ministerio en el Parágrafo 1 del Artículo 21, contempla no solo la garantía de seguridad terapéutica para los pacientes con medicación de anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico, para evitar el riesgo en salud que se derive, sino que además, al igual que lo manifestado en su observación, sí permite una excepción para realizar el ajuste de dosificación y régimen de administración previa instauración del monitoreo clínico y paraclínico necesarios.</p> <p>De otra parte, el principio Pro Homine de la Ley 1751 de 2015 define en su Artículo 6, segundo literal b): “Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;”. Dado lo anterior, no es procedente su propuesta.</p>
994	16	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 18 Artículo 20	No se señala como se pagaran los procedimientos que no se incluyen en el presupuesto máximo.		<p>Respuesta 16. En referencia con su inquietud sobre “(...) como se pagaran los procedimientos que no se incluyen en el presupuesto máximo.”, dicho procedimientos se encuentra definido en el proyecto de resolución en el artículo sobre “Garantía de los demás Servicios y Tecnologías en salud”, donde se establece que los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC, ni con cargo a Presupuestos Máximos, continuarán siendo garantizados a los afiliados bajo el principio de integralidad, y su reconocimiento y pago se efectuará conforme al proceso de verificación y control que adopte la ADRES, hasta tanto se concluya con los análisis para la definición de su presupuesto máximo.</p> <p>Debe considerarse también que en el proyecto de resolución se incorporará un texto relacionado con que los servicios y tecnologías en salud excluidos o que cumplan alguno de los criterios del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, no se financiarán con los recursos públicos asignados a la salud, exceptuando los ordenados por Juez de Tutela.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
995	17	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 17 Artículo 19	1. Sustentada la superioridad terapéutica por parte de la EPS mediante el establecimiento de un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, deberá ser considerado, para el análisis de techos de la vigencia siguiente de lo contrario de estaría violando el mandato de la corte en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías y la autonomía profesional. 2. No existe parágrafo 3 en el artículo 22 del acto administrativo		<p>Respuesta 17. En cuanto a su inquietud referida a que “Sustentada la superioridad terapéutica por parte de la EPS mediante el establecimiento de un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, deberá ser considerado, para el análisis de techos de la vigencia siguiente de lo contrario de estaría violando el mandato de la corte en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías y la autonomía profesional.”, tal como se señaló en la respuesta 14, el Ministerio incluirá ajustes al Artículo 18. Numeral 2., definiendo el procedimiento que permita establecer la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica del medicamento, la que en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado. En el proyecto de resolución se permite a las EPS sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada; además, es información válida y que sirve para la toma de decisiones por parte del profesional de la salud, aspecto que refuerza la autonomía médica.</p> <p>Para efectos de armonizar lo antes señalado en el proyecto de resolución, el Ministerio procederá a incluir ajustes en la redacción que incluya que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 de la ley 1753 de 2015, y, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.</p> <p>Vale advertir que en todo caso, entre tanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo; así mismo, 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. Por otra parte, 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.</p> <p>Así mismo, debe reiterarse que el mecanismo de presupuesto máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, por lo tanto, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>En conclusión, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología(s) en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).</p> <p>Por último, en consideración a su comentario sobre la inexistencia de un parágrafo 3 en el artículo 22 del proyecto de resolución de Presupuesto Máximo, en efecto el Ministerio ajustará la redacción, toda vez que el citado parágrafo</p>
996	18	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 19 Artículo 22	Artículo 22. Indicaciones autorizadas. La financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo excepciones descritas en este acto administrativo que incluyan su financiación con cargo al Presupuesto Máximo.  Se pregunta si, con excepción de indicaciones en listado UNIRS, si el medicamento fue prescrito para indicaciones no autorizadas por INVIMA o UNIRS; estos medicamentos siguen yendo a recobro?		<p>Respuesta 18. En relación con su inquietud de si “(...) con excepción de indicaciones en listado UNIRS, si el medicamento fue prescrito para indicaciones no autorizadas por INVIMA o UNIRS; estos medicamentos siguen yendo a recobro?”, debe aclararse que tal como lo establece el artículo sobre “Prescripción”, la financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, correspondiendo las únicas excepciones a esta disposición, las de aquellos medicamentos que tengan autorizado un uso incluido en la lista UNIRS, caso en el cual dicho uso de igual forma se considera financiado con cargo al Presupuesto Máximo.</p> <p>En conclusión, atendiendo a lo definido en la Ley 1751 de 2015, artículo 15, literal d): “Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;”, los recursos públicos (UPC, Presupuestos Máximos o recobro/cobro) asignados a la salud no podrán destinarse a financiar medicamentos que sean prescritos por fuera de las indicaciones autorizadas por el INVIMA o fuera de la autorización de uso incluido en la lista UNIRS. Estos planteamientos están contenidos en el proyecto de resolución, reafirmando lo ya establecido en la norma vigente, para dar claridad al proceso.</p>
997	19	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 19 Artículo 23	Artículo 23. Combinaciones de dosis fijas (CDF). Los medicamentos en Combinaciones de Dosis Fijas (CDF) se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.  Aclarar si un CDF que tiene u principio activo contemplado en el PBS y otro que no lo está, ¿quien y como lo financia?		<p>Respuesta 19. Acerca de su observación al artículo sobre “Combinaciones de dosis fijas (CDF)”, al cual solicita aclarar “(...) si un CDF que tiene u principio activo contemplado en el PBS y otro que no lo está, ¿quien y como lo financia?”, debe acogerse lo establecido en el artículo 41 de la resolución 3512 de 2019 donde se menciona:</p> <p>Artículo 41. Combinaciones de dosis fijas (CDF). Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los medicamentos en combinaciones de dosis fijas de la siguiente forma:</p> <p>1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF se encuentren contenidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”, que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica y,</p> <p>2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igualo menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos, si se utiliza como monofármaco por separado.</p> <p>El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la CDF financiada con recursos de la UPC.”</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo a su consulta, queda claro que es necesario que para el caso de las combinaciones a dosis fijas se describan de manera explícita los dos principios activos en la Resolución que actualiza los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).</p> <p>Igualmente en el proyecto de resolución de Presupuestos Máximos se especifica que “Combinaciones de dosis fijas (CDF). Los medicamentos en Combinaciones de Dosis Fijas (CDF) se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.</p> <p>Parágrafo 1. Los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiadas con cargo a dicha fuente.”</p> <p>En conclusión, si hay un principio activo dentro de una combinación fija que no se encuentra financiado con cargo a la UPC, éste se considera financiado con cargo al Presupuesto Máximo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
998	20	9/01/2020	202042300027532	Maria Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 19 Artículo 25	<p>Prestación Integral en Salud. 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:</p> <p>2. Cualquier forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante.</p> <p>En muchos casos, las IPS cobran por aparte la aplicación controlada en IPS del medicamento, lo cual no está incluido en el precio y no ha podido ser tenido en cuenta en los cálculos de Minsalud. Si ello no se incluyó en muchos casos, ¿porqué razón se pretende cargar al Presupuesto Máximo?</p> <p>4. 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.</p> <p>Los cobros de las adecuaciones y ajustes se hacen por aparte y por costo unitario, muy pocas veces están incluidos en el costo del medicamento y al no estar incluido en el precio y no ha podido ser tenido en cuenta en los cálculos de Minsalud. Si ello no se incluyó en muchos casos, ¿porqué razón se pretende cargar al Presupuesto Máximo?</p>		Respuesta 20. En referencia con sus observaciones al artículo sobre "Prestación Integral en Salud.", debe considerarse que los valores reportados a la ADRES en el periodo de estudio contemplan todas las variables mencionadas en su observación, como la administración de los medicamentos y el costo logístico asociado a la dispensación final, por tanto estas variables ya se encuentran consideradas dentro del valor del cálculo.
999	21	9/01/2020	202042300027532	Maria Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 20 Artículo 27	<p>Se debe cambiar la redacción porque ciertamente no son las EPS las que definen la financiación de fórmulas magistrales, esto debe ser definido por el Gobierno en la resolución: Si el principio activo es PBS, lo cubre UPC y si alguno de los principios no es PBS debe ser no PBS. Y debe indicarse qué hacer cuando una fórmula magistral tiene un principio PBS y otro o PBS.... ¿Quien financia esto y cómo?</p>		<p>Respuesta 21. Respecto a su propuesta dirigida al artículo sobre "Fórmulas magistrales", y la solicitud de "(...) Se debe cambiar la redacción porque ciertamente no son las EPS las que definen la financiación de fórmulas magistrales, esto debe ser definido por el Gobierno en la resolución: Si el principio activo es PBS, lo cubre UPC y si alguno de los principios no es PBS debe ser no PBS. Y debe indicarse qué hacer cuando una fórmula magistral tiene un principio PBS y otro o PBS.... ¿Quien financia esto y cómo?", la misma no es procedente, toda vez que dentro de este artículo del proyecto de resolución ya se define claramente que son las EPS quienes definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman.</p> <p>En el caso planteado, cuando una fórmula magistral tiene un principio PBS y otro no PBS, las EPS deberán garantizar tales fórmulas magistrales, financiando los principios activos que constituyen las mismas con cargo a los recursos recibidos para tal propósito (UPC o Presupuesto Máximos).</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1000	22	9/01/2020	202042300027532	Maria Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 20 y 21 Artículo 31	<p>Artículo 31. Concordancia entre la prescripción y la dispensación. En cumplimiento a lo descrito en el artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del dispensador del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Número 780 de 2016, el dispensador no podrá entregar cantidades diferentes (ni mayores ni menores) a las requeridas para cumplir lo ordenado en la prescripción médica, amparándose en la presentación comercial de los medicamentos.</p> <p>Comentario. Es imposible que, a nivel ambulatorio siempre exista coincidencia en lo prescrito y lo dispensado, pues muchas de las tecnologías en salud (medicamentos, insumos, etc) vienen en presentaciones establecidas por el fabricante que no pueden ser fraccionadas pues pueden sufrir contaminación o indebida manipulación. Esto no atiende a la realidad de la dispensación y si puede crear una barrera de acceso enorme.</p>	<p>Se solicita o la eliminación del artículo o su acotamiento a dispensación intahospitalaria en IPS de 2 y 3r nivel, tal como está definido en el DUR, como veremos a continuación:</p> <p>En la reunión de techos del 18 de diciembre, se nos dijo que el artículo no era nuevo y que era una mera transcripción del artículo 2.5.3.10.3 del Decreto 780 de 2016 (DUR), y al 2.5.3.10.19 lo cual no es exacto. Revisando el tema, ni en la definición de Dispensación, ni en la de establecimiento farmacéutico, ni en la de Dosis Unitaria trae esta exigencia, ni la de Prohibiciones tampoco.</p> <p>El Ministerio cita el artículo 2.5.3.10.19 del DUR y seguramente la prohibición que mencionan es la siguiente: Prohibiciones del dispensador. El dispensador no podrá: 1. Adulterar o modificar en cualquier forma la prescripción. 2. Cambiar el principio activo, concentración, forma farmacéutica, vía de administración, frecuencia, cantidad y la dosis prescrita (...).</p> <p>Pero es que suministrar el medicamento en su presentación comercial cuando esta no puede ser dividida o fraccionada sino en centrales de reempaque/reenvase o mezclas y cuando el sistema de dosis unitaria es solo obligatorio para IPS de 2 y 3r nivel y no para droguerías que dispensan ambulatoriamente, no es modificar la prescripción, ni la dosis prescrita, y menos aún es contraviene la realidad técnica de la dispensación de medicamentos.</p>	<p>Respuesta 22. En relación con la observación planteada, donde se solicita revisar eventuales limitaciones en la dispensación de medicamentos para entregas parciales, que se generarían en el Artículo 31 sobre la Concordancia entre la prescripción y la dispensación, del proyecto de resolución, se encuentra que la norma propuesta para Presupuestos Máximos deviene del cumplimiento del artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del Dispensador del Decreto 780 de 2016, sin modificarse las condiciones bajo las cuales operan estos procesos de dispensación y reporte de información.</p> <p>En tal virtud, para los casos planteados en su observación, debe seguirse el trámite vigente, diferenciando en todo caso que la norma invocada (artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del Dispensador del Decreto 780 de 2016) define el deber ser para el dispensador, el cual a la fecha se encuentra vigente y su modificación no hace parte de los propósitos del proyecto de resolución sobre Presupuestos Máximos</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1001	23	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 23 Artículo 40	<p>Artículo 40.</p> <p>Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos. 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 hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.</p> <p>1. Comentario: Debe incluirse obligatoriamente a las IPS. Adicionalmente, debe incluirse un artículo de auditoría incluyendo a los importadores y demás actores que intervienen y juegan un papel importante. La exclusión de las IPS no pasaría el test básico de igualdad de la Corte Constitucional o el del Consejo de Estado pues al cumplir la importante función de dispensación intrahospitalaria de medicamentos, no pueden estar excluidas de la auditoría.</p>		<p>Respuesta 23. En referencia con sus observaciones al artículo sobre “Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos”, al cual propone que “(...) Debe incluirse obligatoriamente a las IPS. Adicionalmente, debe incluirse un artículo de auditoría incluyendo a los importadores y demás actores que intervienen y juegan un papel importante (...)”, debe aclararse que la misma no es procedente, toda vez que el citado artículo ya tiene contemplado que “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 hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.” (resalto).</p> <p>En ocasión a su comentario sobre “(...) garantizar la protección de datos de las entidades objeto de seguimiento en los términos establecidos en la Ley 1581 de 2012”, en virtud de lo propuesto en el Parágrafo del citado artículo, en el cual “La ADRES publicará el resultado del seguimiento y monitoreo a los Presupuesto Máximos, como mínimo por EPS y región.”, es claro que la disposición de tal información guardará la reserva legal y la confidencialidad, cumpliendo con la Ley 1581 de 2012 y demás normas relacionadas.</p>
1002	24	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 23 Artículo 41	<p>Todo cambio en la estructura del sistema de información debe brindar el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distintos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores, por lo que debe haber una transición.</p>		<p>Respuesta 24. En referencia con su comentario al artículo sobre “Deber de Información”, y su aseveración de que “Todo cambio en la estructura del sistema de información debe brindar el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distintos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores, por lo que debe haber una transición”, debo anticipar que la norma está diseñada para regir a partir de su publicación por lo que al momento no se tiene previsto un periodo de transición.</p> <p>Debe tenerse en cuenta que lo definido en el proyecto de resolución no comporta cambios sustanciales en la estructura de la información, las EPS reportan la información para el estudio de suficiencia de UPC en dicho sentido; y finalmente, el reporte de información no afecta el flujo de los recursos del sistema por cuanto no están atados, no se acoge su comentario.</p> <p>No obstante, el Ministerio dispuso a la ciudadanía el proyecto de resolución “Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado y se dictan otras disposiciones”. En este proyecto de resolución se contempla un plazo para el reporte de lo allí solicitado y está anunciado desde el momento de publicación.</p>
1003	25	9/01/2020	202042300027532	María Paula Riaño Espinel Directora Gremial Presidencia Nacional	Fenalco	Página 18 Artículo 21	<p>Debe realizarse revisión del siguiente mercado relevante ya que con el valor establecido en el borrador el vial tendría un valor de \$3.619 tendiendo un costo actual de \$4.147.500.</p> <p>Se solicita revisar los siguientes mercados relevantes ya que se trata del mismo principio activo en formas farmacéuticas que pueden ser homologables y la diferencia de precio entre una y otra es de \$10.200 el mg.</p>	<p>revisar la solicitud con los medicamentos</p>	<p>Respuesta 25. De acuerdo a lo observado, para el ID 626 FACTOR VON WILLEBRAND Polvo para reconstituir a solución o suspensión inyectable, efectivamente será validado el cálculo en mención y revisada la estandarización precedente al mismo; en caso de darse un ajuste al VR de estos grupos, el mismo se verá reflejado en el anexo técnico correspondiente, entretanto se mantiene el valor publicado.</p> <p>Para el caso de la Citarabina, la Resolución 243 de 2019 “Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación” la cual en el artículo 3, apartado 1 menciona:</p> <p>Artículo 3. Definiciones. Para efectos del presente acto administrativo, se toman como referencia las siguientes definiciones:</p> <p>1. Grupo relevante. Aquel medicamento perteneciente a la misma clasificación Anatómica Terapéutica Química, por sus siglas en inglés -ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) a nivel 5 (principio activo) e igual forma farmacéutica.</p> <p>Se entiende entonces, que el VMR es único para todos los medicamentos del mismo grupo relevante y se calcula por Unidad Mínima de Concentración –UMC, de modo que el grupo se establece por principio activo y forma farmacéutica, por tanto a pesar de que puedan ser homologables, de acuerdo a la definición de grupos relevantes deben ser independientes considerando su forma farmacéutica.</p> <p>De otra parte, dado que los actores están interpretando los anexos como precios, el Ministerio está evaluando publicar en una nota técnica los valores de referencia utilizados para el cálculo del presupuesto máximo, esto para evitar interpretaciones inadecuadas.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1004	1	13/01/2020	202042300037312	Isabel Maya Martínez	BAXTER	ANEXO 3. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO. Ajustar el Grupo Relevante ID 315, el cual está apareciendo como: CALCIO CLORURO FIBRINOGENO TROMBINA - Solución o suspensión inyectable, a: APROTININA CALCIO CLORURO FIBRINOGENO TROMBINA - Solución o suspensión inyectable	Ajustar el Grupo Relevante ID 315, el cual está apareciendo como: CALCIO CLORURO FIBRINOGENO TROMBINA - Solución o suspensión inyectable	Nuestra solicitud se fundamenta en el radicado 202034100015361 de fecha 2020-01-07, generado por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual se nos informó sobre el ajuste de la descripción en el ID mencionado, a fin de evitar confusiones.	Tal como les fue informado en comunicación oficial proferida por este Ministerio, el CALCIO CLORURO FIBRINOGENO TROMBINA - Solución o suspensión inyectable, será ajustado de acuerdo con a: APROTININA CALCIO CLORURO FIBRINOGENO TROMBINA - Solución o suspensión inyectable.
1005	1	20/01/2020	202042300070462	Ana Carrero Puerto	Ana Carrero Puerto		1. Dado que la propuesta convierte el mecanismo de Recobro en uno colectivo, de aseguramiento, las discusiones de la asignación por EPS deberían tener la recomendación de la comisión asesora de beneficios costos y tarifas del aseguramiento en salud. Lo anterior también por qué el Ministerio de Hacienda y crédito público tendría asiento y obligaciones, adicionalmente se debería invitar de forma permanente a La ADRES.		<p>El presente proyecto normativo se desarrolla en ejercicio de las atribuciones legales y reglamentarias conferidas a este Minsiterio, en especial, por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993; el literal i) del artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, y el artículo 5° de la Ley 1966 de 2019.</p> <p>La iniciativa de presupuestos máximo es parte de una estrategia integral que busca en su conjunto profundizar el ejercicio del derecho a la salud y a contribuir al acceso a las tecnologías y servicios de salud. Dicha iniciativa en lo fundamental desarrolla de forma objetiva la ley Estatutaria.</p> <p>Está estrategia cambia la forma como se gestionaban un conjunto de servicios y tecnologías en salud, las que hoy se prescriben por la herramienta MIPRES. Se avanza de un mecanismo individual que en la operación causaba problemas en el flujo de recursos, en la financiación de parte de los actores, interpretación del derecho, ambiguo en las responsabilidades y gestión fraccionada a uno integral, con un flujo de recursos expedito, evitando ambigüedades en la garantía del derecho. Se avanza de un mecanismo individual a uno colectivo</p> <p>Respecto a su observación se redacta un nuevo artículo con las informes que deberá presentar la ADRES a la Comisión Asesora para que a su vez esta haga recomendaciones al Ministerio</p>
1006	2	20/01/2020	202042300070462	Ana Carrero Puerto	Ana Carrero Puerto		2. Con el fin de mejorar las condiciones de acceso de la población con enfermedades huérfanas se debería financiar la incidencia por parte de la Adres. La prevalencia debería quedar a cargo de las EPS. Todo esto unido a la creación de rutas, centros de excelencia y vigilancia.		<p>Atendiendo la observación el Ministerio incluirá un artículo específico que trate de la financiación de medicamentos para enfermedades huérfanas, con la precisión de que los medicamentos en las indicaciones para el tratamiento de enfermedades huérfanas que se venían suministrando en la vigencia anterior a la del presupuesto máximo de cada vigencia, se financiaran con recursos de presupuestos máximos.</p> <p>Los medicamentos que requieran las personas que sean diagnosticadas con una enfermedad huérfana durante la vigencia del Presupuesto Máximo (por primera vez) será asumida por parte de La ADRES, para lo cual se desarrollaron lineamientos específicos, en atención a las observaciones realizadas por los actores, dentro de las que se citan el requisito previo de que el apiente deb estar reportado en SIVIGILA y que la IPS que realiza el diagnóstico debe garantizar el tratamiento por el primer mes, presentar el cobro a la EPS correspondiente y ADRES hará giro directo. Para meses subsiguientes ADRES hará tranferencia de recursos a la EPS para garantiza rla continuidad de la atención.</p> <p>☐</p>
1007	3	20/01/2020	202042300070462	Ana Carrero Puerto	Ana Carrero Puerto		3. En lo relacionado con el artículo 18 numeral 2 y artículo 19 numeral 4, es necesario el IETS recomiende el valor de entrada del medicamento con base en el menor valor de los países de referencia, pues en la propuesta no se ve el valor. Se debe dejar un tiempo para la evaluación de tecnología y precisar lo que pueda suceder con la definición de superioridad terapéutica		<p>En relación a los medicamentos que no estén incluidos en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, el numeral IV del artículo 19, los considera no financiados con cargo a presupuestos máximos, previendo que irán por recobro/cobro en los términos que defina ADRES, o asumidos por la EPS. Se advierte, que atendiendo observaciones de diferentes actores se contempló hacer precisiones al proyecto en el sentido de puntualizar que 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 de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015. Hasta tal verificación la tecnología será financiada con recursos de presupuestos máximos y el IETS dispondrá de tres (3) meses para realizar tal evaluación.</p> <p>Este Ministerio considera fundamental definir la financiación que tendrán los medicamentos no incluidos en las normas farmacológicas del país, según los resultados de la evaluación, si es inferior tendrá trámite de exclusión, si es equivalente o superior con demostración de ahorro (reduce eventos adversos, evita reinidencias, reducción de días de internación, entre otros), se financiará con presupuestos máximos y si es superior sin ahorro, el Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la fracción adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por compra centralizada o por riesgo compartido.</p> <p>Se acoge que en la evaluación d etecnología que realice el IETS, se incluya una propuesta de valor de la tecnología según listado de precios de países de refencia que defina el Minsiterio de Salud.</p> <p>Finalmente, definir una fecha para la puesta en marcha de la reglamentación del artículo 72 en mención, supera el alcance del presente proyecto normativo</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1008	4	20/01/2020	202042300070462	Ana Carrero Puerto	Ana Carrero Puerto		En el artículo 18 se debe dejar que los el IETS también evalúen el valor terapéutico de los procedimientos nuevos y del valor de referencia.		La evaluación de las tecnologías en salud que realice el IETS, en concordancia con el propósito del numeral 2 del artículo 18, será la de definir la superioridad, equivalencia o inferioridad de medicamentos que no tengan norma farmacológica en el país. Además se agrega, respecto de los procedimientos nuevos, que será el IETS la entidad que también realice evaluaciones de estas tecnologías para tal fin
1009	5	20/01/2020	202042300070462	Ana Carrero Puerto	Ana Carrero Puerto		Finalmente se debe precisar que los medicamentos no registrados en normas farmacológicas se refieren a nuevas entidades químicas, pues si no se hace la aclaración se confundirá con el artículo 23.		Teniendo en cuenta lo mencionado en el artículo 23 del Proyecto de Resolución específica que respecto a combinaciones de dosis fijas CDF " Artículo 23. Combinaciones de dosis fijas (CDF). Los medicamentos en Combinaciones de Dosis Fijas (CDF) se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo. Parágrafo 1. Los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiadas con cargo a dicha fuente" Teniendo en cuenta lo anterior y en complemento a lo mencionado en artículo 18 en el inciso 2, será la EPS quien en su gestión le corresponde determinar la adquisición con cargo al Presupuesto Máximo, en todo caso la EPS debe realizar la gestión clínica que incluye la correspondiente relación Riesgo/Beneficio por parte del profesional prescriptor. Así las cosas, el artículo 23 deja claro que en caso que los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados, están financiados con cargo al Presupuesto Máximo por tanto no habría cabida a la confusión
1010	6	20/01/2020	202042300070462	Ana Carrero Puerto	Ana Carrero Puerto		4. Considero que el régimen subsidiado debe tener una transición diferente a la del régimen contributivo en la asignación y en enfermedades huérfanas. El régimen subsidiado de debe monitorear en la vigencia y evaluar los presupuestos máximos, pues es primera vez que la nación tiene esa competencia directamente.		En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución. Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.
1011	7	20/01/2020	202042300070462	Ana Carrero Puerto	Ana Carrero Puerto		5. Se sugiere incluir en el epígrafe el artículo 5 de la ley 1966. También hace parte de esta iniciativa y no se		Se acoge la solicitud .
1012	1	20/01/2020	202042300070412	Édison Morales Cárdenas	Asociación Colombiana de Alergia, Asma e Inmunología - ACAAI	Anexo 5 CUPS: 991201 CUPS: 991202 CUPS: 991203 CUPS: 991204 CUPS: 952901	Les solicitamos revisar en el Anexo 5 los valores de referencia máximos de contratación en el 2019: \$209.162. - Promedio de valor de contratación en el 2019: \$194.037. 991202: Inmunoterapia con extracto alérgico por vía subcutánea • Valor en el Anexo 5: \$136.458,01 • Valores en encuesta de la ACAAI: - Promedio de valores mínimos de contratación en el 2019: \$178.913. - Promedio de valores máximos de contratación en el 2019: \$209.162. - Promedio de valor de contratación en el 2019: \$194.037. 991203: Inmunoterapia con extracto alérgico por vía sublingual • Valor en el Anexo 5: \$97.485,17 • Valores en encuesta de la ACAAI: - Promedio de valores mínimos de contratación para los procedimientos ejecutados por los médicos especialistas en alergología que seguidamente señalamos, y que serán usados como referentes para el cálculo del Presupuesto Máximo, pues se constituirán en valores máximos de facturación y cobro en cualquier modalidad de contratación a partir de este año 2020 entre las EPS y los prestadores, sean IPS o profesionales independientes, para poder cumplir con el Presupuesto Máximo. Muchos miembros de la ACAAI que son médicos especialistas en alergología, contratan dentro del sistema de salud de forma directa como profesionales independientes o de forma indirecta al ser empleados o contratistas de IPS que	Les solicitamos revisar en el Anexo 5 los valores de referencia máximos de contratación en el 2019: \$209.162. - Promedio de valor de contratación en el 2019: \$194.037. 991202: Inmunoterapia con extracto alérgico por vía subcutánea • Valor en el Anexo 5: \$136.458,01 • Valores en encuesta de la ACAAI: - Promedio de valores mínimos de contratación en el 2019: \$178.913. - Promedio de valores máximos de contratación en el 2019: \$209.162. - Promedio de valor de contratación en el 2019: \$194.037. 991203: Inmunoterapia con extracto alérgico por vía sublingual • Valor en el Anexo 5: \$97.485,17 • Valores en encuesta de la ACAAI: - Promedio de valores mínimos de contratación para los procedimientos ejecutados por los médicos especialistas en alergología que seguidamente señalamos, y que serán usados como referentes para el cálculo del Presupuesto Máximo, pues se constituirán en valores máximos de facturación y cobro en cualquier modalidad de contratación a partir de este año 2020 entre las EPS y los prestadores, sean IPS o profesionales independientes, para poder cumplir con el Presupuesto Máximo. Muchos miembros de la ACAAI que son médicos especialistas en alergología, contratan dentro del sistema de salud de forma directa como profesionales independientes o de forma indirecta al ser empleados o contratistas de IPS que	Con relación a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  Como consecuencia de lo anterior, no es procedente afirmar que los valores de referencia se constituirán en valores máximos de facturación y cobro en las modalidades de contratación entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y los prestadores de servicios de salud.  Por otra parte, se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En tal sentido, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.  Para finalizar, es importante que a los valores promedio se describan los valores máximos y mínimos; así como el intervalo de confianza para poder tener una mejor interacción para evaluar lo expresado en su comunicado.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1013	1	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 2. Campo de aplicación.	<p>El proyecto de resolución representa un acto contradictorio a algunos de los artículos de la ley estatutaria en salud. El objeto de la ley 1751 de 2015 menciona que "la ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección". Sin embargo, el proyecto de resolución no incluye ninguna metodología que contemple cuales serán los mecanismos de protección para que el afiliado pueda acceder a tecnologías de calidad y no solamente seleccionadas por ser las de menor precio. Además, el artículo 5 de la ley estatutaria en salud menciona en el literal J "Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio".</p>	<p>Incluir dentro de la política farmacéutica metodologías que contemplen la calidad de las tecnologías No PBS para ser seleccionadas no solamente favorece el acceso de los afiliados, sino que también estimula en los diferentes actores del sistema de salud la búsqueda e implementación de sistemas de gestión clínica integral en pro de lograr mejores resultados en salud. La metodología utilizada para establecer los valores de referencia de cada grupo de tecnología no tiene en cuenta variables de calidad de las tecnologías en salud. Por este motivo el proyecto de resolución no evita las inequidades de acceso y no asegura la calidad de las tecnologías que ofrecerán las EPS, IPS y gestores farmacéuticos</p>	<p>En cuanto a su afirmación que este "proyecto de resolución no incluye ninguna metodología que contemple cuáles serán los mecanismos de protección para que el afiliado pueda acceder a tecnologías de calidad y no solamente seleccionadas por ser las de menor precio", se le aclara que, el Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1955 de 2019 en el artículo 241, plantea los incentivos a la calidad y los resultados en salud para los que se diseñará e implementará un mecanismo de pago por resultados en salud, con un sistema de información, seguimiento y monitoreo basado en indicadores trazadores, lo cual trasciende a todo el sistema de salud y las diferentes formas de financiación. Para efecto de lo dispuesto en este artículo, La ADRES, podrá girar los recursos que se determinen por este mecanismo a las IPS, en función de los resultados en salud que certifique la EPS.</p> <p>La mencionada iniciativa contenida en el Plan de Desarrollo, incluyendo el artículo 240, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) el afianzamiento de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la Ley 1955).</p> <p>El presupuesto máximo determina la financiación de tecnologías en salud teniendo en cuenta la calidad como primer parámetro de importancia, como lo expresa el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 al dar la obligación a las EPS de garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios. Sin embargo, y gracias a los comentarios recibidos por diversos actores del SGSSS, se incluirán texto en el sentido que los presupuestos máximos se puedan ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS y donde el ministerio pueda diseñar mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del SGSSS.</p> <p>Por último, a su solicitud de "dentro de la política farmacéutica metodologías que contemplen la calidad de las tecnologías No PBS (...)", se aclara que uno de los propósitos de la Política Farmacéutica radica en controlar la calidad de los productos que son comercializados en el país, lo cual es realizado por INVIMA, por lo que su solicitud trasciende el alcance los presupuestos máximos.</p>
1014	2	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 3. Definiciones	<p>En la definición de grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME menciona: "corresponde al conjunto de alimentos para propósito medico 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" hace falta especificar cuáles características son las que se contemplaran y cual es el motivo de selección de estas.</p>	<p>Se sugiere buscar una metodología en la que se contemplen características similares en composición, concentración y especificidad para macro y micronutrientes. La metodología solo contempla estado de hidrólisis de proteína y aporte de kilocalorías). Mas adelante se adjuntan comentarios en anexo 4.</p>	<p>Se precisa que en la nota técnica de presupuesto máximo se incluirá la definición de cada una de las categorías previstas en la metodología de definición de grupos relevantes, para una mejor comprensión de los criterios técnicos que se tuvieron en cuenta.</p> <p>Para la clasificación de los APME, inicialmente se creó una base de datos paralela con los APME con corte a 31 de diciembre de 2018 de los codificados en las tablas de referencia MIPRES con sus respectivos registros sanitarios, estandarizando las siguientes variables para la presentación de los valores de referencia: nombre del producto, posibles nombres, unidad de medida, UMC, presentación, categoría y grupo relevante. La UMC corresponde en este caso a la presentación comercial del producto y la categoría se realiza de acuerdo con las características de los nutrientes, composición y uso específico; en total se conformaron ocho categorías que podrán consultarse en el acto administrativo. Por su parte, el grupo relevante se determina atendiendo a la Categoría + unidad_de_medida + presentación. También se considera el número de titulares por grupo relevante, autorizados por INVIMA.</p> <p>En relación con los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME, se aclara que los criterios para el otorgamiento de registros sanitarios, como alimentos para propósito médico especial fueron definidos en el año 2016 conjuntamente con el Invima, de manera que hoy en día los productos que cumplen con los criterios de la definición cuentan con su respectivo registro sanitario como APME; algunos muy pocos que se encuentran en MIPRES, que aunque cumplen con los criterios de APME, no tienen tal descripción en el registro sanitario y se encuentran en proceso de actualización del mismo ante la entidad competente que es el Invima.</p> <p>Finalmente, el listado de APMES se encuentra en el INVIMA y puede ser accedido a través de su página web, la cual permite las consultas de registros sanitarios, así mismo revisar los productos de interés de cualquier ciudadano.</p>
1015	3	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo.	<p>Para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la Base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios sociales complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES. Es para resaltar, que en el año 2015 no se aplicaba la clasificación de APME para recobrar por lo que no es un año que se deba tener en cuenta. En 2015 se recobraban ALIMENTOS autorizados por CTC no APMES.</p>	<p>Contemplar el recobro de APMES de 2015 puede generar mayor dispersión de precios, pues lo que se recobraba en esa vigencia corresponde a ALIMENTOS más no APMES. El requerimiento de ser clasificado como APME se da en 2016 y por lo tanto debe ser la primera vigencia para tener en cuenta haciendo que la dispersión de precios no sea tan importante y generando mayor homogeneidad.</p> <p>Adicionalmente, la clasificación APME requiere contar con indicaciones patológicas específicas por lo que, en las vigencias planteadas, especialmente 2018 y 2019 hay más cantidad de APMES nuevos con un desarrollo técnico mayor con el fin de cubrir necesidades nutricionales de personas con enfermedades crónicas o de alto costo. Esto se debe tener en cuenta a la hora de plantear los grupos relevantes más aún cuando no se ha terminado de recobrar 2018 y muchos productos nutricionales quedaron por fuera de los recobros.</p>	<p>Con relación a las bases de datos de valores recobrados en los Alimentos para propósito médico especial, reiteramos que las fuentes de información para este proceso fueron: la base de datos de los recobros/cobros en estado aprobado que correspondan al periodo de referencia con el último corte de información disponible (esto es el periodo de referencia comprende tres vigencias, entre el 1 de enero a 31 de diciembre de los años 2015, 2016, 2017 y 2018) y 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; y para la conformación de los grupos relevantes se tiene en cuenta el listado de Registros Sanitarios de Alimentos para propósito médico especial.</p> <p>Finalmente, se precisa que el Valor de Referencia (VR) debe ser único para todos los productos de soporte nutricional del mismo grupo relevante según corresponda, 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.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1016	4	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, numeral 1. deberes de las EPS	"En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia"  No es claro como las EPS deben ajustar los valores de referencia cuando exista riesgo de sobrepasar el presupuesto.	Las negociaciones con las EPS o gestores farmacéuticos deberían realizarse desde el inicio teniendo en cuenta los valores de referencia y las EPS deben gestionar a la población que requiere las tecnologías. No es viable hacer nuevas variaciones de valores de referencia durante la vigencia del 2020 ya que operativamente es imposible realizar revalorizaciones de inventarios y cartera por parte de los proveedores, gestores farmacéuticos, IPS, EPS.	Con respecto a su inquietud se aclara que, la información de valores de referencia incluidos en el proyecto de acto administrativo no se constituyen per se en una regulación de precios, por cuanto los valores presentados son específicos para el cálculo y surgen a partir de la información reportada por las EPS a La ADRES en las facturas recobradas, y la EPS está en la obligación de monitorear su presupuesto máximo a fin de solicitar la respectiva revisión a La Adres, entidad que realizará los ajustes a los valores de referencia.  Con base en lo anterior y frente a su sugerencia que dice: "Las negociaciones con las EPS o gestores farmacéuticos deberían realizarse desde el inicio teniendo en cuenta los valores de referencia", se insiste en que no hace parte de presupuesto máximo regular los pactos entre aseguradora y prestadores; sin embargo, plantea varias opciones encaminadas a no superar el presupuesto máximo, sin perjuicio de la garantía de una atención integral para los pacientes según lo requieran, como son: gestión respecto de modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.	
1017	5	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 13, parágrafo 1	Los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta el valor de referencia o el valor máximo de recobro de la presente resolución; adicionalmente, las EPS deberán considerar ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el Presupuesto Máximo no se supere.  No es claro como los agentes de la cadena deben tener en cuenta los valores de referencia de las tecnologías, ¿podrán seguir estableciendo diferentes valores de intermediación sin un tope de este?, ¿Los proveedores entonces deben contemplar un valor de venta aún menor al de referencia?	Dentro de la política farmacéutica, el gobierno podría regular al gestor farmacéutico o intermediario. No debería ocurrir que además del valor de referencia, los proveedores deban también asumir el valor de intermediación, aún más cuando para este no hay un límite regulado.  Se propone que las EPS realicen nuevos modelos de contratación, ¿Cuánto del presupuesto máximo puede destinarse a contratación de terceros evitando el pago por evento No PBS sin que este valor sea asumido únicamente por el proveedor?	Con respecto a sus inquietudes se aclara, así:  ¿Podrán seguir estableciendo diferentes valores de intermediación sin un tope de este? Y ¿los proveedores entonces deben contemplar un valor de venta aún menor al de referencia?  Se reitera que los valores de referencia no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. En conclusión, los valores de intermediación no son objeto de este acto proyecto administrativo.  ¿Cuánto del presupuesto máximo puede destinarse a contratación de terceros evitando el pago por evento No PBS sin que este valor sea asumido únicamente por el proveedor?  Dado que se recibieron múltiples observaciones con respecto a los mecanismos de contratación diferentes a evento, se ajustó el proyecto de acto administrativo en el entendimiento que se puede contratar por evento y que las EPS administrarán los recursos de presupuesto máximos, dentro de la gestión del riesgo, con las formas de contratación que a bien consideren y se encuentren vigentes en la normatividad.	
1018	6	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 16. Acceso	Se podría especificar bajo que mecanismo se va a garantizar el acceso a las tecnologías No PBS que las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no limiten, restrinjan o afecten el acceso a las tecnologías en salud que necesiten los afiliados.	El ministerio podría contemplar un mecanismo en el que se asegure que las EPS e IPS permitan el acceso a todas las tecnologías que necesiten los afiliados. Existe preocupación en que el incentivo para los aseguradores y prestadores sea únicamente económico y por lo tanto a las tecnologías que puedan acceder los afiliados sean únicamente las de menos costo que no necesariamente son de mejor calidad o que generen mayor valor terapéutico.	En relación con la solicitud de modificar lo concerniente al incentivo económico y en virtud de la observación de la posible restricción del acceso a las tecnologías en salud de mejor calidad, se informa que este tema se eliminará. De otra parte, siguiendo el artículo 241 del Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1955 de 2019, se incorporará en el texto un inciso con el fin de realizar ajustes ex-post por resultados en salud en el marco de la integralidad de la prestación de servicios, es decir, integrando las fuentes de financiación pues los resultados en salud son el resultado de un conjunto de acciones que no dependen exclusivamente de esta fuente de financiación.	
1019	7	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 18, numeral 3	Todos los Alimentos de Propósito Médico Especial están incluidos en el presupuesto máximo. Sin embargo, en caso de desarrollo de nuevos productos, ¿deben clasificarse en los mismos grupos relevantes y con el mismo precio?, ¿Qué pasa si su composición o indicación es innovadora y la mejor forma de clasificarlo no es la contemplada en el presente acto administrativo?	Se sugiere contemplar un mecanismo de evaluación de los grupos relevantes de APME que incluya una reclasificación de nuevos productos con el fin de no impedir la innovación y desarrollo de nuevas tecnologías.  Las tecnologías incluidas en los presupuestos máximos están contempladas dentro de grupos relevantes hechos de manera retrospectiva, no se tiene en cuenta la innovación, el desarrollo y generación de	Las categorías para la conformación de los grupos relevantes de APME están incluidas en el anexo del acto administrativo y son amplias para abarcar las composiciones actuales. En los casos donde se tenga un producto que no se ajuste a dichas categorías, será el Ministerio quien adelante la revisión.	
1020	8	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 19.	El literal vi cita: "Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo".  Sin embargo, el artículo 22 del acto administrativo no tiene parágrafo 3.	La referencia de parágrafo y artículo no corresponde.	Dados los comentarios recibidos por diferentes actores del SGSSS sobre la inconsistencia en el texto del artículo 22 parágrafo 3, esta ha sido corregida.	
1021	9	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 19, parágrafo	La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), determinará los procesos, procedimientos y auditorías para reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo.	Este proceso debería estar incluido en el presente acto administrativo.	El pasado 28 de enero, se expidió la Resolución 094 de 2020, "por la cual se imparten lineamientos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES", en la cual se hace referencia a: i) la implementación de un Sistema de Monitoreo por Alertas (SAA) de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC con cual identifica, analiza y verifica el comportamiento y los resultados de los procesos y agentes intervinientes en la prescripción, prestación, suministro y facturación de dichos servicios y tecnologías, y ii) el desarrollo del proceso de verificación, control, reconocimiento, pago, liquidación y giro de aquello que no sea financiado con el presupuesto máximo o la UPC.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1022	10	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 22. Indicaciones autorizadas	"La financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo excepciones descritas en este acto administrativo que incluyan su financiación con cargo al Presupuesto Máximo"  1. ¿Esto aplica también para Alimentos de Propósito Médico Especial teniendo en cuenta que el INVIMA ya autoriza unas indicaciones especiales? 2. ¿Los productos nutricionales prescritos para indicaciones diferentes a las contempladas en el registro sanitario no deberán ser pagados por las EPS a los gestores o IPS?	La indicación actualmente se tiene en cuenta para el registro sanitario y el presente acto administrativo contempla tenerla en cuenta para determinar el financiamiento. De esta manera también debería contemplarse en la prescripción e incluirse en el artículo 21 del presente acto administrativo.	La prescripción de medicamentos es para aquellos autorizados junto con sus indicaciones autorizadas; por el contrario, en el caso de APME solo proceden los que estén autorizados por INVIMA y por tratarse de alimento no hay una indicación terapéutica. El presupuesto máximo no vulnera la autonomía de los profesionales mientras sea acorde con las guías de práctica clínica, protocolos de manejo y evidencia científica disponible.  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.
1023	11	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Artículo 31. Concordancia entre la prescripción y la dispensación	El artículo solo es específico para cantidades de medicamentos. No tiene en cuenta APMES ni la autonomía del profesional.  1. ¿Por qué no se contempla también para alimentos de propósito médico especial?	Los prescriptores y ordenadores pueden prescribir alimentos de propósito médico especial con especificación según categoría Mipres (incluyendo indicación patológica) y cantidades según necesidad del paciente o vía de administración. Por lo tanto, el artículo debe incluir que la autonomía profesional debe respetarse y el dispensador no puede modificar las cantidades o presentación comercial.	La prescripción u ordenamiento de alimentos para propósito médico especial a través de Mipres, no considera "indicación patológica", se reitera que este criterio no procede para los APME, aunque su prescripción debe corresponder a los registros sanitarios de APME y ser producto de soporte nutricional para personas que presentan enfermedades o condiciones médicas con requerimientos nutricionales especiales y capacidad alterada para ingerir, digerir, absorber, metabolizar o excretar determinados nutrientes o metabolitos de los mismos.  El presupuesto máximo no vulnera la autonomía de la voluntad de los profesionales de la salud, ya que ellos podrán seguir prescribiendo de conformidad con lo que requiera el paciente, como lo hacen en la UPC, teniendo en cuenta las guías, protocolos, evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a todas las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, a través de diferentes mecanismos de protección del derecho a la salud (colectiva e individual), en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.  No hay lugar a la modificación sugerida, en tanto que no es el objeto del presente acto normativo.
1024	12	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Disposiciones finales.	La transitoriedad establecida en la norma no es suficiente para poder llevar a cabo los cambios necesarios a nivel operativo por proveedores, IPS, gestores farmacéuticos.	Para la entrada en vigor del acto administrativo se requiere realizar revaloración de inventarios y negociaciones especiales que no pueden realizarse en un periodo de tiempo tan corto. Se sugiere una transitoriedad aproximada de 6 meses.	No es posible acceder a un periodo de transición, por una parte porque, es menester la implementación de presupuestos máximos para el uso de recursos de la salud con mayor eficiencia y control; por otra parte es un proceso que se ha socializado y trabajado con el conjunto de actores del SGSSS desde 2019, por tanto, todos ya conocen y están en alistamiento para la entrada en rigor de este acto.
1025	13	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 2. Paso 1: estandarización.	No se tienen en cuenta todas las características descritas en la estandarización propuesta en el acto administrativo: "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"	La estandarización no contempla la categoría de los productos conforme a las características de los nutrientes, la composición y el uso específico (autorizado por el INVIMA).  Únicamente se tiene en cuenta el valor calórico y el estado de hidrólisis de la proteína. Se sugiere incluir en la estandarización el resto de los aspectos contemplados como: características de los nutrientes (proteína, carbohidratos, lípidos, micronutrientes) y uso autorizado por el INVIMA.	La estandarización de cada grupo relevante fue de acuerdo con las características de los nutrientes, composición y uso específico, lo cual se relaciona en la tabla de categorías en la respuesta de dicho comentario.
1026	14	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 2. 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: 1. 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	Se sugiere describir de donde surge la decisión de tomar como referencia estos percentiles.	Con relación a la sugerencia de describir el origen de los percentiles, este Ministerio para la construcción de la metodología de cálculo de valores de referencia informa que la selección de los percentiles se realizó de acuerdo al número de oferentes del grupo relevante, lo cual no realiza distinción alguna entre los grupos relevantes respecto a la fijación del estadístico de tendencia central o de posición que define el valor de referencia, sino disminuir la alta dispersión identificada en los recobros por Unidad Mínima de Concentración (UMC) aun cuando para cada grupo relevante el conjunto de presentaciones comerciales que lo conforman comparten la misma característica. Siguiendo este contexto, en el percentil diez para el caso de los grupos relevantes con un único oferente, se encontró que existen recobros con un valor inferior o igual a este percentil, identificando lo mismo para los grupos relevantes con dos o más oferentes, que tienen asignado el percentil 25 como valor de referencia.  Es importante resaltar que, el percentil seleccionado busca propender por un uso racional de los recursos que simultáneamente permita una alineación con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS, en concordancia con el artículo 5 de la Ley 1966 de 2019, donde se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el SGSSS, que reza: "En ningún caso la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), podrá reconocer y pagar servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC, salvo los recursos destinados al saneamiento de pasivos estipulado en la presente ley, cuando estos sean superiores a los valores y techos máximos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de una metodología que tenga en cuenta los valores recobrados o cobrados, y considerando incentivos por el uso eficiente de los recursos (...)".  En conclusión, no se acepta la sugerencia.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1027	15	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 4. Listado de los valores de referencia de alimentos con propósito medico especial- APME	<p>La clasificación de los grupos relevantes adoptada para APMEs no es coherente con la definición que se da en el acto administrativo: "Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME: corresponde al conjunto de alimentos para propósito medico 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".</p> <p>El documento no especifica el corte de densidad calórica que se tuvo en cuenta. Los 13 grupos relevantes establecidos en el anexo no tienen en cuenta la concentración y especificidad de los macronutrientes como proteína, lípidos y carbohidratos. Tampoco se hace relevante el aporte de micronutrientes y mucho menos el uso específico para las indicaciones patológicas. La clasificación planteada no contempla factores de calidad nutricional que deben tenerse en cuenta para determinar el valor terapéutico del manejo nutricional.</p>	<p>Para establecer grupos relevantes según la composición calórica, concentración y especificidad de macro y micronutrientes se debe contemplar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Determinar los valores para normo calórico (iso-calórico), hipocalórico e hipercalórico de manera diferenciada para fórmulas lácteas de lactantes y para fórmulas de soporte nutricional. En nutrición clínica ESPEN (1) define las fórmulas normocalóricas como aquellas que tienen una densidad calórica de 0,9 a 1,2 Kcal/ml. Por fórmulas hipercalóricas se entiende aquellas con densidad calórica superior a 1,2 kcal/ml. Las fórmulas hipocalóricas corresponden a aquellas con menor densidad energética, es decir &gt;0,9 kcal/ml.</li><li>• Los ingredientes a partir de los cuales están elaboradas las fórmulas nutricionales son de diversas calidades y costos. El uso de ingredientes que representan un beneficio clínico para las personas eleva los costos.</li></ul> <p>Proteína: el documento no hace diferencia entre fórmulas normoproteicas e hiperproteicas, desconociendo así que es el nutriente de mayor relevancia en la generación de resultados clínicos y un determinante principal en el costo de las fórmulas nutricionales.</p> <p>Para considerar la clasificación de productos según su contenido de proteína, en el ámbito de nutrición se aceptan como fórmulas hiperproteicas aquellas donde la proteína aporta el 20% o más del valor calórico total (VCT) (1). También el Ministerio de Salud contempla una categoría diferente para las fórmulas nutricionales con más del</p>	<p>Para la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los APME, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir los VR basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017 a los recursos públicos de la salud.</p> <p>Este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) por parte de La ADRES para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como son los APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los APME en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional y de que cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes; es por ello por lo que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado según sus principales características nutricionales. El agrupamiento no es criterio para determinar el valor terapéutico del manejo nutricional como lo menciona en su comentario.</p> <p>Se precisa que en la nota técnica de la resolución definitiva se incluirá la definición de cada una de las categorías previstas en la metodología de definición de grupos relevantes, para una mejor comprensión de los criterios técnicos que se tuvieron en cuenta, en ellos se evidencia que los productos denominados como hipercalóricos, se basan en criterios de contenido de proteína superior al 20 % de su aporte total de calorías y así mismo se comprenderá cuales productos estarían en cada grupo relevante.</p>
1028	16	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 4. Listado de los valores de referencia de alimentos con propósito medico especial- APME	<p>La categoría 10: fórmula polimérica hipercalórica tiene un valor de referencia que no corresponde a los precios actuales del mercado.</p>	<p>Se sugiere revisar valor de referencia final.</p>	<p>Realizada la validación del valor de referencia el Ministerio de Salud y Protección Social mantiene el valor de referencia para el grupo relevante ID "11 - Fórmula polimérica hipercalórica en unidad de mililitro" en \$38,09, para el grupo relevante ID "2 - Fórmula especial para enfermedades huérfanas en unidad de mililitro" en \$154,95. Estos datos aparecerán en la nota técnica.</p> <p>Una vez excluidos los registros de los valores atípicos en UMC en aplicación de la metodología, quedan un total de 155.862 registros para el grupo relevante ID "11 - Fórmula polimérica hipercalórica en unidad de mililitro" y para el grupo relevante ID "2 - Fórmula especial para enfermedades huérfanas en unidad de mililitro"- quedan un total de 919 registros.</p> <p>Los siguientes son los índices de precios tomados para llevar a precios constantes del año de vigencia 2020 los valores recobrados del respectivo año corriente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• De acuerdo con la variación del IPC serie histórica publicada por el Banco de la Republica:<ul style="list-style-type: none"><li>o Para 2016: 1.057</li><li>o Para 2017: 1.041</li></ul></li><li>• De acuerdo con la inflación esperada dentro del marco fiscal de mediano plazo:<ul style="list-style-type: none"><li>o Para 2018: 1.033</li></ul></li><li>• De acuerdo con la meta de inflación establecida por el Banco de la República:<ul style="list-style-type: none"><li>o Para 2019: 1.030</li><li>o Para 2019: 1.031</li></ul></li></ul> <p>Es importante reiterar que, el procesamiento de la base de datos descrita fue realizado en el software de minería de datos IBM SPSS Modeler 18.2 y la generación del resultado de VR fue realizado en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.</p>
1029	17	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 4. Listado de los valores de referencia de alimentos con propósito medico especial- APME	<p>La clasificación contempla únicamente si la presentación del producto es líquida o polvo.</p>	<p>Se sugiere contemplar más la calidad y aporte nutricional independientemente de la forma de presentación. Adicionalmente, quisiéramos aclarar por qué se contempla una clasificación por presentación y no por características de los nutrientes o usos específicos de los productos cuando esto fue lo indicado en el artículo 3 del acto administrativo.</p>	<p>En el comentario 2 se describe claramente el lineamiento técnico de los grupos relevantes para APME.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1030	18	21/01/2020	202042300073892	Karina Parra Naffah	BOYDORR SAS	Anexo 6. Presupuesto máximo por EPS de la vigencia 2020 para el régimen contributivo	Los valores de presupuesto máximo por EPS cambiarían al contemplar diferentes grupos relevantes en cada grupo de tecnologías No PBS.	En el caso de APME, contemplar grupos relevantes con mayores similitudes en cuanto a composición nutricional e indicación patológica cambiaría los valores de referencia y por lo tanto los presupuestos máximos. Tener en cuenta un peso mayor para las cantidades iniciales de grupos relevantes de productos por patologías de alto costo o patologías crónicas en cada EPS según su perfil epidemiológico permitiría establecer un presupuesto más acertado a la población afiliada.	En el comentario 2 se describe claramente el lineamiento técnico de los grupos relevantes para APME.  En relación con su apreciación de las cantidades iniciales, la metodología es homogénea para todo el Sistema y no por EPS, al final arroja valores a transferir para cada EPS según el histórico reportado de los recobros/cobro que trae implícito las condiciones epidemiológicas de la población afiliada a las EPS.
1031	1	22/01/2020	202042300084112	Edison Manuel Forero Castañeda	FORERO & FORERO CONSTRUCCIONES S.A.S	Artículo 19	Eliminar en el artículo 19 el siguiente numeral: vi) Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo.	En primer lugar estaría haciendo referencia al artículo 21 y deben ser financiados con presupuesto máximo todos los APME que existen del país sin importar la vía de administración o las condiciones de suministro. El parágrafo 3 puede presentar subjetividades en la interpretación.	En cuanto a su afirmación que este "proyecto de resolución no incluye ninguna metodología que contemple cuáles serán los mecanismos de protección para que el afiliado pueda acceder a tecnologías de calidad y no solamente seleccionadas por ser las de menor precio", se le aclara que, el Plan Nacional de Desarrollo, Ley 1955 de 2019 en el artículo 241, plantea los incentivos a la calidad y los resultados en salud para los que se diseñará e implementará un mecanismo de pago por resultados en salud, con un sistema de información, seguimiento y monitoreo basado en indicadores trazadores, lo cual trasciende a todo el sistema de salud y las diferentes formas de financiación. Para efecto de lo dispuesto en este artículo, La ADRES, podrá girar los recursos que se determinen por este mecanismo a las IPS, en función de los resultados en salud que certifique la EPS.  La mencionada iniciativa contenida en el Plan de Desarrollo, incluyendo el artículo 240, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) el afianzamiento de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la Ley 1955).  El presupuesto máximo determina la financiación de tecnologías en salud teniendo en cuenta la calidad como primer parámetro de importancia, como lo expresa el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 al dar la obligación a las EPS de garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios. Sin embargo, y gracias a los comentarios recibidos por diversos actores del SGSSS, se incluirán texto en el sentido que los presupuestos máximos se puedan ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS y donde el ministerio pueda diseñar mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del SGSSS.  En contra parte, no se financian con presupuestos máximo los Vitales No Disponibles y aquellos que no tengan VR definido, los financiados con UPC u otras fuentes, los de compra centraliza o por acuerdos de riesgo compartido, los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas. En cuanto a las tecnologías para el tratamiento de enfermedades huérfanas, la financiación con presupuestos máximo se mantienen los que venían siendo cubiertos, para nuevos casos será su financiación en el primer mes por parte de La ADRES.  Adicionalmente se tendrá que los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS. Para el efecto el ministerio podrá diseñar mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
1032	1	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 4 Artículo 3, numeral 5.	No es claro cuando se definen las "Cantidades ajustadas", a que se hace referencia con la expresión " <b>correctamente reservadas</b> ". agradecemos aclarar, ya que tenemos entendido que son aquellas que si bien han sido prescritas, aún no han sido reportadas a la ADRES para el cobro. Por favor aclarar a que se hace referencia con la expresión anteriormente referida.		Las cantidades ajustadas son las prescritas que a la fecha de corte no han sido reportadas y el termino correctamente reservado hace referencia al proceso correcto que se debe seguir frente a la reserva técnica.
1033	2	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 5 Artículo 3, numeral 14.	Cuando se realiza la definición de "Per cápita de traslado por EPS mensual" solo son tenidos en cuenta los factores de edad y sexo, es necesario que sea incluido el factor de zonificación o región en la que habita el usuario ya que la caracterización epidemiológica varía en cada una de las regiones del país por lo tanto no pueden ser valoradas de la misma forma y sin ser tenido en cuenta este importante y determinante factor.		En la metodología se vincula un delta que hace referencia a todas aquellas variaciones que se puedan dar, esto incluiría aquella como usted expone "factor de zonificación", por otro lado es necesario recordar que los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge datos de las facturas que contiene los valores de los servicios prestados y reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.  En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1034	3	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 6 Artículo 3, numeral 15.	Teniendo en cuenta la definición realizada para "Precio de referencia por comparación internacional (PRI)", agradecemos aclarar: 1. La definición expuesta en el borrador no corresponde a la que ha realizado la Comisión Nacional de Precios de Medicamento y Dispositivos Médicos en la Circular 03 de 2013, cual fue la fuente tenida en cuenta para esta definición? 2. La terminología empleada en el borrador es equivocada y puede llevar a malas interpretaciones, ya que el PRI no es el precio REGULADO por la Comisión sino una de las etapas metodológicas para establecer si un medicamento será objeto de regulación o no. Los valores regulados son los de aquellos medicamentos que han sido introducidos al Régimen de Control Directo.		El concepto de PRI corresponde al precio fijado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Medicos de conformidad con la metodología para la aplicación del regimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercializan en el territorio nacional.
1035	4	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 6 Artículo 3, numeral 21.	Cuando se realiza la definición de Valor de Referencia (VR), se manifiesta que corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC de cada grupo relevante contenidos en los anexos 3 y 4 del presente acto administrativo, y los que corresponden a los medicamentos con precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM.  1. Agradecemos aclarar a que se hace con precio regulado por la CNPMDM, ya que por precio regulado entendemos aquellos medicamentos que se encuentran en el Régimen de Control Directo, sin embargo, evidenciamos que el presente borrador de Acto administrativo equivocadamente se llama regulado al precio de referencia por comparación internacional. 2. Adicionalmente solicitamos aclarar si también serán tenidos en cuenta en esta definición los valores que si bien no están en régimen de control directo, fueron establecidos como valores máximos de recobro ante la ADRES. (ejemplo artículo 5 de la Circular 07 de 2018 de la CNPMDM)  Adicionalmente, solicitamos sea informando el percentil para el caso de Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios.		<p>Como se menciona en la respuesta anterior el termino "regulado", hace referencia al fijado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos con la metodología que se explico en la circular 03 de 2013.</p> <p>Se aclara que la metodología está descrita en el presente proyecto normativo y esta dispuesta para todos los medicamentos que fueron relacionados en la base de recobro/cobro que las mismas EPS realizaron, por lo anterior los valores tenidos en cuenta serán los dispuestos en esta base.</p> <p>Por ultimo se informa que el percentil utilizado fue el percentil 25 o primer cuartil. Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p>
1036	5	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 11 Artículo 7.	El artículo 7 se encuentra mal enumerado, ya que se hace alusión 2 veces al mismo número. Para el caso del segundo, se hace mención del ajuste que tendrá el presupuesto máximo para las vigencias siguientes en el evento que no se disponga de información, sin embargo, nada se menciona de la metodología de reajuste cuando se cuente con información del suministro de los medicamentos, APME. Agradecemos que se indique y que se deje expreso cual será la metodología.		<p>Se debe entender que la presupuesto maximo es global, conforme a su observación y la de otros actores el Ministerio está ampliando y corrigiendo la información para los APME. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1037	6	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 13 Artículo 12, parágrafo	Solicitamos información acerca de cuál fue el cálculo metodológico utilizado para establecer que desde el segundo año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS.		En virtud de su observación y la de otros actores el Ministerio está contemplado retirar el paragrafo y retirar del artículo 12 el tema de las cuentas maestras por tanto la trasferencia a las EPS será del 100% y este Ministerio dictaminará los días en los cuales se realizará dicha transferencia en el mes. Es importante recordar que el artículo en mencion tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS. Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.
1038	7	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 14 Artículo 13.	1. Solicitamos que se establezca un modelo de indicadores por cada EPS que permita identificar las desviaciones y ahorros que se tendrán, el cual deberá ser de público conocimiento. 2. No es claro cuáles serán los incentivos por el uso eficiente de los recursos, establecidos en el artículo 240 del PND. 3. En el numeral 3 del artículo14 se establece que se deberá demostrar que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud – la expresión adecuada a los interese del Sistema, es muy subjetiva, agradecemos puntualizar y dejar expreso a que se hace referencia. 4. En el numeral 4 del artículo 14 se establece que se debe priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiar con recursos de la UPC, agradecemos informar si el ajuste de la UPC tuvo o tendrá en cuenta el ajuste suficiente que resulte de realizar la priorización de la prestación de los servicios.		Con respecto a su primera observación acerca de indicadores, es pertinente recordar que en el artículo 40 sobre el monitoreo se explica que la Adres desarrollará e implementara un proceso de seguimiento, por lo anterior será de publico conocimiento el control de los recursos asignados, respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos. Para dar alcance a su segunda pregunta se informa que este Ministerio esta considerando incorporar incentivos frente indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS o EOC, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post. Sobre la defensa judicial hay que puntualizar que:: En cuanto a su observación relacionada con la "defensa judicial adecuada", el Ministerio adarará en el proyecto de resolución las actividades que deben surtirse en dichas actuaciones judiciales, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, la 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. Así mismo, se espera que en ejercicio de estas actuaciones la EPS o EOC realice 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 de Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de sistema de salud, entre otras.  Sobre el ajuste de UPC debe tener en cuenta que para ello se realiza anualmente el estudio de suficiencia el cual aporta los suministros suficientes para determinar cual será el incremento para cubrir lo contemplado, este proceso es abierto y todas las EPS están llamadas a ser participe del mismo.
1039	8	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 16 Artículo 18.	Proponemos que se establezca un término de un mes para que el IETS y las demás entidades involucradas lleven a cabo las verificaciones correspondientes a efectos de determinar el precio del medicamento nuevo que ingrese al		Lo primero que debe recordarse es que el presente proyecto normativo no establece ni determina precios de medicamentos; en el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Aclarado lo anterior el Ministerio esta contemplando realizar ajustes para determinar el tiempo que tendrá el IETS para definir superioridad, equivalencia o inferioridad respectiva.
1040	9	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 17 Artículo 18, parágrafo 2.	Cuando los estereoisómeros y las mezlas racemicas, solucionen eventos adversos o generen valor terapéutico, deben tener un precio diferencial por el desarrollo científico y tecnológico.  Adicionalmente el Ministerio deberá garantizar el desabastecimiento de los productos ya que se van a dejar de abastecer productos con valor terapéutico diferencial, generando también una deficiencia en la atención de los pacientes.		Es preciso recordar que el presente proyecto normativo crea una serie de condiciones necesarias para que las moléculas puedan demostrar demostrar superioridad, equivalencia o inferioridad respecto a las moleculas de su misma familia, hay condiciones particulares que exigen un reto no solo administrativo sino de la correcta prescripción, sin que esto sea limitación a la autonomia, por el contrario es tomar decisiones basados y apoyados en guías, protocolos y evaluación a la tecnología, por lo anterior no ha lugar al desabastecimiento ya que el posicionamiento terapeutico podrá definir cual es el correcto uso de ciertas tecnologías en determinados pacientes, sin volverse una generalidad de uso.  Se debe aclarar que los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge datos de las facturas que contiene los valores de los servicios prestados y reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.  "En cuanto a estereoisómeros de principios activos que no se encuentran financiados con cargo a la UPC como mezcla racémica, se consideran financiados con cargo al Presupuesto Máximo siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen, sin que sea necesario que coincidan en la misma sal o éster en caso de tenerlos" es decir que en estos caso no se contempla la creación de un nuevo grupo relevante.
1041	10	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 17 Artículo 19.	No es claro para nosotros a que medicamentos se hace referencia en el numeral 4, "medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya". Puede ser considerado dentro de ese grupo, el siguiente ejemplo?:		Respecto a su inquietud relacionada con el artículo 19, numeral IV, cabe precisar que las Normas Farmacológicas se definen como: El conjunto de condiciones y restricciones que establece la autoridad sanitaria como requisito para considerar el uso terapéutico de un fármaco y de sus asociaciones permitidas en el país como seguro, eficaz y acorde con un balance riesgo/beneficio favorable en circunstancias de empleo racional. Comprende la información mínima que debe imprimirse en las etiquetas, empaques y prospectos del producto farmacéutico, así como la información que obligatoriamente debe comunicarse al prescriptor. Puede incluir entre otros aspectos, según lo determine cada país, las indicaciones aceptadas, el rango posológico, las advertencias, precauciones y contraindicaciones, así como cualquier otro dato que a juicio de la autoridad se considere pertinente". Tomado de: <a href="http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js18383es/">http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js18383es/</a> Se adara que las alternativas terapéuticas son fármacos químicamente distintos del fármaco prescrito (usado), pero con el mismo efecto clínico, y el numeral 4 del artículo 19 hace referencia a todas las alternativas terapéuticas de los medicamentos autorizados para su comercialización en Colombia. Referente al medicamento Rasburicasa 1,5 mg/mL Polvo Liofilizado, tal y como lo establece el articulado no se encuentra financiado con cargo al Presupuesto Máximo y podrá ser prescrito por MIPRES para cobro/recobro; Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos."

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1042	11	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 19 Artículo 22.	En el Artículo 22 se establece que la financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo excepciones descritas en este acto administrativo que incluyan su financiación con cargo al Presupuesto Máximo, actualmente se realiza la dispensación de medicamentos con usos off label, los cuales tienen previa aprobación de la junta médica correspondiente, estos medicamentos estarían por fuera del financiamiento con el presupuesto máximo?		Respecto a su solicitud se aclara que sólo se consideran financiados con cargo al Presupuesto Máximo los medicamentos listados que tengan indicaciones autorizadas por INVIMA y los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo que tenga autorizado un uso incluido en la lista UNIRS.
1043	12	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 20 Artículo 31.	Encontramos con preocupación la disposición contenida en cuanto a la cantidad exacta de entrega de los medicamentos, ya que las Secretarías de Salud en muchas ocasiones argumentan la prohibición de fraccionar los medicamentos y por este motivo han impuesto sanciones y multas a algunos de los establecimientos farmacéuticos, amparados en el Decreto 230 de 2005:  Es preciso que se den indicaciones claras y precisas acerca de cómo actuar frente a esta situación.		Es necesario precisar que en el Decreto 780 de 2016 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en el artículo 2.5.3.10.14 Procesos del servicio farmacéutico, en el apartado 2, se menciona el reempaque y envase de medicamentos, es deber tener los servicios para hacer dicho proceso, con su correspondientes rotulos y etiqueta. Por lo tanto la construcción del artículo responde a la correlación directa que debe existir entre las cantidades de medicamento que el personal de salud formula y lo que es dispensado al usuario. La concordancia entre estas cantidades se encuentran fundamentadas en lo que ordena el Decreto Único Reglamentario del sector Salud. El ajuste, adecuación de dosis y reempaque de ser necesario es un proceso que el ente competente para tal fin (INVIMA) certifica, por lo cual es obligación de las EPS que en sus procesos contractuales de contratación se incluya el cumplimiento de estos estándares obligatorios de ley.
1044	13	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 24 Artículo 46.	Solicitamos que se establezca un periodo de implementación teniendo en cuenta la parametrización y demás procedimientos que debemos llevar a cabo con en nuestros sistemas de información.		No es posible acceder a un periodo de transición, por una parte porque, es menester la implementación de presupuestos máximos para el uso de recursos de la salud con mayor eficiencia y control; por otra parte es un proceso que se ha socializado y trabajado con el conjunto de actores del SGSSS desde 2019, por tanto, todos ya conocen y están preparados para la entrada en rigor de este acto.
1045	14	22/01/2020	202042300084072	Karen Acosta	COLSUBSIDIO	Página 117 Anexo 6.	Solicitamos aclarar a que se hace referencia con la letra V del Anexo 6 y a que corresponde el valor fijado a cada EPS identificada con esta letra.		La letra V corresponde a la movilidad del régimen subsidiado al régimen contributivo; es decir que la EPS del régimen subsidiado hizo recobros del régimen contributivo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
1046	1	23/01/2020	202042300087362 202042300084052 202042400081612	Isabel Maya Martínez	BAXTER	ANEXO 4- LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE ALIMENTOS CON PROPÓSITO MEDICO ESPECIAL- APME	<p>Generar grupo relevante independiente para Inmunonutrición</p> <p>Dando continuidad al proceso de consulta pública del proyecto de resolución de presupuestos máximos para tecnologías del plan de beneficios en salud no financiadas con la UPC, nos permitimos aportar nuevos argumentos basados en evidencia que justificarían la creación de una categoría diferente para las fórmulas de nutrición APME con propiedades Inmunomoduladoras. Con base en esto proponemos la generación de una categoría – grupo relevante para la Nutrición Inmunomoduladora (Categoría MIPRES 1407), la cual representa una clase terapéutica diferenciada e insustituible, con cuatro marcas y seis presentaciones comerciales en Colombia.</p> <p>Lo anterior no sin antes considerar este documento como una extensión de la consulta previa hecha por Baxter el día 27-12-2019 y radicada con el número 201942302082712.</p> <p>Agradecemos de antemano toda la atención proporcionada durante este proceso de consulta, y esperamos que esta nueva información aportada contribuya al proceso de toma de decisión en salud y normatividad para la financiación de las tecnologías no amparadas por la UPC.</p> <p>Necesidad de la Inmuno-nutrición en cirugía:</p> <p>A pesar de los avances e implementación de programas de mejoramiento continuo de la calidad para promover la recuperación del paciente, como por ejemplo las guías de la Sociedad ERAS (Enhanced Recovery After Surgery Society) [1], las complicaciones postoperatorias siguen siendo una carga</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En este sentido, se precisa que en la actualidad tenemos 152 alimentos para propósito médico especial parametrizados para su prescripción a través de MIPRES; es cierto, que cada uno de estos son productos sumamente especializados y de gran importancia para la terapia nutricional, que además brindan alternativas completas a los grupos de soporte nutricional en el ámbito clínico, siendo estos equipos de expertos profesionales quienes al final del día definen cual será el producto y/o terapia nutricional que responde a las necesidades específicas de cada paciente.</p> <p>En este sentido, es importante mencionar que para el proceso que actualmente adelanta este Ministerio, relacionado con la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.</p> <p>Es así, que este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.</p> <p>Finalmente, con la precisión dada respecto al ejercicio que adelanta este Ministerio, los módulos de proteínas especializadas para condiciones de salud específicas, que usted ha mencionado en su solicitud, hacen parte de la definición del grupo relevante relacionado con fórmulas modulares, por lo que no es viable crear una subcategoría, pues no es el objeto del proceso que actualmente se adelanta con el proyecto de resolución.</p>		
1047	1	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo Primero	<p>Claridad en el Valor a transferir en el Régimen Subsidiado.</p> <p>No queda claro el por qué se fija el valor a transferir a las EPS y EOC únicamente del régimen contributivo y no para el régimen subsidiado. Dado que, con el Acuerdo del Punto Final, se centraliza la competencia del reconocimiento y pago los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, en cabeza de la Nación, a través de la ADRES, a partir del 01 de enero de 2020.</p> <p>Es decir, dado que, el ADRES asumirá, así mismo, los pagos de servicios y tecnologías NO PBS del Régimen Subsidiado se encuentra incoherente que se esté regulando el valor a transferir en el Régimen Contributivo y no el Subsidiado.</p>	<p>En cuanto a su observación acerca de “[...] por qué se fija el valor a transferir a las EPS y EOC únicamente del régimen contributivo y no para el régimen subsidiado [...]”, es importante precisar que el Ministerio de Salud y Protección Social tiene previsto incorporar en un mismo acto administrativo, la metodología para la definición del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 para los dos regímenes, de igual forma unificar la aplicación de sus disposiciones para ambos regímenes, las contenidas en el Artículo en comento inclusive.</p>		

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1048	2	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo Primero	<p>Que el que el Estado fije la metodología del presupuesto máximo de los regímenes contributivo y subsidiado para las tecnologías y servicios en salud no financiados con cargo a la UPC en el Sistema de Seguridad Social en Salud es un incumplimiento a los deberes y derechos constitucionales.</p>	<p>incumplimiento a los deberes y derechos constitucionales, en específico al artículo 49, que versa:</p> <p>Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>Lo anterior, dado que el limitar el valor de lo NO PBS, es a su vez limitar el servicio y el suministro de medicamentos a los pacientes, generando que no se garantice el acceso a la salud necesarios para los pacientes. El límite generará que no se le puedan prestar en su totalidad los servicios necesarios e incluso vitales a los pacientes, lo cual atenta contra los derechos constitucionales a la vida y a la salud.</p> <p>Es un deber dentro del sistema a cargo de las EPS garantizar el pago de las tecnologías PBS, y del Estado garantizar el pago de los servicios NO PBS, de esta forma, <u>limitar el presupuesto para</u></p>	<p>No se acoge la observación, dado que, precisamente el propósito de este acto administrativo es dar aplicación de los postulados constituciones y legales, en especial la Ley 1751 de 2015 y el propio artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, resulta ser claro que en ningún caso el cumplimiento del Presupuesto Máximo puede afectar la prestación del servicio de salud.</p> <p>Ahora bien, los servicios y tecnologías en salud como los servicios complementarios que no se financian con recursos del presupuesto máximo se describen en el artículo 19 del presente proyecto normativo, así:</p> <p>i) Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia.</p> <p>ii) Las tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC.</p> <p>iii) Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine este ministerio.</p> <p>iv) Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos.</p> <p>v) Las tecnologías expresamente excluidas a través de las resoluciones emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o aquellas que cumplan algún criterio establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015.</p> <p>vi) Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo.</p> <p>vii) Los Procedimientos nuevos en el País.</p> <p>viii) Los Servicios Sociales complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente.</p> <p>De otra parte, tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.</p>
1049	3	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo Tercero (22)	<p>Imprecisión en las definiciones</p>	<p>22. Genera confusión la denominación de “Valor los recobros y los cobros” dentro de las tecnologías financiadas con cargo al presupuesto, puesto que, si se cambia a un sistema de presupuestos máximos otorgados a las EPS y estás cancelan los servicios a las IPS con base en este presupuesto, estas figuras desaparecerían siendo confusa e imprecisa su aplicación en la norma.</p> <p>O en su defecto debería adararse la permanencia del sistema de cobros y recobros, para las tecnologías que no están a cargo del presupuesto.</p>	<p>En atención a su comentario acerca de “22. Genera confusión la denominación de “Valor los recobros y los cobros” dentro de las tecnologías financiadas con cargo al presupuesto, puesto que, si se cambia a un sistema de presupuestos máximos otorgados a las EPS y estás cancelan los servicios a las IPS con base en este presupuesto, estas figuras desaparecerían siendo confusa e imprecisa su aplicación en la norma. O en su defecto debería adararse la permanencia del sistema de cobros y recobros, para las tecnologías que no están a cargo del presupuesto.”, es necesario precisar inicialmente que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>De otro lado, se debe tener en cuenta que el Artículo 18 del proyecto de resolución establece que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando en complementariedad, a los determinados en el Artículo 19., del proyecto de resolución sobre “Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios”.</p> <p>Finalmente, en cuanto al proceso de recobro de tecnologías en salud no cubiertas por el Presupuesto Máximo, tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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..</p>
1050	4	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo 6	<p>Se solicita al Minsalud ampliar información sobre los conglomerados asignados a los servicios sociales complementarios, ¿cuáles son los criterios de agrupación?</p>	<p>El concepto de conglomerados (5 categorías por tipo de servicio complementario) no es claro para la IPS definir sus ofertas y modelos de contratación.</p>	<p>Los valores de referencia de los servicios complementarios se encuentran descritos en el Anexo 5. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, del proyecto de resolución. Sin embargo, dada su solicitud a continuación se presenta información complementaria a lo establecido en el proyecto de acto administrativo:</p> <p>Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; a su vez, estas contienen los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1051	5	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo 7	Incorporar el ajuste P*Q donde P considere IPC salud y Q contemple el comportamiento país con ajuste por carga de enfermedad y selección adversa	Ajuste por riesgo de ocurrencia de eventos en salud	<p>En atención a su propuesta planteada al Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, en cuanto considerar ajustar dicho presupuesto con el IPC salud y con el comportamiento de la carga de enfermedad y selección adversa, sea lo primero precisar que los valores de referencia utilizados para el cálculo del Presupuesto Máximo están indexados al año 2020 y las cantidades reflejan la participación de las EPS en particular.</p> <p>De otra parte, atendiendo consideraciones macroeconómicas, los presupuestos máximos para las vigencias siguientes se ajustarán con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Lo anterior se sustenta bajo el contexto de que los recursos a transferir a las EPS por concepto del Presupuesto Máximo, corresponden a transacciones institucionales de acuerdo a la circular 06 de 2018 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM, adicionalmente, las prestaciones en salud dispensadas a los pacientes están financiadas con recursos públicos o fiscales asignados a la salud, resultando procedente en estos casos utilizar el mecanismo de ajuste planteado.</p> <p>Debe tenerse en cuenta, que los Valores de Referencia (VR) no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es exclusivo para efectos del cálculo de Presupuestos Máximos de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno.</p> <p>El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas.</p> <p>El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitiría el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta.</p> <p>Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>En cuanto a las cantidades utilizadas en el cálculo del Presupuesto Máximo, debe precisarse que las mismas han sido determinadas para cada EPS entorno a su comportamiento histórico, y adicionalmente han sido ajustadas con la variación (delta) del comportamiento de las cantidades a nivel nacional. El reconocer las cantidades propias de cada EPS, refleja las condiciones de la población, en virtud que la prescripción está relacionada directamente con las condiciones del paciente y en tanto recoge el perfil epidemiológico respectivo.</p> <p>Finalmente, sobre su solicitud de utilizar en el ajuste del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, variables relacionadas con el comportamiento de la carga de enfermedad y selección adversa, debe señalarse que en lo relativo a la carga de enfermedad, el riesgo derivado de la misma debe ser atendido a través del mecanismo de protección colectiva (PBS-UPC), no obstante, también debe considerarse que para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información histórica, al interior de la cual se encuentran inmersos los diagnósticos relacionados con la carga de enfermedad.</p> <p>En cuanto a lo relativo al efecto de selección adversa, debe ser tratado en el ámbito de la operación del aseguramiento por cuanto trasciende los propósitos del presente proyecto de resolución, se dispone en el artículo denominado como “Del</p>	
1052	6	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo 7	Hay dos (2) Artículo 7. El primero es sobre el Presupuesto Máximo para EPS que no tiene recobro/cobro. El segundo es del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias		<p>Respuesta 6. En atención a su observación planteada, se tiene previsto realizar el ajuste respectivo en el proyecto de resolución.</p>	
1053	7	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo 9	En el Artículo únicamente se establece la definición del presupuesto Máximo de la vigencia 2020 por cada EPS para el Régimen Contributivo, omitiendo el Régimen Subsidiado.	La Resolución se establece para ambos regímenes, por lo que se deberá definir el presupuesto máximos tanto para el Régimen Contributivo como para el Subsidiado.	<p>En cuanto a su observación acerca de “(…) La Resolución se establece para ambos regímenes, por lo que se deberá definir el presupuesto máximos tanto para el Régimen Contributivo como para el Subsidiado”, se informa que este Ministerio publicó el 28 de diciembre de 2019 el proyecto de resolución “Por la cual se establece el valor a trasferir a las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que operan el Régimen Subsidiado, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Complementarios, y se dictan otras disposiciones”. Tal proyecto normativo cuenta con un único anexo que define el presupuesto máximo para financiar Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios por EPS de la vigencia 2020 para el Régimen Subsidiado.</p> <p>Finalmente, tal como se informó en la respuesta 1, se prevé que los valores de presupuesto máximo para cada régimen estén contenidos en un mismo acto administrativo para mayor claridad.</p>	
1054	8	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo 10	Establecer mecanismo de vigilancia estrecha al flujo de recursos por parte de la EPS a los prestadores. En EPS bajo medida de vigilancia especial debe enviarse los recursos por giro directo al prestador con la oportunidad definida para el giro de presupuesto máximo.	Aseguramiento de recursos en el SGSSS para la red prestadora de servicios de salud.	<p>Respecto de su observación sobre “Establecer mecanismo de vigilancia estrecha al flujo de recursos por parte de la EPS a los prestadores (…) Aseguramiento de recursos en el SGSSS para la red prestadora de servicios de salud”, para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos..</p> <p>De otra parte, en cuanto a su observación: “(…) debe enviarse los recursos por giro directo al prestador con la oportunidad definida para el giro de presupuesto máximo”, se adara que, este proyecto de acto administrativo no modifica las normas de giro directo, su alcance es definir el presupuesto máximo por EPS. En todo caso, se prevé establecer que el giro directo de recursos de Presupuestos Máximos aplique solo para el pago del valor del primer mes de tratamiento que requieran las personas que sean diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo; el valor del medicamento será recobrado por la EPS y asumido por la ADRES, quien realizará el giro directo a la IPS, previo registro del paciente en el SIVIGILA.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
1055	9	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo 13	Debe existir manifestación expresa respecto de la prohibición que tienen las EPS de transferir el riesgo en la superación del tope a los prestadores.	El artículo trata de regular los mecanismos de prevención para la superación de los topes definidos o incluso regula los eventos en los cuales exista "ahorro", no obstante, nunca regula la hipótesis en la cual se supere el tope, siendo indispensable que existe claridad en la imposibilidad que tienen los aseguradores de obstaculizar la prestación de servicios, glosar facturas o interferir en la pertinencia en la prescripción, cuando objetivamente se supere el tope.	En lo respectivo a su observación "(...) Debe existir manifestación expresa respecto de la prohibición que tienen las EPS de transferir el riesgo en la superación del tope a los prestadores. El artículo trata de regular los mecanismos de prevención para la superación de los topes definidos o incluso regula los eventos en los cuales exista "ahorro", no obstante, nunca regula la hipótesis en la cual se supere el tope," (...), es necesario considerar el artículo 13 del proyecto de resolución, sobre "No superación del Presupuesto Máximo", donde se contemplan medidas que le permiten a las EPS solicitar la revisión o ajuste del Presupuesto Máximo para la no superación del mismo. Particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en el numeral 2., de este artículo del proyecto de resolución.  Adicionalmente, es importante resaltar que la iniciativa del proyecto normativo, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias planteadas en el artículo 13, ni a las que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) la profundización de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la ley 1955 de 2019).  Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del Presupuesto Máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.  Ahora bien, referente a su observación "(...) siendo indispensable que existe claridad en la imposibilidad que tienen los aseguradores de obstaculizar la prestación de servicios, glosar facturas o interferir en la pertinencia en la prescripción, cuando objetivamente se supere el tope (...)", toda vez que el mecanismo de presupuesto máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, así, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.  Vale la pena recalcar, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología (s) en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).  En conclusión, en las disposiciones planteadas en el proyecto de resolución, no se afectan la autonomía médica para disponer el tratamiento integral que un paciente requiera. Por el contrario, es un llamado a la utilización de recursos de manera armonizada, en procura de la eficiencia de los recursos sin perjuicio de la atención que un paciente requiera.	
1056	10	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Parágrafo 1 (Artículo 13)	Modificación unilateral de los valores contratados por parte de las EPS	"Parágrafo 1: los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta el valor de referencia o el valor máximo de recobro de la presente resolución; adicionalmente, las EPS deberán considerar ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el Presupuesto Máximo no se supere."  En virtud de este parágrafo, existe un mandato de "garantizar" la no superación del presupuesto en cabeza de las EPS, convirtiendo tal mandato en una obligación de resultado para dichas entidades, permitiéndoles así la modificación de los valores contratados de forma unilateral cuando se superen dichos topes, afectando los acuerdos de voluntades perfeccionados con los prestadores y transfiriendo el riesgo de la superación a estos, abriéndose de esta forma la posibilidad de modificar los precios contratados aun cuando los mismos sean fijados de conformidad con los precios de referencia establecidos en la misma Resolución.	En consideración a sus comentarios relativos a "(...) existe un mandato de "garantizar" la no superación del presupuesto en cabeza de las EPS, convirtiendo tal mandato en una obligación de resultado para dichas entidades, permitiéndoles así la modificación de los valores contratados de forma unilateral cuando se superen dichos topes, afectando los acuerdos de voluntades perfeccionados con los prestadores y transfiriendo el riesgo de la superación a estos, abriéndose de esta forma la posibilidad de modificar los precios de referencia establecidos en la misma Resolución", se ratifica lo expuesto en la respuesta 3, donde se precisa que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Es así que, se espera que la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos de presupuestos máximos, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.  Priorizar la prestación de servicios de salud con recursos de la UPC no es una estrategia que restrinja la autonomía médica en disponer el tratamiento integral que un paciente requiera.	



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1057	11	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Parágrafo tercero (Artículo 13)	No es claro el alcance del parágrafo.	<p>Parágrafo 3. Los actores que intermedien en la cadena de formación de valor no deben comprometer la gestión del valor máximo de las tecnologías de la presente resolución.</p> <p>El parágrafo mencionado debe ser más extensivo en cuanto a la prohibición que tienen las EPS de interferir en la pertenencia médica y en la autonomía técnica que tienen los actores en cuanto a la gestión. Además, genera dudas el alcance de la frase "comprometer la gestión del valor máximo" en el entendido que la finalidad de la Resolución según lo indicado en el Plan Nacional de Desarrollo y los antecedentes de la misma Resolución, imponen un deber colaborativo en cuanto al manejo de los recursos por todos los actores. Por tal motivo, es necesario que se expresen las facultades negociales en cuanto a la asunción de riesgos (respetando la autonomía científica)</p>	<p>Sobre su observación al parágrafo 3, del artículo 13 del proyecto de resolución, se reafirma lo aclarado en la respuesta 10, el mecanismo de Presupuesto Máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, así, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>En conclusión, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología (s) en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).</p>
1058	12	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Parágrafo 4 del artículo 13	El pago al prestador se debe asegurar dada la responsabilidad de aseguramiento de la EPS y en esta medida la superación de techos no debe comprometer la prestación de los servicios. En ningún caso podrá la EPS oponer como justificación para el no pago el hecho de haber superado el Presupuesto Máximo.	<p>Continuidad de atención.</p>	<p>En atención a la inquietud planteada en su comentario, respecto a la "continuidad de atención", para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>En todo caso, si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, La ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de prescripción y suministros de MIPRES, y la epicrisis 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.</p> <p>No obstante, debe tener en cuenta que el establecimiento de Presupuestos Máximos no puede constituirse en una barrera para la prestación de los servicios por parte de las EPS y las instituciones prestadoras de servicios, tampoco deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión integral de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los re-cursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No UPC.</p> <p>Para finalizar, se debe aclarar que el Presupuesto Máximo se define por cada EPS por todos los servicios y tecnologías en salud que haya prestado, en consecuencia, la gestión del recurso será competencia de la EPS.</p>
1059	13	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Numeral primero del artículo 18	En la incorporación por parte de la industria de medicamentos combinados, el precio del medicamento combinado no debe superar el valor de la suma de las moléculas individualmente consideradas.	<p>Necesidad de participación del órgano rector (PMR).</p>	<p>Debe confirmarse lo dicho en el documento que, inicialmente que en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos éste Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado, por ende, no regula las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de la cadena.</p> <p>Por su parte, el numeral 1, del Artículo 18 del proyecto de resolución, establece claramente que el medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Igualmente, los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiados con cargo a dicha fuente, además el parágrafo 1 del mismo artículo establece que los medicamentos cuya financiación se define en dicho acto administrativo con cargo al Presupuesto Máximo, se consideran financiados con dicha fuente, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación autorizada, salvo especificaciones y excepciones descritas en este acto administrativo.</p> <p>En cuanto a la regulación de precios de medicamentos por parte de la CNPMDM, dicho órgano fijó los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces, que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1060	14	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Numeral segundo del artículo 18	Sustentada la superioridad terapéutica de un medicamento (no incluido en normas farma-cológicas en el país o incluido a partir de la expedición del acto administrativo que se está comentando) por parte de la EPS mediante un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad cientí-fica, este deberá ser considerado para el análisis de techos de la vigencia siguiente, de lo contrario se estaría violando el mandato de la Corte Constitucional en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías en el sector salud y la autonomía profesional. Para definir la exclusión de los recursos del sistema, se debe cumplir con el proceso defi-nido en la Resolución 220 de 2017.	Necesidad de participación del órgano rector (PMR).	<p>En cuanto a sus observaciones planteadas al Artículo 18. Numeral 2., específicamente sobre la necesidad de considerar el concepto de superioridad terapéutica construido dentro de la gestión de la EPS, el Ministerio incluirá ajustes al Artículo 18. Numeral 2., definiendo el procedimiento que permita establecer la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica del medicamento, la que en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado (la EPS en el caso planteado en su comunicación).</p> <p>En cuanto a su comentario relacionado con considerar la evaluación realizada por el agente interesado so pena de violar el mandato de la corte y la autonomía profesional, de manera alguna el procedimiento definido por el Ministerio los vulnera, toda vez que el numeral propuesto en el proyecto de resolución precisamente permite a las EPS sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada; además, es información válida y que sirve para la toma de decisiones por parte del profesional de la salud, aspecto que refuerza la autonomía médica.</p> <p>Tampoco se afecta el derecho a la salud, por cuanto la tecnología está disponible en el país, es financiada con cargo a los recursos públicos asignados a la salud y cuenta con evidencia científica.</p> <p>Tal como se viene aclarando, el Ministerio procederá a incluir ajustes en la redacción que incluya que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud y contar con evidencia científica, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.</p> <p>Vale advertir que en todo caso, entre tanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo; así mismo, 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. Por otra parte, 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.</p>
1061	15	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Numeral tercero del artículo 18	Explicar cómo sería la financiación de los productos para soporte nutricional que no están clasificados como APME y son ordenados por fallo de tutela.	No se define el proceso de financiación para los productos de soporte nutricional que no son clasificados como APME y son ordenados por fallo de tutela.	<p>En respuesta a sus preguntas vale señalar el Artículo 18 del proyecto de resolución establece que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando en complementariedad, a los determinados en el Artículo 19., del proyecto de resolución sobre "Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios".</p> <p>Adicionalmente, en cuanto al proceso de recobro de tecnologías en salud no cubiertas por el Presupuesto Máximo, tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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</p>
1062	16	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Numeral cuarto del artículo 18	A la fecha las tecnologías sujetas a evaluación por Junta de profesionales no les aplica este requerimiento cuando media un fallo de tutela que ordena la prestación de dicha tecnología, sin embargo, en este párrafo se hace la anotación de "En todo caso, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta médica", lo cual debe eliminarse para cuando de tutela se trata.	El hecho de que lo ordenado mediante un fallo de tutela deba pasar por un trámite administrativo de Junta de profesionales puede desencadenar en desacatos y sanciones para prestador y EPS.	<p>Sobre lo propuesto en el artículo 18, numeral 4., en cuanto al proceso de junta médica para asumir con cargo al Presupuesto Máximo los servicios complementarios, para precaver eventuales desacatos y sanciones, y como medio de defensa judicial, este Ministerio precisará la redacción de este texto en el proyecto de resolución, señalando que deben ser aquellos los que se exijan en la herramienta MIPRES, esto sin perjuicio de utilizar este mecanismo de junta médica que es natural en el sector de la salud.</p> <p>También vale mencionar que la Ley Estatutaria promueve en su artículo 16., las condiciones que deben surtir en el "Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud."</p> <p>Así mismo, se tiene previsto fijar que, en todo caso, y según corresponda, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica definido en la herramienta, guía o protocolo.</p>
1063	17	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Numeral sexto del artículo 19	Hace referencia a "Los APME que no cumplan lo descrito en el párrafo 3 del artículo 22 del presente acto administrativo", pero la resolución comentada no cuenta con párrafo tercero en el artículo 22.	Se requiere completar el párrafo citado que aclare cuales son las APME sujetas a recobro ante el ADRES.	En consideración a su comentario sobre la inexistencia de un párrafo 3 en el artículo 22 del proyecto de resolución de Presupuesto Máximo, en efecto el Ministerio ajustará la redacción, toda vez que el citado párrafo 3, pertenece al artículo 21, correspondiente a los APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo.
1064	18	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Parágrafo artículo 19	Se debe aclarar si sigue operando MIPRES está que la ADRES determine los procesos, procedimientos y auditorias para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargos a la UPC y no incluidos en el presupuesto máximo.	Continuidad de atención.	<p>Vale la pena recalcar que, el Presupuesto Máximo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema, sin afectar de manera alguna la atención integral y la continuidad del proceso de atención al paciente.</p> <p>Para el efecto, el proyecto de resolución plantea diversas medidas en el artículo sobre "Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos.", a partir de las cuales 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 (hasta las IPS y proveedores inclusive), el control del manejo de los mismos, las auditorías y demás actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Tal como lo establecen el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.</p>
1065	19	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo 21	Constituye una violación al libre mercado y una afectación a la estructura de costos y negativo impacto en la sostenibilidad del SGSS. El cambio debe permitirse siempre y cuando medie concepto médico y de farmacovigilancia favorables y se haga el respectivo seguimiento clínico y paraclinico que corresponda.	Si se cuenta con otras opciones terapéuticas aprobadas por el INVIMA es porque se certifica la seguridad, la eficacia y la calidad del principio activo.	<p>En relación con la observación al Artículo 21. Prescripción, en cuanto a que la norma propuesta estaría incurriendo en "(...) una violación al libre mercado y una afectación a la estructura de costos y negativo impacto en la sostenibilidad del SGSS (...)", esto por cuanto "(...) El cambio debe permitirse siempre y cuando medie concepto médico y de farmacovigilancia favorables y respectivo seguimiento clínico y paraclinico que corresponda (...), la misma no es cierta, toda vez que lo planteado por el Ministerio en el Parágrafo 1 del Artículo 21, contempla no solo la garantía de seguridad terapéutica para los pacientes con medicación de anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico, para evitar el riesgo en salud que se derive, sino que además, al igual que lo manifestado en su observación, Sí permite una excepción para realizar el ajuste de dosificación y régimen de administración previa instauración del monitoreo clínico y paraclinico necesarios.</p> <p>De otra parte, el principio Pro Homine de la Ley 1751 de 2015 define en su Artículo 6, segundo literal b): "Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;". Dado lo anterior, no es procedente su propuesta.</p>
1066	20	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo 27	El articulado pasa del Artículo 25, pasa al Artículo 27, luego al Artículo 26 y nuevamente pasa al Artículo 27. Por lo tanto, los artículos están en desorden y adicionalmente, hay dos Artículos 27. El primero consagra las fórmulas magistrales y el segundo Artículo 27 consagra los Radiofármacos.		De acuerdo a lo observado, se realizarán los ajustes en la numeración del texto del proyecto de resolución en comento.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1067	21	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo 31	Se solicita revisar este artículo a la luz de lo definido en el Anexo Técnico de la Resolución 1885 de 2018 "REPORTE DE INFORMACIÓN DE SUMINISTRO DE TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - MIPRES NO PBSUPC CAUSAS DE NO ENTREGA, TOTAL, PARCIAL O DIFERIDA RESOLUCION 1885 DEL 10/05/2018" donde se define la ENTREGA PARCIAL: Se dispensan o se prestan las Tecnologías en Salud, No financiadas con recursos de la UPC o Servicios Complementarios, en forma incompleta o porque no cumple los tiempos establecidos por la norma para su prescripción. Se aplica en caso de: - Presentación comercial del producto. - Dosis máxima permitida excede lo prescrito. - Se prescribe por primera vez y el tiempo de prescripción excede 3 meses. - El tiempo de prescripción excede 12 meses La imposibilidad de realizar entregas parciales generaría un reproceso interinstitucional y una barrera de acceso al usuario.	Oportunidad en el acceso a los servicios del SGSSS.	En relación con la observación planteada, donde se solicita revisar eventuales limitaciones en la dispensación de medicamentos para entregas parciales, que se generarían en el Artículo 31 sobre la Concordancia entre la prescripción y la dispensación, del proyecto de resolución, frente al Anexo Causas de No Entrega, Total, Parcial o Diferida de la Resolución 1885 de 2018, se encuentra que la norma propuesta para Presupuestos Máximos deviene del cumplimiento del artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del Dispensador del Decreto 780 de 2016, sin modificarse las condiciones bajo las cuales operan estos procesos de dispensación y reporte de información.  En tal virtud, para los casos planteados en su observación, debe seguirse el trámite vigente, diferenciando en todo caso que la norma invocada (artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del Dispensador del Decreto 780 de 2016) define el deber ser para el dispensador, mientras que el Anexo Causas de No Entrega, Total, Parcial o Diferida de la Resolución 1885 de 2018 establece el reporte de la ocurrencia de estas eventuales situaciones, dentro de las cuales se incluye en la Tabla N° 1 Causa de No Entrega, la opción 4. Presentación no fraccionable.
1068	22	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Parágrafo (Artículo 33)		Artículo 33. Combinaciones de tecnologías en salud. La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye las Tecnologías en Salud y los Servicios contenidos en el presente acto administrativo, cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.  Parágrafo. Si dentro de la combinación de Tecnologías en Salud y Servicios se requieren Tecnologías en Salud o Servicios que se encuentran financiadas con recursos de la UPC y servicios y tecnologías en salud con cargo al Presupuesto Máximo, se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.  A la fecha la facturación de estos servicios combinados se hace de forma separada según las tecnologías empleadas y los homólogos, si se pretende hacer algún cambio al respecto en cuanto a la unificación de la facturación, es necesario que se plasme. Lo anterior en cuanto a la finalidad paulatina de unificar los regímenes.	En lo atinente a su observación relacionada con el Artículo 33. Combinaciones de tecnologías en salud, Parágrafo, en cuanto a la falta de claridad en materia de financiamiento de la prestación incluida en el PBS o cubierta bajo el Presupuesto Máximo, la norma propuesta en el mencionado artículo define claramente que la combinación de Tecnologías en Salud y Servicios se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.  Estos requisitos de cobertura por uno u otro mecanismo están definidos en las normas que los regulan (Resolución 3512 de 2019 para el PBS, y el presente proyecto de resolución).
1069	23	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Artículo 41	Todo cambio en la estructura del sistema de información debe brindar el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distintos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores.	Aseguramiento de recursos en el SGSSS para la red prestadora de servicios de salud.	En relación con la observación planteada al Artículo 41. Deber de Información, sobre contemplar "el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distintos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores", debo anticipar que la norma está diseñada para regir a partir de su publicación por lo que al momento no se tiene previsto un periodo de transición.  Debe tenerse en cuenta que lo definido en el proyecto de resolución no comporta cambios sustanciales en la estructura de la información, las EPS reportan la información para el estudio de suficiencia de UPC en dicho sentido; y finalmente, el reporte de información no afecta el flujo de los recursos del sistema por cuanto no están atados, no se acoge su comentario.  No obstante, el Ministerio dispuso a la ciudadanía el proyecto de resolución "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado y se dictan otras disposiciones". En este proyecto de resolución se contempla un plazo para el reporte de lo allí solicitado y está anunciado desde el momento de publicación.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1070	24	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Parágrafo del Artículo 44	Definir el criterio para establecer la capacidad de pago.	No se define la clasificación o el criterio para la capacidad de pago de los afiliados al régimen contributivo.	En atención al comentario sobre la aplicación del criterio de capacidad de pago en los “servicios sociales complementarios”, inicialmente vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término “sociales”, cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.  Ahora bien, sobre la aplicación del criterio de capacidad de pago a estos servicios, es necesario tener presente los siguientes postulados de Ley:  El Artículo 160 de la Ley 100 de 1993, establece los deberes de los afiliados y de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, precisando en su numeral 3 la obligación de facilitar el pago y pagar las cotizaciones y demás erogaciones a que haya lugar, cuando corresponda. A su vez, el Artículo 187 de la misma Ley dispone que los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y copagos.  Igualmente, la Ley 1751 del 16 febrero de 2015, Ley Estatutaria en salud, señaló en su artículo 10, los derechos y deberes de las personas en relación con la prestación del servicio de salud y en lo pertinente a los deberes, su literal i) determinó contribuir solidariamente con el financiamiento del sistema de acuerdo a su capacidad de pago.
1071	25	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	Anexo 5	Se debe aclarar en el tipo de servicios OTROS que tecnologías se pueden incluir y con qué criterios. Adicionalmente se debe agregar la unidad de medidas en varios casos: en el tipo de servicio CUIDADOR no se define si el valor de referencia es por hora o día. En el tipo de servicio transporte/alojamiento no se define si el valor de referencia es por día, por trayecto o por kilómetro.	No hay claridad sobre el concepto Conglomerados ni los criterios con los que se agruparon para asignar el VR tampoco las unidades con que se mide y asigna ese valor (tiempo, medida, cantidad).	Sobre su observación relacionada con “En lel tipo de servicios OTROS que tecnologías se pueden incluir y con que criterios (...)”, se precisa que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios complementarios de la tabla de referencia MIPRES, se categorizaron como “OTROS”.  Así mismo, debe reiterarse que dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Es decir, se conforman grupos homogéneos por dicha variable (severidad), esta variable recoge la expresión del conjunto de aspectos que se facturaron a La ADRES, sin inferir otro tipo de unidades. En otras palabras la severidad supera la agrupación por unidades específicas de tecnologías o grupos, pues el valor prima por ser la expresión de las transacciones que se dan en las cuentas radicadas.
1072	26	22/01/2020	202042300084032	Susana Mejía	Susana Mejía	De la lectura de la Resolución en general	Que de la lectura del proyecto de resolución surge la inquietud sobre quién asumirá el riesgo una vez se haya superado el presupuesto máximo de forma masiva, es decir, en caso tal de que todas las EPS y EOC superen el presupuesto máximo. En concordancia con lo anterior, surge la gran preocupación de que las EPS y EOC puedan glosar las facturas a las Instituciones Prestadoras de Salud o prestadoras de tecnología debido a que se supere el presupuesto máximo	Dado que no queda claro quién asumirá el riesgo una vez se haya superado el presupuesto máximo de forma masiva, es decir, en caso tal de que todas las EPS y EOC superen el presupuesto máximo. De igual forma, no queda expresa la prohibición de la glosa de facturas o en la interferencia u obstaculización en la prestación de servicios una vez se haya superado el presupuesto máximo en ningún aparte de la resolución	En cuanto a sus inquietudes relacionadas con “(...) quién asumirá el riesgo una vez se haya superado el presupuesto máximo (...)” la gran preocupación de que las EPS y EOC puedan glosar las facturas a las Instituciones Prestadoras de Salud (...) no queda expresa la prohibición de la glosa de facturas o en la interferencia u obstaculización en la prestación de servicios una vez se haya superado el presupuesto máximo (...), debe señalarse que para el manejo de estos recursos de Presupuesto Máximo, las EPS deben observar las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, ajustándose a sus costos de producción, en procura de la eficiencia de los recursos del Presupuesto Máximo por EPS. También es necesario que conozca que el Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado, por ende, no regula las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de la cadena.  Finalmente, vale aclarar que el proyecto de norma tiene previsto el despliegue de un proceso exhaustivo de seguimiento y control de los recursos a cargo de La ADRES, previendo una eventual superación del Presupuesto Máximo por EPS y la necesidad de garantizar el flujo de recursos hacia las IPS. Así, en el artículo sobre “Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos”, para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.  Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.  Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.  Así, la propuesta de Presupuestos Máximos tiene como objeto avanzar en la integralidad de la atención a través de la modificación de la forma de transferir los recursos, en donde la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías en salud que están financiadas con la Unidad de Pago por Capacitación - UPC, las más costo efectivas y de mayor beneficio-riesgo, de forma tal, que se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, de forma integral con los recursos de UPC, sin perjuicio de la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.
1073	1	13/01/2020	202042400035482	Daniela Osorio Moreno	Daniela Osorio Moreno		¿Qué documentos expedidos por la rama legislativa establecen la medida de inclusión del mecanismo de		Las disposiciones normativas que establecen que el Ministerio de Salud y Protección Social reglamente la materia de Presupuesto Máximo para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación-UPC, corresponden a los artículos 240 de la Ley 1955 de 2019 y 5 de la Ley 1966 de 2019.
1074	2	13/01/2020	202042400035482	Daniela Osorio Moreno	Daniela Osorio Moreno		¿Qué documentos expedidos por órganos administrativos establecen la medida de inclusión del mecanismo de Presupuesto Máximo?		Actualmente el Ministerio de Salud y Protección social se encuentra adelantando el proceso de reglamentación del Presupuesto Máximo, así:  El proyecto de Resolución “Por la cual se define la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se establece el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que operan el Régimen Contributivo, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios, y se dictan otras disposiciones” en su versión inicial se publicó en la página oficial <a href="http://www.minsalud.gov.co">www.minsalud.gov.co</a> con la finalidad de recibir opiniones, sugerencias o propuestas alternativas, para lo cual se indicó un plazo inicial de 15 días calendario (16 de diciembre a 02 de enero de 2020) y un plazo posterior de otros 15 días calendario (9 a 23 de enero de 2020), para lo cual se dejó constancia en el registro público dispuesto por este Ministerio.  Así mismo el proyecto de Resolución “Por la cual se establece el valor a transferir a las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que operan el Régimen Subsidiado, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Complementarios, y se dictan otras disposiciones” en su versión inicial se publicó en la página oficial <a href="http://www.minsalud.gov.co">www.minsalud.gov.co</a> con la finalidad de recibir opiniones, sugerencias o propuestas alternativas, para lo cual se indicó un plazo de 15 días calendario (30 de diciembre a 13 de enero de 2020) y se dejó constancia en el registro público dispuesto por este Ministerio.  Atendiendo las observaciones y comentarios realizadas por los actores interesados dentro del término de la publicación de los proyectos de Resolución que definen la metodología y establecen el valor del Presupuesto Máximo de cada EPS en los regímenes contributivo y subsidiado, este Ministerio consideró necesario integrar el contenido de los proyectos publicados y efectuar ajustes con relación a su articulado y los anexos propuestos, lo cual dio como resultado la consolidación del proyecto de Resolución “Por la cual se define la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se establece el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME).
1075	3	13/01/2020	202042400035482	Daniela Osorio Moreno	Daniela Osorio Moreno		De existir normativa vigente relativa a la obligación de que el gobierno implemente el mecanismo de Presupuestos Máximos, ¿cuánto tiempo tiene para incluirlo en la		Ninguna de las normas ya referidas estableció un término perentorio para la reglamentación de la materia. Sin embargo, como ya se señaló, este Ministerio se encuentra en etapa de reglamentación del Presupuesto Máximo para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1076	4	13/01/2020	202042400035482	Daniela Osorio Moreno	Daniela Osorio Moreno		De existir normativa vigente relativa a la obligación de que el gobierno implemente el mecanismo de Presupuestos Máximos, ¿Desde cuándo empezaría a aplicarse este mecanismo y cómo se informará a los fabricantes y distribuidores de estos productos sobre la medida?		<p>Frente a su primer interrogante se precisa que, de acuerdo al articulado propuesto, la Resolución entraría en vigencia a partir de su publicación, es decir de manera inmediata. Así lo establece el artículo de vigencia:</p> <p>“Artículo 46. La presente resolución rige a partir de su publicación.”</p> <p>En cuanto al segundo cuestionamiento se informa que desde el tercer trimestre del 2019 el proyecto de Resolución de Presupuesto Máximo ha venido siendo socializado a todos los actores interesados a través de reuniones de explicación de la metodología propuesta, talleres work café y mesas redondas realizadas dentro de la etapa de publicación del proyecto de resolución. Los actores convocados corresponden, entre otros, a la industria farmacéutica, las EPS del régimen contributivo y subsidiado, las IPS, sociedades científicas, y las asociaciones de pacientes.</p>
1077	5	13/01/2020	202042400035482	Daniela Osorio Moreno	Daniela Osorio Moreno		Teniendo en cuenta las variables utilizadas para calcular el presupuesto máximo, ¿cuáles son los criterios para escoger entre el precio por miligramo obtenido por el Valor Máximo de Recobro y el Precio de Referenciación Internacional? ¿Cómo se decide cuál de las dos variables se va a utilizar?		<p>Lo primero a aclarar es que para los efectos de la metodología del cálculo del presupuesto máximo este Ministerio definió Valores de Referencia (VR) para medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios. En consecuencia, es impreciso señalar que los Valores Máximos de Recobro (VMR) establecidos en la Resolución 3514 de 2019, son considerados dentro de la metodología propuesta.</p> <p>Al respecto el proyecto publicado señala que, en cuanto a medicamentos, el valor de referencia corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración de cada grupo relevante y al precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM.</p> <p>Adicionalmente en el anexo 2 del proyecto de resolución, en el cual define la metodología para la determinación del valor de referencia para los grupos de medicamentos y APME, se establece que “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, la ADRES tomará como VR el precio establecido por la Comisión.”</p> <p>Por otra parte se señala que, de acuerdo a la metodología planteada en el proyecto de resolución, el criterio para definir el valor máximo, considerado para calcular el presupuesto máximo, corresponde al menor valor por UMC (en el caso de medicamentos y APME) o por procedimientos y servicios complementarios, entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p>
1078	6	13/01/2020	202042400035482	Daniela Osorio Moreno	Daniela Osorio Moreno		Si el precio por miligramo se calcula por medio del Valor Máximo de Recobro, ¿cuáles son los datos que se deben tener en cuenta para el cálculo del Valor? ¿Se obtienen del histórico de los precios cobrados para todos los medicamentos con el mismo principio activo o se calcula para un Código Único de Medicamentos en específico?		<p>Como ya se indicó, se debe aclarar que para los efectos de la metodología del cálculo del presupuesto máximo este Ministerio definió Valores de Referencia (VR) para medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios. En consecuencia, es impreciso señalar que los Valores Máximos de Recobro (VMR) establecidos en la Resolución 3514 de 2019, son considerados dentro de la metodología propuesta dado el alcance u objeto de aplicación de los valores de referencia frente a los valores Máximos de Recobro.</p> <p>Al respecto el proyecto publicado señala que, en cuanto a medicamentos, el valor de referencia corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración de cada grupo relevante calculado conforme a la metodología del anexo 2, y al precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM.</p> <p>En este orden dentro de las definiciones establecidas en el proyecto de Resolución se indica que el 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.”</p> <p>Frente a sus cuestionamientos se indica que el anexo 2 del proyecto de resolución, el cual define la metodología para la determinación del valor de referencia para los grupos de medicamentos y APME, establece como fuentes de información para el cálculo, las siguientes:</p> <p>“Como fuente de información principal se tomarán los recobros/cobros que correspondan al periodo de referencia con el último corte de información disponible de la base SII_MYT.</p> <p>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.</p> <p>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.”</p> <p>Así mismo con relación al cálculo del Valor de Referencia – VR, el citado anexo establece: “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.” negrilla fuera de texto.</p> <p>En este orden, la fijación de los Valores de Referencia de medicamento y APME se establece a nivel de grupo relevante, y para tal efecto es necesaria la estandarización de la base de datos de recobro/cobro, aspecto que contempla la metodología del anexo 2 del proyecto de acto administrativo y se refiere a la revisión y ajuste de las variables que se requieren para el cálculo en cada registro de la base de datos y que se encuentre asociada a cada grupo relevante.</p> <p>La estandarización también incluye la base de registros sanitarios del 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. Este proceso de estandarización permite llevar a cabo el cálculo del valor de referencia el cual no realiza distinción entre marca comercial ni concentración.</p> <p>De lo anterior se concluye que dentro de la metodología planteada para el cálculo del valor de referencia de medicamentos y APME, se deben tener en cuenta como fuente de información el histórico de los recobros/cobros realizados ante la</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1079	1	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	Artículo 34. Trasplantes "Para la realización de los trasplantes financiados con cargo al Presupuesto Máximo, contenidos en el presente acto administrativo, se incluyen todas las Tecnologías en Salud y los Servicios, necesarios que sean requeridos. La prestación comprende ...",	528 TRASPLANTE DE PANCREAS. El recurso apropiado en la resolución de techos por valor de \$ 81.189.836,91 para el procedimiento de trasplante de páncreas es un recurso insuficiente puesto que las instituciones que realizan este procedimiento son pocas en el país y cuyas cotizaciones sobre-pasan el valor de mercado propuesto por ustedes de 5 a 7 veces.	Adjunta soportes de cotización de Fundación Valle de Lili. DONANTE EVALUACION DEL DONANTE CADAVERICO Y RESC \$ 20.775.300 INTERVENCION EN EL RECEPTOR CON DONANTEC \$ 76.272.900 INMUNOSUPRESORES \$54.000.000 POSIBLES COMPLICACIONES \$ 38.136.450 RECEPTOR EVALUACION DEL DONANTE Y RESCATE DEL ORG \$14.478.500 INTERVENCION EN EL RECEPTOR Y CONTROL \$246.497.900 POSIBLES COMPLICACIONES PANCREAS \$123.248.950 TOTAL: 573.410.000	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1080	2	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	378606 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	El valor propuesto por el proyecto de resolución de techos es de \$46.470.753 es inferior al valor real del insumo y procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del insumo es de \$37.938.116 + iva para un valor aprox de \$44.000.000 y los demás insumos requeridos para la cirugía son aproximadamente \$8.000.000 para un total de \$58.000.000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirúrgicos.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1081	3	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	3786 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR	No es claro el valor propuesto de \$45.667.054 ya que el código 3786 incluye 7 procedimientos quirúrgicos de los cuales 2 de ellos son No Pbs 378605 y 378606 y se encuentran valorizados de forma independiente en este proyecto. El valor propuesto de \$45.667.054 corresponde a que tipo de procedimiento?	Se relacionan CUPS No Pbs del código 3786 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR 378605 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA ABIERTA 378606 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSOR (DEFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1082	4	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	373411 AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES MINIMAMENTE INVASIVA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio n de techos es de \$ 35.420.054 es inferior al valor real del insumo y procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento e insumos es de \$ 43.000.000	<p>Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.</p> <p>Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.</p>	
1083	5	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	649702 REVISION O SUSTITUCION DE PROTESIS DE PENE INFLEABLE	El valor propuesto por el proyecto de resolucio n de techos es de \$ 31.952.952 es inferior al valor real del insumo y procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento e insumos es de \$ 43.000.000	<p>Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.</p> <p>Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.</p>	
1084	6	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	3784 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADORES CARDIACOS	No es claro el valor propuesto por el proyecto de resolucio n de techos es de \$ 28.544.553 ya que solo existe un solo código cups para este procedimiento y ya se encuentra valorizado en esta proyecto de forma independiente. A que corresponde el valor de su pro-puesta de \$28.544.553 ?	Actualmente en el mercado el valor promedio del insumo es de \$44,500,000 y los demas insumos requeridos para la cirugía son aproximadamente \$10,000,000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirúrgicos.	<p>Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.</p> <p>Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.</p>	
1085	7	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	5893 IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO PARA CONTINENCIA URINARIA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio n de techos es de \$ 27.797.080 es inferior al valor real del insumo y proce-dimiento en el mercado.	De acuerdo con la resolución 3512 de 2019 se encuentran financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos de la categoría (58.9.3) salvo la subcategoría 58.9.3.05 Implantación de dispositivo periuretral.	<p>Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.</p> <p>Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.</p>	
1086	8	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	378401 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE RESINCRONIZADOR CARDIACO	El valor propuesto por el proyecto de resolucio n de techos es de \$ 26.486.574 es inferior al valor real del insumo y procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del insumo es de \$44,500,000 y los demas insumos requeridos para la cirugía son aproximadamente \$10,000,000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirúrgicos.	<p>Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.</p> <p>Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1087	9	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	5895 REVISION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO PARA CONTINENCIA URINARIA	El valor propuesto por el proyecto de resolucion de techos es de \$ 22.300.530 es inferior al valor real del insumo y procedimiento en el mercado actual.	Actualmente en el mercado el valor promedio del insumo es de \$41,800,000 El valor del dispositivo supera el valor del procedimiento	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1088	10	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	457 RESECCION PARCIAL DE INTESTINO GRUESO	De acuerdo con la resolución 3512 de 2019 se encuentran financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos correspondientes a este subgrupo 457. No es claro a que corresponde el valor propuesto por el proyecto de resolucion de techos de \$ 18.621.594 ya que estos procedimientos están cubiertos por la UPC	Se relacionan Cups pbs del código 457 RESECCION PARCIAL DE INTESTINO GRUESO 4570 COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] 4571 RESECCION SEGMENTARIA MULTIPLE DE INTESTINO GRUESO 4572 CECECTOMÍA 4573 HEMICOLECTOMÍA DERECHA 4574 RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO 4575 HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA 4576 SIGMOIDECTOMIA	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1089	11	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	645002 TRANSFORMACION DE GENITALES EXTERNOS DE HOMBRE A MUJER	El valor propuesto por el proyecto de resolucion de techos es de \$ 14.940.193 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento quirurgico es de \$32,726,474 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirurgicos.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1090	12	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	373410 AISLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES VIA ABIERTA	El valor propuesto por el proyecto de resolucion de techos es de \$13.661.186 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento quirurgico es de \$25,106,368 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirurgicos.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1091	13	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	332210 BRONCOSCOPIA CON TERMOPLASTIA BRONQUIAL	El valor propuesto por el proyecto de resolucion de techos es de \$ 12.948.991 esto corresponde a 1 sesion o a la totalidad del los procedimientos realizados?	De acuerdo con la realización de este procedimiento, este se lleva a cabo en 3 o 4 sesiones	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1092	14	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	209604 IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio n de techos es de \$ 12.360.401 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del insumo es de \$23,712,000 El valor del insumo supera el valor del procedimiento	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1093	15	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	373414 MODULACION DE SUSTRATO ARRITMICO (AURICULAR O VENTRICULAR) EPICARDICA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio n de techos es de \$ 12.360.401 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento quirurgico es de \$37,615,504 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirurgicos.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1094	16	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	449602 BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio n de techos es de \$ 12.193.001 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio de los insumos es de \$10,000,000	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1095	17	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	3728 MAPEO ELEC-TRICO Y ANATOMICO DEL CORAZON Y ESTRUCTURAS VASCULARES	No es claro el valor propuesto por el proyecto de resolucio n de techos de \$ 11.871.115 ya que el código 3728 incluye 2 procedimientos quirúrgicos 372801 y 372802 de los cuales el único no Pbs es el 372802 y este ya se encuentra descrito y valorizado en este proyecto de forma independiente. A que corresponde el valor de \$ 11.871.115 en esta propuesta?	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento quirurgico es de \$18,500,000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirurgicos	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1096	18	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	449601 BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO VIA ABIERTA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio n de techos es de \$ 11.297.501 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento quirurgico es de \$13,500,000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirúrgicos.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1097	19	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	4496 BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO	No es claro el valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos de \$ 11.267.077 ya que el código 4496 incluye 2 procedimientos quirúrgicos 449601 y 449602 los cuales ya se encuentra descrito y valorizado en este proyecto de forma independiente. A que corresponde el valor de \$ 11.267.077 en esta propuesta?	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento quirurgico es de \$13,500,000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirurgicos	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.	
1098	20	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	449806 REVERSION DE BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos es de \$ 10.659.433 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado. Porque este procedimiento quirurgico no tiene el mismo valor que el procedimiento inicial?	Para la realización de este procedimiento se requiere del mismo equipo profesional, servicios y tecnologías utilizadas en la cirugía primaria.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.	
1099	21	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	4384 GASTRECTOMIA VERTICAL	No es claro el valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos de \$ 10.428.153 ya que el código 4384 incluye 2 procedimientos quirúrgicos 438401 y 438402 los cuales ya se encuentra descrito y valorizado en este proyecto de forma independiente. A que corresponde el valor de \$ 10.428.153 en esta propuesta?	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento quirurgico es de \$11,000,000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirurgicos	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.	
1100	22	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	438502 REINTERVENCION O REVISION DE GASTRECTOMIA VERTICAL [MANGA GASTRICA] POR LAPAROSCOPIA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos es de \$ 9.888.321 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado. Porque este procedimiento quirurgico no tiene el mismo valor que el procedimiento inicial?	Para la realización de este procedimiento se requiere del mismo equipo profesional, servicios y tecnologías utilizadas en la cirugía primaria	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.	
1101	23	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	372802 MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL	El valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos es de \$ 9.781.343 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento quirurgico es de \$26,360,000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirurgicos	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
1102	24	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	922445 TELETERAPIA CON ACCELERADOR LINEAL (PLANEACION COMPUTARIZADA TRIDIMENSIONAL Y SIMULACION VIRTUAL) TECNICA RADIOTERAPIA GUIADA POR IMAGENES [IGRT]	El valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos es de \$ 8.151.374 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento quirurgico es de \$10,000,000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirurgicos	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.	
1103	25	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	449802 REINTERVENCION O REVISION DE CIRUGIA TIPO BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos es de \$ 7.204.348 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado. Porque este procedimiento quirurgico no tiene el mismo valor que el procedimiento inicial?	Para la realización de este procedimiento se requiere del mismo equipo profesional, servicios y tecnologías utilizadas en la cirugía primaria	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.	
1104	26	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	8571 RECONSTRUCCION DE MAMA CON DISPOSITIVO	No es claro el valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos es de \$ 1.430.951 ya que el código 8571 incluye 2 procedimientos quirúrgicos 857101 y 857102 los cuales ya se encuentra descrito y valorizado en este proyecto de forma independiente. A que corresponde el valor de \$ 1.430.951 en esta propuesta?	Actualmente en el mercado el valor promedio de los insumos es de \$4,800,000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirúrgicos	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.	
1105	27	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	922506 RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos es de \$ 5.946.808 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado.	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento quirurgico es de \$ 12.821.885 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos quirurgicos	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1106	28	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	45 PROCEDIMIENTOS EN INTESTINO	El valor propuesto por el proyecto de resolucion de techos es de \$ 5.840.615 el cual contiene 98 procedimientos quirurgicos con diversas técnicas quirurgicas y complejidades. Del Código 45, diez (10) de estos no están incluidos en el plan de beneficios. Por lo anterior se debería especificar cuales procedimientos estarían cobijados por el valor propuesto teniendo en cuenta el diferente grado de complejidad de los procedimientos quirúrgicos	Se relacionan Cups No pbs del código 45 Procedimientos en Intestino 454301 INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA 455101 AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA 455102 AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA 455201 AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA 455202 AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA 456501 RESECCIÓN INTESTINAL TOTAL (OBTENCIÓN DE ÓRGANO) 456502 RESECCIÓN INTESTINAL PARCIAL (OBTENCIÓN DE ÓRGANO) 456601 TRASPLANTE DE INTESTINO VÍA ABIERTA 456701 OBTENCIÓN DE BLOQUE MULTIVISCERAL (ESTÓMAGO, DUODENO, PÁNCREAS E INTESTINO DELGADO) VÍA ABIERTA 456801 TRASPLANTE MULTIVISCERAL (ESTÓMAGO, DUODENO, PÁNCREAS E INTESTINO DELGADO EN BLOQUE) VÍA ABIERTA	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1107	29	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	380 TROMBECTOMIA O TROMBOLISIS O TROMBOEMBOLECTOMIA	De acuerdo con la resolución 3512 de 2019 se encuentran financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos correspondientes a este subgrupo 380. No es claro a que corresponde el valor propuesto por el proyecto de resolucion de techos de \$ 4.541.407 ya que estos procedimientos están cubiertos por la UPC	Se relacionan Cups pbs del código 380 TROMBECTOMIA O TROMBOLISIS O TROMBOEMBOLECTOMIA 3801 TROMBECTOMIA MECÁNICA Y TROMBOLISIS FARMACOLÓGICA DE VASOS INTRACRANEALES 3802 TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS EN CABEZA Y CUELLO 3803 TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS EN MIEMBROS SUPERIORES 3804 TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS TORÁCICOS 3805 TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES 3806 TROMBOEMBOLECTOMIA EN ARTERIAS ABDOMINALES 3807 TROMBOEMBOLECTOMIA EN VENAS ABDOMINALES 3808 TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES 3809 TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS EN MIEMBROS INFERIORES	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1108	30	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	8682 RITIDECTOMIA FACIAL	El valor propuesto por el proyecto de resolucion de techos es de \$ 3.901.769 El código 8682 contiene 6 procedimientos quirurgicos con diversas técnicas quirurgicas y complejidades. Por lo anterior se debería especificar cuales procedimientos estarían cobijados por el valor propuesto.	Se relacionan Cups No pbs del código 8682 RITIDECTOMIA FACIAL 868201 RITIDECTOMIA ARRUGAS GLABELARES 868202 RITIDECTOMIA ARRUGAS ÁNGULO EXTERNO DEL OJO VÍA CORONAL 868203 RITIDECTOMIA CERVICOFACIAL SIN FRENTE 868204 RITIDECTOMIA TOTAL (FRENTE, PÁRPADOS, MEJILLA Y CUELLO) 868205 RITIDECTOMIA DE FRENTE (VÍA CORONAL O ENDOSCÓPICA) 868206 RITIDECTOMIA SUBPERIÓSTICA	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1109	31	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	908433 BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION COMPLETA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos es de \$ 54.224.357 es inferior al valor real del procedimiento en el mercado actual.	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento es de \$ 7.000.000 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos del procedimiento diagnostico.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1110	32	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	766 REPARACION DE HUESO FACIAL Y PROCEDIMIENTOS DE ORTOGNATICA	De acuerdo con la resolución 3512 de 2019 se encuentran financiados con recursos de la UPC todos los procedimientos correspondientes a este subgrupo 766.  No es claro a que corresponde el valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos de \$ 2.386.372 ya que estos procedimientos están cubiertos por la UPC.	Se relacionan Cups pbs del código 766 REPARACION DE HUESO FACIAL Y PROCEDIMIENTOS DE ORTOGNATICA 7661 OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR 7662 OSTEOPLASTIA ABIERTA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR 7663 OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) DE CUERPO DE MANDÍBULA 7664 OTRA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA EN MANDÍBULA 7665 OSTEOPLASTIA (OSTEOTOMÍA) SEGMENTARIA DE MAXILAR 7666 OSTEOPLASTIA TOTAL (OSTEOTOMÍA) DE MAXILAR 7667 GENIOPLASTIA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍN-TESIS) 7669 OTRA REPARACIÓN DE HUESO FACIAL	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1111	33	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	898112 ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA	El valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos es de \$ 1.882.185 , es inferior al valor real del procedimiento en el mercado actual	Actualmente en el mercado el valor promedio del procedimiento es de \$ 10.963.795 con lo cual el valor de la propuesta no cubre los gastos.  Las pruebas genómicas se generan a partir de 21 genes, la prueba es la única registrada a nivel mundial por todos los consensos internacionales que no solo hace indicación de la enfermedad si no que calcula el pronostico de recidiva de la misma enfermedad como cancer de mama, de próstata y orienta al comportamiento, en el caso de cancer de mama define conducta terapeutica para hormonoterapia o quimioterapia permitiendo identificar el impacto terapéutico real del medicamento a utilizar, el costo internacional del producto es de US 3.000 dolares por lo tanto el valor propuesto no es viable en el proyecto de la resolución de techos.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Así las cosas, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  De igual manera se debe advertir que los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.  En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.
1112	34	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	2363 IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION)	No es claro a que corresponde el valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos de \$ 1.533.214 ya que el único Cups para esta categoría "236300" se encuentra descrito y valorizado en esta misma resolución.	2363 IMPLANTE DENTAL ALOPLAS-TICO (OSEOINTE-GRACION) 236300 IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	Con relación a su solicitud es preciso indicar que, considerando las observaciones realizadas por distintos actores respecto al tema, y con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR); los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regimenes.  En razón a lo anterior, se informa que la clasificación de los procedimientos será ajustada con el objeto de dar mayor claridad.  Sin embargo, se debe tener en cuenta que los valores utilizados son una referencia para poder determinar los Presupuestos Máximos y provienen de la información de recobros/cobros reportada a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES); por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los demás agentes recobrantes.
1113	35	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	8530 LEVANTAMIENTO DE MAMA [MAMOPEXIA]	No es claro a que corresponde el valor propuesto por el proyecto de resolucio de techos de \$ 1.603.287 ya que este código cuenta con 2 Cups 853001 y 853002 los cuales se encuentran descrito y valorizado en esta misma resolución.	Se relacionan Cups No Pbs del código 8530 LEVANTAMIENTO DE MAMA [MAMOPEXIA] 853002 PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] BILATERAL 853001 PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] UNILATERAL	Con relación a su solicitud es preciso indicar que, considerando las observaciones realizadas por distintos actores respecto al tema, y con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR); los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regimenes.  En razón a lo anterior, se informa que la clasificación de los procedimientos será ajustada con el objeto de dar mayor claridad.  Sin embargo, se debe tener en cuenta que los valores utilizados son una referencia para poder determinar los Presupuestos Máximos y provienen de la información de recobros/cobros reportada a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES); por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los demás agentes recobrantes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1114	36	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	233 RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIONES (OPERATORIA DENTAL)	No es claro a que corresponde el valor propuesto por el proyecto de resolucíon de techos de \$ 1.229.077 ya que este código cuenta con 2 Cups 233100 y 233200 los cuales se encuentran descrito y valorizado en esta misma resolucíon.	Se relacionan Cups No Pbs del código 233 RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIONES (OPERATORIA DENTAL) 233100 RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION META-LICA SOD 233200 RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA SOD	<p>Con relación a su solicitud es preciso indicar que, considerando las observaciones realizadas por distintos actores respecto al tema, y con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR); los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En razón a lo anterior, se informa que la clasificacíon de los procedimientos será ajustada con el objeto de dar mayor claridad.</p> <p>Sin embargo, se debe tener en cuenta que los valores utilizados son una referencia para poder determinar los Presupuestos Máximos y provienen de la informaci3n de recobros/cobros reportada a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES); por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los demás agentes recobrantes.</p>
1115	37	23/01/2020	202042300087162	Anyelit Rozo Falla	MEDIMAS EPS	2343 INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL	No es claro a que corresponde el valor propuesto por el proyecto de resolucíon de techos de \$ 1.221.219 ya que este código cuenta con 3 Cups los cuales se encuentran descrito y valorizado en esta misma resolucíon.	Se relacionan Cups No Pbs del código 2343 INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL 234301 INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA 234302 INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA 234303 REPARACIÓN DE PROTESIS REMOVIBLE PARCIAL	<p>Con relación a su solicitud es preciso indicar que, considerando las observaciones realizadas por distintos actores respecto al tema, y con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR); los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En razón a lo anterior, se informa que la clasificacíon de los procedimientos será ajustada con el objeto de dar mayor claridad.</p> <p>Sin embargo, se debe tener en cuenta que los valores utilizados son una referencia para poder determinar los Presupuestos Máximos y provienen de la informaci3n de recobros/cobros reportada a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES); por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los demás agentes recobrantes.</p>
1116	1	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 3 Punto 1	<p>1. El PRI ya tiene su propia definici3n en las circulares emitidas por la Comisi3n de Regulaci3n de Precios de Medicamentos. Que una misma definici3n tenga diferentes significados, es permitir situaciones de inseguridad jurídic a y permitir que los diferentes actores puedan incurrir en diferentes errores interpretativos: No conviene tener una definici3n de PRI para efectos de reglamentaci3n de la Comisi3n Nacional de Precios de Medicamentos y otra para Techos. En realidad no debe hablarse de PRI en esta resoluci3n, lo correcto es hablar de “precio de control directo” que es aquel que defini3 la Comisi3n Nacional de Precios de Medicamentos con base en el PRI.</p> <p>2. Debe precisarse el concepto de Alimentos para prop3sitos m3dicos especiales, pues es muy amplia y no permite realizar una clasificaci3n de las categorías establecidas en el anexo 4 (listado de los valores de referencia de alimentos con prop3sito medico especial- APME)</p> <p>3. Pese a que en el texto se menciona que los alimentos para prop3sitos m3dicos especiales se encuentran denominados de esta manera en su registro, efectuadas las respectivas consultas se evidencia que varios alimentos que se encuentran actualmente en el Mipres, no se encuentran denominados como alimentos con prop3sito m3dico especial en el INVIMA. Ejemplo Enterex Powder</p>		<p>Con respecto a la definici3n de PRI, se acogi3 su sugerencia y se hace referencia en el acto administrativo a los grupos relevantes de medicamentos con precio regulado por la Comisi3n Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos M3dicos -CNPMDM, de conformidad con la metodologí a para la aplicaci3n del r3gimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional.</p> <p>Para la clasificaci3n de los APME, inicialmente se cre3 una base de datos paralela con los APME con corte a 31 de diciembre de 2018 de los codificados en las tablas de referencia MIPRES con sus respectivos registros sanitarios, estandarizando las siguientes variables para la presentaci3n de los valores de referencia: nombre del producto, posibles nombres, unidad de medida, UMC, presentaci3n, categorí a y grupo relevante. La UMC corresponde en este caso a la presentaci3n comercial del producto y la categorí a se realiza de acuerdo con las característ icas de los nutrientes, composici3n y uso especí fico; en total se conformaron ocho categorías que podr3n consultarse en el acto administrativo. Por su parte, el grupo relevante se determina atendiendo a la Categorí a + unidad_de_medida + presentaci3n. Tambi3n se considera el n3mero de titulares por grupo relevante, autorizados por INVIMA.</p> <p>En relaci3n con los Alimentos para Prop3sitos M3dicos Especiales- APME, se aclara que los criterios para el otorgamiento de registros sanitarios, como alimentos para prop3sito m3dico especial fueron definidos en el a3o 2016 conjuntamente con el Invima, de manera que hoy en dí a los productos que cumplen con los criterios de la definici3n cuentan con su respectivo registro sanitario como APME; algunos muy pocos que se encuentran en MIPRES, que aunque cumplen con los criterios de APME, no tienen tal descripci3n en el registro sanitario y se encuentran en proceso de actualizaci3n del mismo ante la entidad competente que es el Invima.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1117	2	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 3 Punto 11	<p>Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME corresponde al conjunto de alimentos para propósito medico 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.</p> <p>Estas categorías para estos grupos relevantes son muy amplias ya que no cuentan con información de composición que permita la clasificación de los productos y se ignora cual es la que esta utilizando el Minsalud.</p> <p>1. También se refiere un listado de alimentos para propósitos médicos especiales, pero no se realiza la cita del documento y tampoco se encuentra publicado en el INVIMA.</p>		<p>En cuanto su afirmación que "(...) estos grupos relevantes son muy amplias ya que no cuentan con información de composición que permita la clasificación de los productos y se ignora cual es la que está utilizando el Minsalud.", se reitera que la metodología para la conformación de los grupos relevantes siguió la metodología anteriormente enunciada.</p> <p>Inicialmente, se creó una base de datos paralela con los APME con corte a 31 de diciembre de 2018 de los codificados en las tablas de referencia MIPRES con sus respectivos registros sanitarios, para así estandarizar las variables que se presentaran en el anexo de la metodología. Nombre del producto, posibles nombres, unidad de medida, UMC, presentación, categoría y grupo relevante. La UMC corresponde en este caso a la presentación comercial del producto y la categoría se realiza de acuerdo con las características de los nutrientes, composición y uso específico; en total se conformaron ocho categorías que podrán consultarse en el acto administrativo. Por su parte, el grupo relevante se determina atendiendo a la Categoría + unidad_de_medida + presentación. También se considera el número de titulares por grupo relevante, autorizados por INVIMA.</p> <p>Finalmente, el listado de APMES se encuentra en el INIVIMA y puede ser accedido a través de su página web, la cual permite las consultas de registros sanitarios, así mismo revisar los productos de interés de cualquier ciudadano.</p>
1118	3	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 7	<p>1. Debe incorporarse el ajuste P*Q donde P considere IPC salud y Q contemple el comportamiento país con ajuste por carga de enfermedad y selección adversa.</p>		<p>Los valores de referencia no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es para efectos de cálculo de presupuesto máximo de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno.</p> <p>El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas. El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitiría el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta.</p> <p>Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo, emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1119	4	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Articulo 6	<p>1. En la metodología para realizar el cálculo de las cantidades del delta no se realiza la estimación sobre las cantidades ajustadas las cuales son servicios ya prestados que afectan la proyección, de esta manera no se estaría aplicando para la tasa de crecimiento los datos ajustados.</p> <p>2. En el tipo de servicios OTROS: ¿qué tecnologías se están incluyendo y con que criterios? Deben incluirse unidades de medida claras dependiendo del tipo de servicio. Una resolución restrictiva no puede dejar tan amplio un concepto como "Otros"</p> <p>3. En el tipo de servicio CUIDADOR el valor de referencia ¿es por hora? ¿Día? ¿Cual es la unidad de tiempo? En el tipo de servicio transporte y alojamiento ¿el valor es por día? ¿trayecto? ¿Kilómetro?</p> <p>4. No hay claridad sobre el concepto "Conglomerados" ni los criterios con los que se agruparon para asignar el Valor de Recbro, así como tampoco las unidades con que se mide y asigna ese valor ( tiempo, medida, cantidad...) El Minsalud debe aclarar porque no puede sencillamente decir que se trata de un "Clúster" sin definir cuales son los criterios tomados para construir ese cluster o conglomerado</p>		<p>1. El factor de las cantidades del delta, calculado para el periodo t, da cuenta del comportamiento histórico de lo recobrado, 33.713.766 registros administrativos en medicamentos y APME, que en el estado normal de las cosas, no puede tener grandes variaciones a razón de: i) Los cambios en el comportamiento en el uso de servicios atribuibles a condiciones de salud o enfermedad que enfrenta la población asegurada , solo se reflejaría en situaciones extraordinarias, como epidemias o pandemias, que llevarían a cambios súbitos en los indicadores epidemiológicos de salud que deban ser considerados en forma específica ; ii) Ley de grandes números: la frecuencia relativa de los diferentes resultados de un experimento aleatorio, tiende a estabilizarse en un solo número, el cual justamente determina la probabilidad. Si un estimador es consistente, se vuelve más confiable al tener tamaños de muestras grandes; iii) Teorema del límite central: La variable aleatoria Y" tiene distribución normal asintótica con media <math>\mu</math> y varianza <math>\sigma^2/n</math>, en la medida en que el tamaño de muestra aumente.</p> <p>Se considera que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados.</p> <p>2. En cuanto a su solicitud de describir a que hace referencia el concepto de "OTROS", debe mencionarse que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios. Esto se aclarará en la nota técnica.</p> <p>3. La diferencia entre los conglomerados de cuidador se explica con la respuesta del punto siguiente.</p> <p>4. Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad , que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2.</p>
1120	5	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Articulo 10	<p>1. Debe establecerse mecanismos de vigilancia estrecha al fujo de recursos por parte de la EPS a los prestadores y ante el incumplimiento, de alguna EPS.</p> <p>2. En EPS bajo medida de vigilancia especial debe enviarse los recursos por giro directo al prestador con la oportunidad definida para el giro de presupuesto máximo, para asegurar que los recursos en el SGSSS lleguen a la red prestadora de servicios de salud.</p>		<p>La ADRES realizará seguimiento, control y monitoreo de los recursos, mientras que la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones de inspección, vigilancia y control. En tanto se cuente con los anteriores no se requerirá una institucionalidad adicional.</p> <p>De una parte, el presupuesto máximo no modifica las reglas de flujo de recursos, giro directo o de vigilancia y control.</p>
1121	6	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 12 – Parágrafo.	<p>El 5% es suficiente? El Ministerio debe explicar de donde salió el porcentaje, pues debe estar soportado en un cálculo técnico econométrico</p>		<p>Acerca de la transferencia de recursos para el presupuesto máximo se ha determinado que, la ADRES definirá e implementará el proceso de transferencia del total del presupuesto máximo a cada EPS durante la vigencia fiscal distribuido en los primeros diez días del mes, así mismo determinará las condiciones de ajuste del presupuesto.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1122	7	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 13	<p>1. El pago al prestador se debe asegurar dada la responsabilidad de aseguramiento de la EPS y en la medida que la superación de techos no debe comprometer la prestación de servicios. Continuidad de atención</p> <p>2. Frente al No. 1. Tal como está redactado constituye un "precio" regulado y debe someterse a abogacía de a competencia de la SIC, o cambiar la redacción.</p> <p>3. Frente No. 2.¿Que es defensa judicial "adecuada" a los intereses del SGGSSS? Como se mide? Quien es la entidad con competencia legal para establecer o medir la adecuada defensa del SGGSSS? Como se mide la adecuada defensa?</p> <p>4. ¿Como se interpreta que las facturas necesiten ajuste? O revisión o ajuste de presupuesto?</p> <p>5. Frente No. 4. ¿Con base en qué criterios deben priorizar las EPS? ¿En el precio? En el estado de salud?</p> <p>6. En relación con el Parágrafo 5. Eliminar "sin importar su superioridad".</p>		<p>1. Este proyecto no modifica las reglas para el flujo de recursos, giro directo, IVC, entre otras; pretende fijar el presupuesto máximo precisamente para garantizar de mejor forma la continuidad de la atención y tratar de mitigarla. Por tanto, el presupuesto máximo no afectará la prestación de los servicios, por cuanto el artículo 240 de la Ley 1955 a la letra dice: "En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio", aspecto que recoge este acto administrativo en los considerandos y en lo referente al deber que las aseguradoras tienen de garantizar el acceso a las tecnologías y servicios en salud que requiere el paciente, toda vez que implemente acciones para prevenir la superación del presupuesto máximo.</p> <p>2. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>3. Indistintamente del resultado que se arroje en cada uno de los procesos judiciales, se espera que la EPS respectiva efectivamente haya acudido a todas las etapas en ejercicio del debido proceso. La ADRES determinará los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo, así como los elementos para la defensa judicial requeridos.</p> <p>Se realizó la revisión de la redacción del numeral 3 del artículo 13, incorporando los elementos fundamentales para la defensa..</p> <p>4. La pregunta no es clara en el artículo 13, ya que no se refiere la facturación.</p> <p>5. La EPS deben priorizar por las primeras líneas de tratamiento y evidencia científica, más no por el valor, enfatizando en la necesidad clínica del paciente.</p> <p>6. De acuerdo a los comentarios, se ajusta el paragrafo 5 del artículo 18.</p>
1123	8	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 13	<p>1. Parágrafo 1: Tal como está redactado constituye no un techo sino una regulación de precios, por lo que deberá ser sometido a abogacía de la competencia en SIC o cambiase su redacción</p> <p>2. Parágrafo 2 Las EPS deberán gestionar la eficiencia de los valores máximos de las Tecnologías a través de mecanismos de contratación diferentes a evento con la cadena de formación de valor. Tal como está redactado, con el verbo "deberán", se está proscribiendo la contratación por evento, que seguirá siendo válida en el mundo de los medicamentos porque no todos los medicamentos se podrán ingresar a cápita,y la mayoría de contratos de Riesgo compartido son justamente por evento con incentivos. El "deberá" debe eliminarse.</p> <p>Por demás, una resolución, como la de techos, no puede prohibir lo que los mismos decretos de reglamentación de contratos entre los actores del sistema de salud (Dec 4747/07 y DUR) no prohíben (contratación por evento).</p> <p>3. Parágrafo 3. Los actores que intermedien en la cadena de formación de valor no debe comprometer la gestión del valor máximo de las tecnologías de la presente resolución. La redacción de este parágrafo es ambigua y no se entiende qué significa</p>		<p>En general se ajustó la redacción de las medidas para evitar la superación del presupuesto máximo.</p> <p>1. El presupuesto máximo no se constituye per se en una regulación de precios por cuanto para efectos del cálculo respectivo, los valores tuvieron en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a La ADRES por el suministro de la tecnología en salud al paciente,por tanto, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>2. Se ajustó la redacción dejando explícita la posibilidad de gestión de la aseguradora por medio de modelos de gestión y forma de contratación soportadas en las notas técnicas, por ende se puede contratar por evento.</p> <p>3. Se ajustó la redacción.dejando explícito que los actores del sistema coadyuvan en la no superación del presupuesto del presupuesto máximo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1124	9	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 18	<p>1. ¿Cuál sería el plazo para el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud IETS? Consideramos debe contemplarse, so pena de que, si en 3 meses no da respuesta, se entiendo que no está ncorporado en Presupuesto Máximo.</p> <p>2. Cuando el medicamento es sin alternativa terapéutica, ¿va a recobro?</p> <p>3. En la incorporación por parte de la industria de medicamentos combinados, el precio del mismo no debe superar el valor de la suma de las dos moléculas.</p> <p>4. Sustentada la superioridad terapéutica por parte de la EPS mediante el establecimiento de un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, deberá ser considerado, para el análisis de techos (o presupuesto Máximo) de la vigencia siguiente de lo contrario de estaría violando el mandato de la corte en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías y la autonomía profesional.</p> <p>5. A la fecha las tecnologías sujetas a evaluación por Junta de profesionales, no les aplica este requerimiento cuando media un fallo de tutela que ordena la prestación de dicha tecnología, sin embargo, en este parágrafo se hace la anotación de "En todo caso, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta medica". El hecho de que lo ordenado por fallo deba pasar por</p>		<p>1. El tiempo será de tres meses; si no se logra, la tecnología será financiada por la EPS y no vía recobro, está a riesgo de la EPS.</p> <p>2. El proyecto de resolución indica que los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, no serán financiados con presupuesto máximo, hasta tanto se defina su financiación con base en los resultados de la evaluación que realice el IETS para estos efectos.</p> <p>3. Se reitera que el proyecto de resolución no es una regulación de precios, se ajustará la redacción aclarando que son los principios activos autorizados en el país y que se encuentren incluidos en el proyecto normativo.</p> <p>4. Identificada la superioridad terapéutica por parte de la EPS u otro actor del sistema será el Ministerio de Salud y Protección social quien determine la fuente de financiación en la siguiente vigencia. Entre tanto se surte la verificación de la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo.</p> <p>5. Es importante resaltar que las órdenes judiciales son de obligatorio cumplimiento por lo que este acto administrativo no puede ignorar estas decisiones. La realización de junta de profesionales se definirá en la herramienta MIPRES para los servicios complementarios. En el caso de ser contrario el concepto de la junta a lo fallado por el juez, esto complementará los argumentos de la defensa judicial, lo que deberá primar es el bien del paciente en cuanto a resultados en salud.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1125	10	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 21	<p>2. Si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo, será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo, por lo cual no será objeto de recobro/cobro. La superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. En todo caso, entre tanto se surte la verificación de la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo. Si el medicamento es inferior terapéuticamente se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS.</p> <p>Comentario: Artículo 7 Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.</p> <p>Consideramos que, tal como está redactado el artículo puede constituir una violación al libre mercado, y continuará afectando la estructura de costos y negativo</p>		<p>No es una violación al libre mercado ya que el presupuesto máximo no es regulación de precios y será del alcance del concepto del IETS la definición de superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica. El Ministerio de Salud no afecta la entrada de nuevas tecnologías al país. De igual forma, no afecta la estructura de costos de las EPS, quienes deberán gestionar el valor de referencia de las tecnologías en salud, en favor del paciente.</p>
1126	11	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 19	<p>1. Sustentada la superioridad terapéutica por parte de la EPS mediante el establecimiento de un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, deberá ser considerado, para el análisis de techos de la vigencia siguiente de lo contrario de estaría violando el mandato de la corte en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías y la autonomía profesional.</p> <p>2. No existe parágrafo 3 en el artículo 22 del acto administrativo</p>		<p>La superioridad terapéutica se definirá con el estudio de evidencia científica en una evaluación de tecnología desarrollada por el agente interesado, la cual será sometida a verificación por parte del IETS y a la valoración de tratamiento. Con los resultados de la evaluación el Ministerio decide la fuente de financiación de la tecnología (UPC, presupuesto máximo, salud pública, compra centralizada o acuerdos de riesgo compartido), lo cual no tiene relación con la violación al mandato de la Corte Constitucional acerca de la autonomía profesional.</p> <p>Dados los comentarios recibidos, se corrigió lo relativo a indicaciones autorizadas.</p>
1127	12	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 22	<p>Artículo 22. Indicaciones autorizadas. La financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo excepciones descritas en este acto administrativo que incluyan su financiación con cargo al Presupuesto Máximo.</p> <p>Se pregunta si, con excepción de indicaciones en listado UNIRS, si el medicamento fue prescrito para indicaciones no autorizadas por INVIMA o UNIRS; estos medicamentos siguen yendo a recobro?</p>		<p>En respuesta a su consulta, se confirma que no se pueden prescribir medicamentos con indicaciones no aprobadas por el INVIMA ni aprobadas dentro del listado UNIRS para ser recobradas o pagadas por el sistema de salud, como tampoco prescritos en la práctica privada sin la autorización dentro del marco de una investigación autorizada por INVIMA, corresponden a una exclusión del sistema de salud.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que según lo estipulado en la Resolución 1885 de 2018 en el artículo 10 sobre los criterios para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, que a la letra dice:</p> <p>“(…) 3. En caso de que la tecnología en salud no financiada con recursos de la UPC corresponda a un medicamento este deberá cumplir cualquiera de las siguientes condiciones.</p> <p>i) Estar registrado con sus respectivas indicaciones ante INVIMA,</p> <p>ii) Hacer parte del listado temporal de usos no incluidos en el registro sanitario de que trata los artículos 95 y 96 de la presente resolución,</p> <p>iii) Corresponder a medicamentos sin registro sanitario que ingresen al país bajo la modalidad de vitales no disponibles. El profesional de la salud lo prescribirá de acuerdo con lo previsto en los articulas 2.5.3 10.15 y 2.5 3.10.16 del Decreto Único 780 de 2016 o la norma que los modifique. adicione o sustituya (…)”</p> <p>Por lo ya expuesto no se acoge su solicitud.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1128	13	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 23	<p>Artículo 23. Combinaciones de dosis fijas (CDF). Los medicamentos en Combinaciones de Dosis Fijas (CDF) se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.</p> <p>Aclarar si un CDF que tiene u principio activo contemplado en el PBS y otro que no lo está, ¿quien y como lo financia?</p>		<p>Según lo establecido en el artículo 41 de la Resolución 3512 de 2019 acerca de Combinaciones de dosis fijas (CDF), que a la letra dice: “Artículo 41. Con el ánimo de simplificar los esquemas de medicación y mejorar la adherencia de los pacientes a ciertos tratamientos farmacológicos los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen los medicamentos en combinaciones de dosis fijas de la siguiente forma: 1. Cuando todos los principios activos que hacen parte del medicamento en CDF se encuentren contenidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”, que hace parte integral del presente acto administrativo, manteniendo su misma forma farmacéutica y, 2. Cuando el costo del tratamiento con el medicamento combinado sea igual o menor a la sumatoria del costo de cada uno de los medicamentos, si se utiliza como monofármaco por separado.</p> <p>El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la CDF financiada con recursos de la UPC.”.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo con su consulta, queda claro que es necesario que para el caso de las CDFse describan de manera explícita los principios activos que la componen y si la indicación varía con respecto a los monofármacos se tendría como un medicamento que requiere de una evaluación específica para considerar su valor terapéutico y fuente de financiación.</p> <p>Las CDF se entenderán financiadas con presupuesto máximo o con recursos de UPC en correspondencia con los requisitos de financiación de uno u otro mecanismo.</p>
1129	14	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 25	<p>Prestación Integral en Salud. 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:</p> <p>2. Cualquier forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante.</p> <p>En muchos casos, las IPS cobran por aparte la aplicación controlada en IPS del medicamento, lo cual no está incluido en el precio y no ha podido ser tenido en cuenta en los cálculos de Minsalud. Si ello no se incluyó en muchos casos, ¿porqué razón se pretende cargar al Presupuesto Máximo?</p> <p>4. 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. Los cobros de las adecuaciones y ajustes se hacen por aparte y por costo unitario, muy pocas veces están incluidos en el costo del medicamento y al no estar incluido en el precio y no ha podido ser tenido en cuenta en los cálculos de Minsalud. Si ello no se incluyó en muchos casos, ¿porqué razón se pretende cargar al Presupuesto</p>		<p>En respuesta al primer numeral de su nota, se indica que: La administración del medicamento se encuentra cubierta con cargo a la UPC, independientemente de que la fuente de financiación del medicamento sea UPC o presupuesto máximo.</p> <p>Con respecto a la segunda nota del comentario, se tiene que, según lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 10 de la resolución 1885 de 2018 que reza: “Artículo 10 Criterios para la prescripción. El profesional de la salud que prescribe tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, así como los servicios complementarios, deberá tener en cuenta los siguientes criterios: [...] En caso de que la tecnología en salud no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponda a un procedimiento en salud, se entienden incluidos en este los insumos, materiales o dispositivos médicos necesarios para su realización, por lo que no se requerirá la prescripción sepa-rada de los mismos, excepto en los casos definidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC o en actos administrativos expedidos por este Ministerio, en los cuales la normativa indique de forma explícita que no hace parte de la cobertura del mismo.”, no es viable cobrar/recobrar la aplicación de medicamento por separado, sino que 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.</p> <p>El cálculo del presupuesto máximo tiene en cuenta el valor de la factura en la que se entienden ya incluidas las adecuaciones y ajustes que usted menciona. El texto del proyecto de acto administrativo indica que se “incluye todo lo necesario e insustituible para garantizar la correcta y oportuna administración”.</p>
1130	15	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 27	<p>Se debe cambiar la redacción porque ciertamente no son las EPS las que definen la financiación de fórmulas magistrales, esto debe ser definido por el Gobierno en la resolución: Si el principio activo es PBS, lo cubre UPC y si alguno de los principios no es PBS debe ser no PBS. Y debe indicarse qué hacer cuando una fórmula magistral tiene un principio PBS y otro o PBS.... ¿Quien financia esto y cómo?</p>		<p>Por un lado, la normatividad vigente que establece lo financiado con UPC, Resolución 3512 de 2019, indica que: “Artículo 46. Fórmulas magistrales. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC se consideran igualmente financiadas con recursos de la UPC y deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces”. Por otro lado, presupuesto máximo indica en el caso de las Fórmulas magistrales, que las EPS definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman. En todo caso deberán ser garantizadas por las aseguradoras.</p> <p>De lo anterior se colige que el Ministerio de Salud ya estableció que la EPS es quien define la fuente de financiación que utilizará para asumir la elaboración de fórmulas magistrales, de conformidad con los principios activos que la conforman.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1131	16	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 31	<p>Artículo 31. Concordancia entre la prescripción y la dispensación. En cumplimiento a lo descrito en el artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del dispensador del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Número 780 de 2016, el dispensador no podrá entregar cantidades diferentes (ni mayores ni menores) a las requeridas para cumplir lo ordenado en la prescripción médica, amparándose en la presentación comercial de los medicamentos.</p> <p>Comentario. Es imposible que, a nivel ambulatorio siempre exista coincidencia en lo prescrito y lo dispensado, pues muchas de las tecnologías en salud (medicamentos, insumos, etc) vienen en presentaciones establecidas por el fabricante que no pueden ser fraccionadas pues pueden sufrir contaminación o indebida manipulación. Esto no atiende a la realidad de la dispensación y sí puede crear una barrera de acceso enorme.</p> <p>Se solicita o la eliminación del artículo o su acotamiento a dispensación intahospitalaria en IPS de 2 y 3r nivel, tal como está definido en el DUR, como veremos a continuación:</p> <p>En la reunión de techos del 18 de diciembre, se nos dijo que el artículo no era nuevo y que era una mera transcripción del artículo 2.5.3.10.3 del Decreto 780 de 2016 (DUR), y al 2.5.3.10.19 lo cual no es exacto. Revisando el tema, ni en la definición</p>		<p>La concordancia entre las cantidades prescritas y las dispensadas se encuentran fundamentadas en lo que ordena el Decreto Único Reglamentario del sector Salud. El ajuste, adecuación de dosis y fraccionamiento mediante reempaque de ser necesario es un proceso que el ente competente para tal fin (INVIMA) certifica, por lo cual es obligación de las EPS que en sus procesos contractuales se incluya el cumplimiento de estos estándares obligatorios de ley.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que el Decreto 780 de 2016 se encuentra en firme, la cantidad de medicamento dispensado deberá corresponder con la cantidad de medicamento prescrito,</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1132	17	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 40	<p>Artículo 40.</p> <p>Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos. 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 hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses.</p> <p>1. Comentario: Debe incluirse obligatoriamente a las IPS. Adicionalmente, debe incluirse un artículo de auditoría incluyendo a los importadores y demás actores que intervienen y juegan un papel importante. La exclusión de las IPS no pasaría el test básico de igualdad de la Corte Constitucional o el del Consejo de Estado pues al cumplir la importante función de dispensación intrahospitalaria de medicamentos, no pueden estar excluidas de la auditoría.</p>		<p>1. Está en cabeza de las EPS la gestión de los recursos que le son transferidos desde el Estado. Corresponde a La ADRES dentro del proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo incluye a las EPS, IPS, profesionales de la salud, gestores farmacéuticos y operadores logísticos, además del Ministerio y la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud quienes recibirán los informes que elabore la ADRES.</p> <p>2. En efecto sin que dicha situación quede explícitamente contenida en esto al acto administrativo las Entidad Públicas están obligadas, a sujetarse a lo dispuesto en las normas de protección de datos, así como lo establece el Decreto 1424 de 2019 en su Artículo 2.1.11.13. Tratamiento de la información y reserva en el manejo de los datos.</p> <p>3. Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes 1581 de 2012 y 1712 de 2014, y demás normas que las modifiquen, reglamenten o sustituyan, especialmente, se hacen responsables de la privacidad, seguridad, confidencialidad y veracidad de la información suministrada y sobre los datos a los cuales tienen acceso.</p>
1133	18	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 41	<p>Todo cambio en la estructura del sistema de información debe brindar el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distintos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores, por lo que debe haber una transición.</p>		<p>La información se tomará en lo sucesivo de los módulos de MIPRES de suministros y facturación, o según lo solicite y determine este Ministerio.</p>
1134	19	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 21	<p>Debe realizarse revisión del siguiente mercado relevante ya que con el valor establecido en el borrador el vial tendría un valor de \$3.619 tendiendo un costo actual de \$4.147.500.</p> <p>Se solicita revisar los siguientes mercados relevantes ya que se trata del mismo principio activo en formas farmacéuticas que pueden ser homologables y la diferencia de precio entre una y otra es de \$10.200 el mg.</p>		<p>Teniendo en cuenta su solicitud para el ID 626 FACTOR VON WILLEBRAND Polvo para reconstituir a solución o suspensión inyectable, y para ID 411CITARABINA, se informa que los valores de referencia han sido y ajustados.</p>
1135	20	23/01/2020	202042300088752	Claudia Sterling Posad	CRUZ VERDE	Artículo 6	<p>Se solicita al Minsalud ampliar información sobre los conglomerados asignados a los servicios sociales complementarios, ¿cuales son los criterios de agrupación?</p>		<p>El criterio de selección de los elementos en cada conglomerado corresponde al mejor estadístico de silueta para los principales servicios complementarios, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1136	1	23/01/2020	202042300088932	Anyelit Rozo Falla	Medimás EPS - Área de Gestión Farmacéutica	Resolución 3078 de 2019 Artículo 1.	Asignación de código ATC	Al indicar el ATC como campo de la estructura manejada en el anexo de la norma, facilita el trabajo y disminuye el margen de error; también con la asignación de dicho código, se pueden realizar análisis sobre el grupo de medicamentos que mas impactan el presupuesto asignado para tecnologías objeto de recobro.	Con relación a su observación es importante recordar que el numeral 1 del artículo 3 de la Resolución 243 de 2019 "Por la cual se define la metodología para el cálculo del valor máximo para el reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación", establece:  "Artículo 3. Definiciones. Para efectos del presente acto administrativo, se toman como referencia las siguientes definiciones:  1. Grupo relevante. Aquel medicamento perteneciente a la misma clasificación Anatómica Terapéutica Química, por sus siglas en inglés -ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) a nivel 5 (principio activo) e igual forma farmacéutica."  En razón a lo anterior, los grupos relevantes se encuentran definidos por el principio activo y la forma farmacéutica.
1137	2	23/01/2020	202042300088932	Anyelit Rozo Falla	Medimás EPS - Área de Gestión Farmacéutica	Resolución 3078 de 2019	Principio(s) Activo(s) en combinación y Monofármaco	Indicar los principios activos cuando el medicamento es combinación a dosis fija o monofármaco para calcular el valor correspondiente en el presupuesto y nota técnica.	Es de resaltar que para aquellos grupos relevantes que contengan principios activos en combinación y que su forma farmacéutica corresponda a solución o suspensión oral, solución o suspensión oftálmica, solución o suspensión inyectable, cremas, geles, ungüentos, pomadas, pastas o jaleas, polvos o granulados, polvo para reconstituir a solución o suspensión oral; tal como se especifica en el artículo 1 de la Resolución 738 de 2019, o según se especifique en el anexo del acto administrativo que determina el listado de grupos relevantes con sus respectivos Valores Máximos de Recobro (VMR), el cálculo del VMR se realizará sobre la cantidad de contenido en la presentación.  Este punto es de fácil identificación en la nota técnica de medicamentos, cuando sean en combinación, teniendo en cuenta que describen más de un principio activo en la DESCRIPCIÓN de la nota técnica.
1138	3	23/01/2020	202042300088932	Anyelit Rozo Falla	Medimás EPS - Área de Gestión Farmacéutica	Resolución 3078 de 2019	Unidad mínima de concentración	Aclara la unidad mínima de concentración para base de calculo, así disminuir el margen de error.	Respecto a su observación es preciso indicar que, se debe revisar el pie de página establecido debajo del Anexo Técnico de la Resolución para el caso de los Grupos Relevantes que les aplique la cantidad de contenido como base de cálculo, y la descripción del principio activo base de cálculo para aquellos Grupos Relevantes que así corresponda.
1139	4	23/01/2020	202042300088932	Anyelit Rozo Falla	Medimás EPS - Área de Gestión Farmacéutica	Resolución 3078 de 2019	Valor de administración de medicamentos por infusión	Aclarar si el valor máximo de recobro, tiene incluido el valor por la administración en el caso de medicamentos de aplicación por infusión.	Ante su observación es necesario señalar que dentro del Anexo 2 "Listado de Procedimientos en salud financiados con la UPC" de la Resolución 3512 de 2019, se incluyen los procedimientos referentes a la administración de medicamentos por infusión; razón por la cual el Valor Máximo de Recobro (VMR) no incorpora este valor, teniendo en cuenta que se encuentra financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
1140	5	23/01/2020	202042300088932	Anyelit Rozo Falla	Medimás EPS - Área de Gestión Farmacéutica	Resolución 3078 de 2019	Reserva Técnica para comparadores administrativos y/o Homólogos PBS.	Aclara el valor de los homólogos a descontar en el valor del recobro, o si se encuentra contemplado dentro del VMR de los medicamentos del anexo.	Con relación a su observación es indispensable advertir que en el proyecto de resolución se establece:  "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."  Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que dentro del cálculo del Valor Máximo de Recobro (VMR) no se contempla el monto del comparador administrativo contenido en el listado que adopta este Ministerio, así como tampoco el valor
1141	6	23/01/2020	202042300088932	Anyelit Rozo Falla	Medimás EPS - Área de Gestión Farmacéutica	Resolución 3078 de 2019	Resolución 3512 de 26 de diciembre de 2019.	Aclarar si la cobertura de los medicamentos mencionados en la Resolución 3412 de 2019, son objeto de aplicación para valor máximo de recobro.	Respecto a su observación es preciso indicar que, el proyecto de resolución, dentro de los Servicios y Tecnologías en Salud NO financiados con cargo al Presupuesto Máximo, incluye los financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC); razón por la cual estos últimos no son objeto de aplicación del Valor Máximo de Recobro (VMR).
1142	7	23/01/2020	202042300088932	Anyelit Rozo Falla	Medimás EPS - Área de Gestión Farmacéutica	Resolución 3078 de 2019	Valor máximo de recobro promedio para grupos relevante L y B	Se realizó un ejercicio con los posibles código de grupos relevantes de los medicamentos mencionados en el anexo técnico teniendo como resultados que el grupo L Y B por ATC tendrían una concentración del presupuesto designado para medicamento NO PBS.	Ante su observación, y conforme a lo establecido en el numeral 1 del artículo 3 de la Resolución 243 de 2019:  "Artículo 3. Definiciones. Para efectos del presente acto administrativo, se toman como referencia las siguientes definiciones:  1. Grupo relevante. Aquel medicamento perteneciente a la misma clasificación Anatómica Terapéutica Química, por sus siglas en inglés -ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) a nivel 5 (principio activo) e igual forma farmacéutica."  Es necesario señalar que para la estandarización únicamente se tiene en cuenta el principio activo y la forma farmacéutica, y el ATC en nivel 5.
1143	8	23/01/2020	202042300088932	Anyelit Rozo Falla	Medimás EPS - Área de Gestión Farmacéutica	Resolución 3078 de 2019	Señalar para los Principios activos en monofármaco o en combinación a dosis fija incluidos en el Anexo Técnico de la resolución, información relacionada con respecto a la evaluación de eficacia/efectividad y costo beneficio.	Al indicar esta información como campo de la estructura manejada en el anexo de la norma, facilita su inclusión en guías de manejo y seguimiento y su impacto en presupuesto asignado para tecnologías objeto de recobro y su valor terapéutico.	Con relación a su observación se debe advertir que todos los medicamentos incluidos en el cálculo de los Presupuestos Máximos tenían Registro Sanitario vigente y fueron recobrados a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), y por tanto, la evaluación de eficacia/efectividad fue realizada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) al momento de otorgar el registro sanitario.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1144	1	23/01/2019	202042300088962	Sandra Milena Rojas	Grünenthal Colombiana	Anexo 3. Listado de los Valores de Referencia de Medicamentos utilizados como referente para el cálculo del presupuesto máximo	<p>En el listado de medicamentos propuesto en el Anexo No. 3 se observa que no incluyeron varias moléculas NO PBS que han sido y siguen siendo recobradas al Sistema de Salud y que además son moléculas que hoy ya se encuentran en control de precios (PRI) o que ya tienen un Valor Máximo de Recobro (VMR). Para el caso en particular no vemos en el listado las siguientes moléculas-las:</p> <p>1. Tapentadol tabletas, se encuentra solo solución o suspensión cuya forma farmacéutica no se comercializa en Colombia y no se tuvo en cuenta las formas farmacéuticas so-lidas como tabletas y ta-bletas de liberación pro-longada. Tapentadol está en el régimen de control directo y es recobrado al SGSSS. 2. Buprenorfina – Parche transdérmico, no está en el listado del Anexo No. 3 y es un principio activo con precio establecido por el Gobierno desde el año 2012 como precio de Referencia, actualmente ha sido y es recobrado al SGSSS en el periodo de revisión de las bases de recobro. 3. Lidocaína – Parches, medicamento que tampoco se encuentra en el Anexo No. 3 propuesto para el calculo de los presupuesto máximos. Este medicamento también ha sido y es recobrado actualmente al SGSSS. Solicitamos entonces: Garantizar la inclusión de las moléculas mencionadas anteriormente de manera que se garantice un correcto calculo para el presupuesto máximo de las EPS y EOC.</p>	<p>Se debe aclarar la norma en este sentido de manera que no se afecten los pacientes por que las EPS o EOC no tengan el presupuesto para financiar la molécula requerida; adicionalmente que el Ministerio debe garantizar la inclusión de las moléculas NO PBS que fueron recobradas en el periodo objeto de cálculo.</p>	<p>Teniendo en cuenta el periodo de referencia para el calculo de los presupuestos maximos le informamos que el medicamento TAPENTANOL solucion contaba con RS viegente para este periodo y fue recobrado, los medicamentos BUPRENORFINA parche y LIDOCAINA parche son PRI. En los casos en que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos- CNPMDM haya fijado precios para algunos de los medicamentos de los grupos relevantes, así como un valor en unidad minima de concentración y presentaciones no reguladas de mercados relevantes, se establecerá como VMR dicho precio o valor regulado.</p>
1145	2	23/01/2019	202042300088962	Sandra Milena Rojas	Grünenthal Colombiana	Art. 13 No Superación del presupuesto máximo – Parágrafo 1	<p>De acuerdo con lo establecido en el presente parágrafo se requiere se aclaren cuales son los VMR que aplican, o si estos sustituyen los publicados en la Resolución de Valores Máximos de recobro (3078/2019) ya que los valores de las moléculas en el Anexo 3 no son iguales a los valores publicados en las actuales normas Regulación de Precios en la Circular-res 04, 05, ambas de 2013. Circular 07, 08, ambas de 2018 y Circular 09 de 2019. Así mismo las Moléculas que se encuentran en la Resolución 3078 de 2019 con sus precios actualizados. Se solicita se unifiquen los valores de referencia que deberán utilizar los diferentes actores del SGSSS. A fin de evitar interpretaciones inadecuadas y hacer mas eficiente el uso del recurso.</p>	<p>Si bien es claro que las medidas tomadas en pro de la eficiencia de los recursos son necesarias, es necesario igualmente que se estandarice o se homogenice el lenguaje, ante tanta normativa se induce al error y dificulta la operatividad entre los diferentes actores del sistema, si hay moléculas con VMR o PRI este debería ser la base para el cálculo de los presupuestos, y no que tengamos diferentes valores de referencia para una misma operación comercial.</p> <p>Las diferentes formas de aproximación a los valores de referencia puede inducir a limitaciones o restricciones que afectan a los pacientes.</p>	<p>Respuesta 2. Sobre su solicitud de “(...)” se aclaren cuales son los VMR que aplican, o si estos sustituyen los publicado en la Resolución de Valores Máximos de recobro (3078/2019) ya que los valores de las moléculas en el Anexo 3 no son iguales a los valores publicados en las actuales normas Regulación de Precios en la Circulares 04, 05, ambas de 2013. Circular 07, 08, ambas de 2018 y Circular 09 de 2019. Así mismo las Moléculas que se encuentran en la Resolución 3078 de 2019 con sus precios actualizados. Se solicita se unifiquen los valores de referencia que deberán utilizar los diferentes actores del SGSSS. A fin de evitar interpretaciones inadecuadas y hacer mas eficiente el uso del recurso (...)”, es necesario realizar varias precisiones al respecto:</p> <p>Lo primero es aclarar que, en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos éste Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado, no realiza fijación del VMR y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>En segundo lugar, en cuanto a la regulación de precios de medicamentos por parte de la CNPMDM, éste órgano fijó los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.</p> <p>En tercer lugar, en cuanto a que la metodología propuesta en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, parte de reconocer el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos, aspecto que a todas luces es insostenible, por ello, en busca de la eficiencia se propone para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC , tener en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES). Estos valores de referencia no son equiparables a los VMR (Resolución 3078 de 2019) o a los PRI (CNPMDM) aludidos en su comentario, dado que tienen un alcance diferente.</p> <p>El Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1146	1	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI	Artículo nuevo	Las Entidades Promotoras de Salud, asegurarán el conjunto de servicios y tecnologías en salud definidos en la presente norma, recibiendo como pago por esa labor de aseguramiento, por parte de la ADRES, el presupuesto máximo de que trata el artículo 240 de la ley 1955, que operará como una prima de seguros, la cual será definida por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en la nota técnica correspondiente.  Por un periodo mínimo de tres años, la ADRES, deberá constituir una reserva que permita ajustar anualmente, las desviaciones de siniestralidad que se presenten en algunas entidades, de acuerdo con lo previsto en la presente norma.	Si bien este modelo de seguro, al tener el carácter de social, difiere en algunos aspectos de un clásico seguro regulado por código de comercio, no son ajenos los elementos allí descritos, y sus diferencias radican básicamente en el altísimo grado de intervención del Estado, dado su origen constitucional y su desarrollo legal. En efecto, la Ley 100 de 1993, señala en relación con los elementos básicos de cualquier seguro, es decir el interés asegurado, el riesgo asumido, la cobertura y el monto de la prima, que estos serán definidos por el Estado.  La naturaleza de seguro social del modelo definido en la Ley 100 de 1993 y la labor de aseguramiento adelantada por las EPS, fue reconocido igualmente por la Corte Constitucional, en la sentencia C-828 de 2001 (cuyos apartes se reiteran en las sentencias C-1024 de 2001 y C-1040 de 2003)	Con respecto al artículo nuevo que proponen se debe aclarar, que según observaciones allegadas de varios actores se procedió a modificar el artículo 13 de No superación del Presupuesto Máximo, en el numeral 2 tema ahorros, por lo anterior no se acepta el término “pago por esa labor de aseguramiento”, no es posible predicar que algún monto genere utilidades para la EPS, pues como se explica en la metodología se basa en fuentes de información histórica y deltas de ajuste que permitirán determinar el presupuesto máximo de la vigencia, lo que supone que en la medida que las EPS hagan uso de los elementos asociados a la gestión en procura de la eficiencia de los recursos destinados a la financiación de los servicios y tecnologías no financiados con UPC no habrá remanentes del presupuesto. Por otro lado se debe tener presente que la iniciativa de presupuestos máximo es parte de una estrategia integral que busca en su conjunto profundizar el ejercicio del derecho a la salud y a contribuir al acceso a las tecnologías y servicios de salud. Dicha iniciativa en lo fundamental desarrolla de forma objetiva la ley Estatutaria.  Está estrategia cambia la forma como se gestionaban un conjunto de servicios y tecnologías en salud, las que hoy se prescriben por la herramienta MIPRES. Se avanza de un mecanismo individual que en la operación causaba problemas en el flujo de recursos, en la financiación de parte de los actores, interpretación del derecho, ambiguo en las responsabilidades y gestión fraccionada a uno integral, con un flujo de recursos expedito, evitando ambigüedades en la garantía del derecho. Se avanza de un mecanismo individual a uno colectivo. Por ultimo se debe aclarar que los presupuestos máximos no corresponden a una prima.
1147	2	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI		Por lo anterior insistimos que se requiere la definición clara de una prima que reconozca adecuadamente el riesgo y tenga incorporados los recursos para su administración. Como entendemos que actualmente hay limitaciones en materia de información que permitan calcular la prima de manera equitativa, suficiente y representativa, nos parece fundamental que se defina un mecanismo que permita monitorear el comportamiento de consumos por EPS y ajustar las desviaciones que se presenten para lo cual debería definirse recursos especiales para su financiación los cuales no pueden estar supeditados a los excedentes que puedan generar algunas de las EPS.  Así mismo, reiteramos la necesidad de permitir a la EPS tener el manejo en relación con la prescripción y gestión de estos bienes y servicios debiendo replantearse por completo, la funcionalidad de MIPRES.		El presupuesto máximo no constituye una prima de aseguramiento en salud, dado que el modelo de estimación, para el caso de los medicamentos se determina en función de: i) los Valores Máximos de Recobro/cobro, ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas y iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos. Además, es importante resaltar que el modelo de estimación del presupuesto tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES.  La gestión de las EPS llevara a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capacitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del techo o presupuesto, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.  Sobre MIPRES se aclara que dentro del marco de presupuesto máximo, MIPRES seguirá siendo una herramienta tecnológica desarrollada por este Ministerio para garantizar el acceso, reporte de prescripción, suministro verificación, control, pago y análisis de la información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios, por lo tanto, permitirá a este Ministerio y a la ADRES realizar el monitoreo constante del comportamiento de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la Unidad de pago por capacitación, lo anterior dispuesto en la resolución 1885 de 2016, por lo anterior no se acepta la solicitud de cambios en las que la EPS tengan manejo de la misma.
1148	3	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI		¿Qué debe hacer la EPS si el proveedor de servicio no acepta la reducción del valor a pagar por su servicio? ¿Se debe reportar la no aceptación a los organismos de control? Si los proveedores no asociados al servicio de salud, como los de pañales o el de transporte, no aceptan reducir el valor del recobro, como es probable que ocurra, ¿Quién debe financiar la diferencia? ¿La reducción en el valor del recobro se debe aplicar por cada uno de los servicios cubiertos con el presupuesto máximo? Si un proveedor no acepta la reducción y la EPS decide pagar el mayor valor, ¿Cómo se reporta a la ADRES? ¿Se acepta el registro por el valor real? ¿Se glosa?	Teniendo en cuenta que se encontró en las reuniones un problema de unidades de medida en las cantidades, lo cual afecta la asociación de un valor máximo a una cantidad específica afectando, la estimación del techo para una EPS, es probable que el techo pueda ser sobrepasado y que la reducción del valor máximo de recobro para una molécula o servicio en particular, según lo establece el proyecto de decreto, sea necesario reducirlo. En este sentido, la preocupación sobre la factibilidad de la reducción es mayor	Lo primero que se debe tener en cuenta es que según observaciones de usted y otros actores se extendió el seguimiento y monitoreo a otros actores de la cadena de valor. Con la entrada en vigencia del mecanismo de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondra de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS . Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región. Con respecto a las diferencias ocasionadas la metodología es clara en realizar los ajustes para la no superación del presupuesto maximo, en este punto se recuerda que es obligación de la EPS "...gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, el establecimientos de guías o protocolos en forma conjunta con las redes de prestación de servicios de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud y los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos...", sobre la reducción del valor y su aplicación en cada uno de los servicios la respuesta es que el ajuste se debe realizar conforme a la gestión, "... En todo caso las EPS podrán contratar en forma integral el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y financiados con cargo al Presupuesto Máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación...". Sobre el tema de glosas se debe aclarar que el presente proyecto normativo tiene como objetivo que las EPS generen una gestión eficiente con los diferentes actores de la cadena por lo cual la generación de glosas no tendrán ninguna modificación frente a la normatividad vigente y se mantendra lo dispuesto para su realización.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1149	4	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI		En relación con la fórmula del per cápita para traslado, después de las reuniones surgen los siguientes interrogantes adicionales a las que ya fueron planteadas en nuestra comunicación anterior: ¿este valor se activa sólo respecto de los afiliados que usan los servicios incluidos en el presupuesto máximo?, ¿debe aplicarse un valor per cápita por patología? O, ¿se debe aplicar para cualquier traslado de afiliados, usen o no los servicios No-PBS?		Con respecto a la primera pregunta es claro que el presupuesto maximo esta ligado a los medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales – APME, procedimientos y servicios complementarios que hayan sido reportados en la base de recobro/cobro, por lo cual esta dirigido a la utilización per se de estos servicios. Con respecto a su segunda pregunta, se debe aclarar que la metodología descrita en el presente proyecto normativo se vincula un delta que hace referencia a todas aquellas variaciones que se puedan dar, dicho lo anterior se entiende como vinculante incluso aquellos catalogados por patología, por otro lado es necesario recordar que los valores de referencia se calcularon con base en la información de datos de las facturas que contiene los valores de los servicios prestados y reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor, por lo anterior no se considera necesario realizar un per cápita por patología. Sobre la movilidad de usuarios en la metodología en el anexo también se describe el Estado de los afiliados y su reconocimiento en el Presupuesto Máximo de los grupos relevantes de las EPS o EOC; vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.
1150	5	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI		i) El ajuste del presupuesto máximo sólo deberá aplicarse respecto de los afiliados que al momento del traslado estén usando éste tipo de servicios.		Se traslada el per capita de acuerdo a lo referido en el artículo 10. Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente. Adicionalmente se debe aclarar que estos corresponde a los valores por grupo de edad y sexo que se utiliza para ajustar el Presupuesto Máximo en la vigencia corriente, producto de los traslados de los afiliados entre las EPS; con los cuales se liquidan el traslado de una EPS a otra; vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.
1151	6	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI		ii) El monto a trasferir, debe establecerse en función del tipo de servicios que ese afiliado está consumiendo para lo cual se tomará un valor mensual del presupuesto máximo por grupo o grupos relevantes de los servicios que está usando el afiliado, por los meses que resta de la vigencia del presupuesto máximo aprobado.		En virtud a las observaciones recibidas el Ministerio está contemplando modificar el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020, esto con el fin de dar mayor claridad sobre los montos a transferir. ☹
1152	7	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI		a. Enfermedades huérfanas. Como hemos manifestado en anteriores ocasiones, es fundamental para las EPS considerar de manera independiente de la figura de techos la atención de las personas que padecen enfermedades huérfanas. La experiencia de otros países, que fue retomada por ley es que el mejor resultado para el manejo de estas patologías es a través de centros especializados de alta excelencia que se encarguen de la atención integral de los pacientes, con compras centralizadas para los medicamentos. La Ley 1392 de 2010, definió una serie de pautas para la atención y financiación de las personas que padecen este tipo de enfermedades. Teniendo en cuenta que estas se encuentran plenamente identificadas, nuestra propuesta es la de considerarlas de manera aislada al cálculo de la prima adicional (techos), implementando todas las herramientas planteadas en la ley.		Las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud, incluyendo los servicios y tecnologías en salud para enfermedades raras o huérfanas, en virtud de los artículos 8 y 11 de la Ley 1751 de 2015, es deber de la EPS la gestión, seguimiento, monitoreo y auditoria según lo estimen conveniente de conformidad con los mecanismos de contratación y acuerdo de voluntades. Es por tanto incluyente a las personas que padecen enfermedades huérfanas, y por lo cual este proyecto normativo establece un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que gestionen y financien las tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles. En relación con su inquietud frente al abordaje de enfermedades huérfanas en el proyecto de resolución, se debe aclarar que desde la ley 100 de 1993 todas las patologías están cubiertas. Aspecto que la Ley estatutaria recoge al declarar la salud como derecho fundamental. En este acto administrativo se introduce un artículo que precisa la gestión de los servicios y tecnologías en salud relacionado con las enfermedades huérfanas. Ello con el fin de facilitar la implementación de las otras estrategias que desarrolla este ministerio en este tema. En conclusión este acto administrativo profundiza el cumplimiento de la ley Estatutaria, acerca lo que hoy era individual al Aseguramiento, crea las condiciones para la integralidad, fortalece la autonomía médica y crea las condiciones para una mejor gestión.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1153	8	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI		b. Servicios socio sanitarios. Insistimos en la importancia de separar los servicios socio sanitario de los servicios de salud. Estos se encuentran más relacionados con el bienestar que con el abordaje de salud como tal, están en continuo crecimiento asociado al envejecimiento, la carga de la enfermedad y la soledad. La experiencia de manejo en otros países nos indica que deben ser gestionados por otras áreas diferentes a salud. En ese orden de ideas, consideramos que estos servicios deben ser financiados o cofinanciados por el Estado, dependiendo de la capacidad de pago de los individuos. Para este caso particular, proponemos que no se incluyan dentro de la prima individual y que se reglamente su suministro y garantía por vías diferentes y con cargo a otros recursos para garantizar además el pago de los servicios que actualmente se encuentra asumiendo el sector.		Con respecto a su inquietud se incluyen los servicios dado que el artículo 240 de la ley 1955 del 2019 reza "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 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio." Se interpreta "Servicios socio sanitarios" como servicios sociales complementarios a lo cual este Ministerio le aclara: en los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.
1154	9	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI		c. Algunos procedimientos de baja frecuencia como por ejemplo "cambio de genitales y tratamientos odontológicos especializados, entre otros" cuya demanda es muy difícil de predecir.		La metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible, la cual es reportada por las EPS a La ADRES; se parte del supuesto de la correcta y eficiente gestión de recobro de las EPS para todo lo prescrito, abarca el comportamiento de uso de las tecnologías y por consiguiente refleja los factores como los procedimientos de baja frecuencia, servicios complementarios prescritos por tutela y carga de enfermedad que usted menciona.
1155	10	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI		d. Medicamentos no incluidos en las normas farmacológicas hasta tanto sean evaluados por IETS. Ellos se deben seguir manejando por recobro durante un periodo para establecer cómo se comporta la demanda		Con respecto a su solicitud se considera que no se debe eliminar toda vez que es necesario realizar estudios de equivalencia para poder demostrar superior igualdad o inferioridad a las moléculas existentes, es por tanto que en el numeral 2 el Ministerio esta contemplando ampliar el concepto en el cual se definirá el tiempo que el IETS dispondrá para definir la superioridad, equivalencia o inferioridad respectiva. En todo caso, si no se dispone de la metodología o criterios relacionados con el artículo 72, antes mencionado, el IETS en conjunto con el ministerio definirán la metodología de evaluación respectiva. Con respecto a medicamentos no incluidos en las normas farmacológicas, la resolución es clara en señalar que la superioridad, igualdad o inferioridad terapéuticas deberá ser demostrada por el agente interesado para su posterior verificación por parte del ITES. Es por tanto obvio que si existe una molécula ya disponible en el mercado incluida en el Presupuesto Máximo se registrá por la metodología descrita en el presente acto normativo.
1156	11	23/01/2020	202042300089002	Gustavo Morales Cobo	ACEMI	Adicionar un numeral al artículo 3	"Numeral xxx. Coberturas financiadas con cargo a valores máximos o techos. Se financiarán con cargo a techos las coberturas definidas en la presente norma. Aquellas que no se encuentren financiadas con cargo a la UPC ni con cargo a los valores máximos aquí definidos, deberán ser tramitados vía MIPRES y facturados directamente a ADRES"		No se acepta su proposición dado que el presente proyecto normativo tiene como objeto definir la metodología del Presupuesto Máximo de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de 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 Propósitos Médicos Especiales APME, Procedimientos y Servicios Complementarios. Por lo anterior el Estado para profundizar el cumplimiento de la constitución y la ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de aseguramiento colectivo y el mecanismo individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex-ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominamos "No UPC" girados de forma ex-post a las EPS. Como se señaló en el punto anterior la plataforma MIPRES seguiría en funcionamiento.
1157	1	23/01/2019	202042300090762	Juan Carlos Sanchez Angel	FUNDACION COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA – CLINICA VIDA	Artículo 12. Transferend a del Presupuesto Máximo	Teniendo en cuenta que en el artículo se deja claro que la transferencia del 100% mensual de la ADRES a las EPS se debe realizar los 10 primeros días de cada mes, es importante que se describa de manera específica y clara que las EPS también tengan la responsabilidad de hacer el giro a los prestadores, logísticos y red prestadora, correspondiente a las atenciones que se le han suministrado obedeciendo a la oportunidad de flujo de recursos en el sector salud. Se debería dar la misma garantía de las EPS hacia su red de aliados, así como se le da la garantía a ellas desde el Ministerio (ADRES).	De alguna manera, el flujo de caja ha sido unos de los limitantes en el sector salud en general y de acuerdo a las propuestas del Ministerio donde ha solucionado gran parte de este "inconveniente" sobre todo con el acuerdo de punto final; se debe dar continuidad a la filosofía por medio de este nuevo proceso de presupuesto máximo; adicionalmente se debe tener en cuenta de que se trata de los recursos que entrega la ADRES a las EPS con el fin de cubrir los servicios y tecnologías que no están cubiertos con la UPC, con la misma oportunidad debería entregarse por parte de ellas.	Determinar los plazos de los pagos que las EPS realicen a su red prestadora excede el alcance del presente proyecto normativo, toda vez que ese aspecto ya ha sido desarrollado en normas vigentes. Se cita especialmente el literal d del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", como también, el artículo 2.5.3.4.6 del Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social ", que determina las condiciones mínimas que corresponde incluir en el acuerdo de voluntades para la prestación de servicios, dentro de las que se mencionan los mecanismos y formas de pago.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1158	2	23/01/2019	202042300090762	Juan Carlos Sanchez Angel	FUNDACION COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA – CLINICA VIDA	Artículo 16. Acceso	<p>Se desea que el artículo tenga un párrafo o anotación en la cual se de claridad acerca de la función de los Comité de Farmacia y Terapéutica en las IPS, donde realmente se establecen guías y protocolos de atención.</p> <p>Esto con el fin de no permitir la posibilidad de Coartar la autonomía de atención que tenemos las IPS con los modelos de atención que diseñamos, sobre todo cuando de especialidades médicas se trata.</p> <p>La observación va más a sugerir que se le siga dando garantías a las IPS de continuar con la adopción de modelos de atención y adopción de guías y protocolos para el manejo de enfermedades, basados en la epidemiología “autóctona” y no permitir que, de alguna manera, las EPS puedan sugerir o exigir guías, protocolos o modelos de atención diferentes a los adoptados por las IPS. (Sería pertinente cuando estas ultimas no tienen modelos, guías o protocolos adoptados)</p> <p>El párrafo 1 debería hacer la misma salvedad, acerca de la autonomía médica y de las IPS.</p>	<p>El contenido del artículo, describe claramente la responsabilidad que tienen las EPS para garantizar el acceso a los servicios y tecnologías no cubiertos por la UPC del cual habla el acto administrativo; sin embargo, realizando una revisión exhaustiva del mismo artículo, se puede generar el mal entendido de que de cualquier manera las EPS son las responsables de administrar, gestionar y organizar según corresponda las atenciones a los pacientes, dejando a un lado según el artículo 2.5.3.10.24 del decreto 780 de 2016. "Por medio de/cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" las funciones y responsabilidades del Comité de Farmacia y Terapéutica de las IPS (Artículo 2.5.3.10.25) de las cuales habla los artículos relacionados anteriormente y los cuales se ratifican en el numeral 4 del capítulo II de la resolución 1403 de 2007.</p>	<p>El propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar la financiación de tecnologías en salud y servicios, con recursos UPC y con recursos de presupuestos máximos se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del techo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p> <p>Por otra parte, se precisa que el presupuesto máximo no vulnera la autonomía de la voluntad de los profesionales de la salud, ya que estos podrán seguir prescribiendo de conformidad con lo que requiera el paciente, como lo hacen en la UPC, teniendo en cuenta la disponibilidad y acceso a todas las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, a través de diferentes mecanismos de protección del derecho a la salud (colectiva e individual), en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>En este sentido, el presente proyecto normativo no modifica norma alguna respecto al Comité de Farmacia y Terapéutica que se menciona en su escrito</p>
1159	3	23/01/2019	202042300090762	Juan Carlos Sanchez Angel	FUNDACION COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA – CLINICA VIDA	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios	<p>Se genera la duda en el numeral IV del artículo, si la inmunoterapia con fin antineoplásico se consideran medicamentos sin alternativa terapéutica, ya que según el anexo 3 del acto administrativo, no se encontraron muchos medicamentos del grupo ATC "L" quimioterapéuticos y quedan por la metodología de recibo según la resolución 1885.</p> <p>También queda la duda en el numeral VII del mismo artículo, si los procedimientos nuevos son todos aquellos que ingresan con código y descripción nueva y que realmente son técnicas y procedimientos que antes no existían en el país; o si son todos los que cambian de código o descripción así se trate de un cambio de grupo, subgrupo, categoría o subcategoría, pero que aun así ya era un procedimiento existente. ☐</p>	<p>En vista de que cada año se está actualizando por medio de acto administrativo la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, se ha evidenciado que muchos de los códigos sufren cambios tanto en la codificación como en la descripción, pero siguen siendo los procedimientos que ya existían en el país, en otras ocasiones se complementan las descripciones únicamente o son las mismas descripciones, pero cambia el código. Se requiere la claridad de que tipo de procedimiento nuevo, es el considerado excluido en el artículo 19.</p>	<p>El numeral IV del artículo 19 menciona que “Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos.”</p> <p>En este sentido, es importante mencionar que las alternativas terapéuticas a considerar son todos los medicamentos existentes en el país, por tanto para los medicamentos objeto de su consulta pertenecientes al primer nivel anatómico L “Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores”, las alternativas terapéuticas deben considerar a todos los medicamentos existentes en el país (no solo los incluidos en el listado del anexo 3) destacando que dentro de la oferta farmacéutica disponible hay más de 150 principios activos que se clasifican dentro del grupo L “Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores” independientemente de su mecanismo de financiación.</p> <p>Ahora respecto del numeral VII sobre procedimientos nuevos, se entiende que corresponden con procedimientos que antes no existían en el país. Es necesario que se surtan los requerimientos normativos existentes para actualización del Código Único de Procedimientos en Salud – CUPS según lo dispuesto en la Resolución 3804 de 2016 y además, recogiendo lo observado, se incluye, que sea necesario realizar evaluaciones de servicios y tecnologías en salud por parte del IETS para tales efectos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1160	4	23/01/2019	202042300090762	Juan Carlos Sanchez Angel	FUNDACION COLOMBIANA DE CANCEROLOGIA – CLINICA VIDA	Parágrafo 2 del artículo 21. Prescripción.	Se requiere claridad acerca de los usos (adopción) de guías y protocolos emitidos por el Ministerio, teniendo en cuenta de que cada año, hay asociaciones, agremiaciones o entidades internacionales actualizando guías y protocolos de enfermedades específicas (por ejemplo, Quimioterapias). Respetuosamente, sugerimos tener en consideración que se puedan utilizar guías y protocolos internacionales, con los criterios que el Ministerio considere pertinente, teniendo en cuenta que estos protocolos, nacionalmente no se actualizan con la misma frecuencia y aun así el INVIMA otorga Registro Sanitario a los medicamentos innovadores (hablando en el mismo sentido, oncológico) que por obvias razones van a ingresar con protocolos o guías nuevas e innovadoras. También porque estas guías y protocolos internacionales actualizan indicaciones de medicamentos convencionales para otras patologías en las que ha resultado eficaz y seguro (documentación que ha sido referente para postular los UNIRS)	En vista de que los protocolos y guías nacionales no tienen la misma frecuencia de actualización que los internacionales, se ha evidenciado que las EPS bajo la normatividad que establece que solo se realiza atenciones con guías y protocolos emitidos por el Ministerio, pueden definir la no autorización de alternativas terapéuticas de pacientes; que en muchas ocasiones han escalado todas las líneas de tratamiento y no cuentan con más opciones de tratamientos.	El parágrafo 2 del artículo 21 del presente proyecto normativo es muy claro cuando describe que para la prescripción de medicamentos se deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, (subrayado nuestro), las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio, como Guías de Práctica Clínica (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); 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.  También hace claridad en el sentido de que la disposición antes descrita no "...se establezca como una restricción a la autonomía profesional, sino como apoyo al proceso de buena práctica en la prescripción".  De manera específica y con relación a la atención de enfermedades huérfanas se complementan las disposiciones en el sentido de que deben adoptar los protocolos y guías que disponga este Ministerio, en caso contrario la entidad debe adaptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.
1161	1	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo Primero	Claridad en el Valor a transferir en el Régimen Subsidiado.	No queda claro el por qué se fija el valor a transferir a las EPS y EOC únicamente del régimen contributivo y no para el régimen subsidiado. Dado que, con el Acuerdo del Punto Final, se centraliza la competencia del reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, en cabeza de la Nación, a través de la ADRES, a partir del 01 de enero de 2020.  Es decir, dado que, el ADRES asumirá, así mismo, los pagos de servicios y tecnologías NO PBS del Régimen Subsidiado se encuentra incoherente que se esté regulando el valor a transferir en el Régimen Contributivo y no el Subsidiado. ☒	Respuesta 1: En cuanto a su observación acerca de "(...) por qué se fija el valor a transferir a las EPS y EOC únicamente del régimen contributivo y no para el régimen subsidiado (...)", es importante precisar que el Ministerio de Salud y Protección Social tiene previsto incorporar en un mismo acto administrativo, la metodología para la definición del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 para los dos regímenes, de igual forma unificar la aplicación de sus disposiciones para ambos regímenes, las contenidas en el Artículo en comentario inclusive.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1162	2	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo Primero	<p>Que el que el Estado fije la metodología del presupuesto máximo de los regímenes contributivo y subsidiado para las tecnologías y servicios en salud no financiados con cargo a la UPC en el Sistema de Seguridad Social en Salud es un incumplimiento a los deberes y derechos constitucionales.</p>	<p>Incumplimiento a los deberes y derechos constitucionales, en específico al artículo 49, que versa:</p> <p>Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.</p> <p>Lo anterior, dado que el limitar el valor de lo NO PBS, es a su vez limitar el servicio y el suministro de medicamentos a los pacientes, generando que no se garantice el acceso a la salud necesarios para los pacientes. El límite generará que no se le puedan prestar en su totalidad los servicios necesarios e incluso vitales a los pacientes, lo cual atenta contra los derechos constitucionales a la vida y a la salud.</p> <p>Es un deber dentro del sistema a cargo de las EPS garantizar el pago de las tecnologías PBS, y del Estado garantizar el</p>	<p>No se acoge la observación, dado que, precisamente el propósito de este acto administrativo es dar aplicación de los postulados constituciones y legales, en especial la Ley 1751 de 2015 y el propio artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, resulta ser claro que en ningún caso el cumplimiento del Presupuesto Máximo puede afectar la prestación del servicio de salud.</p> <p>Ahora bien, los servicios y tecnologías en salud como los servicios complementarios que no se financian con recursos del presupuesto máximo se describen en el artículo 19 del presente proyecto normativo, así:</p> <p>i) Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia.</p> <p>ii) Las tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC.</p> <p>iii) Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada según lo determine este ministerio.</p> <p>iv) Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya. Lo anterior hasta que se defina su financiación mediante presupuestos máximos.</p> <p>v) Las tecnologías expresamente excluidas a través de las resoluciones emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o aquellas que cumplan algún criterio establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015.</p> <p>vi) Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo.</p> <p>vii) Los Procedimientos nuevos en el País.</p> <p>viii) Los Servicios Sociales complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente.</p> <p>De otra parte, tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.</p>
1163	3	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo Tercero (22)	<p>Imprecisión en las definiciones</p>	<p>22. Genera confusión la denominación de "Valor los recobros y los cobros" dentro de las tecnologías financiadas con cargo al presupuesto, puesto que, si se cambia a un sistema de presupuestos máximos otorgados a las EPS y estás cancelan los servicios a las IPS con base en este presupuesto, estas figuras desaparecerían siendo confusa e imprecisa su aplicación en la norma.</p> <p>O en su defecto debería aclararse la permanencia del sistema de cobros y recobros, para las tecnologías que no están a cargo del presupuesto.</p>	<p>En atención a su comentario acerca de "22. Genera confusión la denominación de "Valor los recobros y los cobros" dentro de las tecnologías financiadas con cargo al presupuesto, puesto que, si se cambia a un sistema de presupuestos máximos otorgados a las EPS y estás cancelan los servicios a las IPS con base en este presupuesto, estas figuras desaparecerían siendo confusa e imprecisa su aplicación en la norma. O en su defecto debería aclararse la permanencia del sistema de cobros y recobros, para las tecnologías que no están a cargo del presupuesto.", es necesario precisar inicialmente que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>De otro lado, se debe tener en cuenta que el Artículo 18 del proyecto de resolución establece que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando en complementariedad, a los determinados en el Artículo 19., del proyecto de resolución sobre "Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios".</p> <p>Finalmente, en cuanto al proceso de recobro de tecnologías en salud no cubiertas por el Presupuesto Máximo, tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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..</p>
1164	4	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo 6	<p>Se solicita al Minsalud ampliar información sobre los conglomerados asignados a los servicios sociales complementarios, ¿cuáles son los criterios de agrupación?</p>	<p>El concepto de conglomerados (5 categorías por tipo de servicio complementario) no es claro para la IPS definir sus ofertas y modelos de contratación.</p>	<p>Respuesta 4. Los valores de referencia de los servicios complementarios se encuentran descritos en el Anexo 5. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS, del proyecto de resolución. Sin embargo, dada su solicitud a continuación se presenta información complementaria a lo establecido en el proyecto de acto administrativo:</p> <p>Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; a su vez, estas contienen los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1165	5	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo 7	Incorporar el ajuste P*Q donde P considere IPC salud y Q contemple el comportamiento país con ajuste por carga de enfermedad y selección adversa	<p>Ajuste por riesgo de ocurrencia de eventos en salud</p> <p>De otra parte, atendiendo consideraciones macroeconómicas, los presupuestos máximos para las vigencias siguientes se ajustarán con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Lo anterior se sustenta bajo el contexto de que los recursos a transferir a las EPS por concepto del Presupuesto Máximo, corresponden a transacciones institucionales de acuerdo a la circular 06 de 2018 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM, adicionalmente, las prestaciones en salud dispensadas a los pacientes están financiadas con recursos públicos o fiscales asignados a la salud, resultando procedente en estos casos utilizar el mecanismo de ajuste planteado.</p> <p>Debe tenerse en cuenta, que los Valores de Referencia (VR) no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es exclusivo para efectos del cálculo de Presupuestos Máximos de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno.</p> <p>El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas.</p> <p>El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitiría el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta.</p> <p>Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>En cuanto a las cantidades utilizadas en el cálculo del Presupuesto Máximo, debe precisarse que las mismas han sido determinadas para cada EPS entorno a su comportamiento histórico, y adicionalmente han sido ajustadas con la variación (delta) del comportamiento de las cantidades a nivel nacional. El reconocer las cantidades propias de cada EPS, refleja las condiciones de la población, en virtud que la prescripción está relacionada directamente con las condiciones del paciente y en tanto recoge el perfil epidemiológico respectivo.</p> <p>Finalmente, sobre su solicitud de utilizar en el ajuste del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, variables relacionadas con el comportamiento de la carga de enfermedad y selección adversa, debe señalarse que en lo relativo a la carga de enfermedad, el riesgo derivado de la misma debe ser atendido a través del mecanismo de protección colectiva (PBS-UPC), no obstante, también debe considerarse que para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información histórica, al interior de la cual se encuentran inmersos los diagnósticos relacionados con la carga de enfermedad.</p> <p>En cuanto a lo relativo al efecto de selección adversa, debe ser tratado en el ámbito de la operación del aseguramiento por cuanto trasciende los propósitos del presente proyecto de resolución, se dispone en el artículo denominado como “Del</p>	
1166	6	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo 7	Hay dos (2) Artículo 7. El primero es sobre el Presupuesto Máximo para EPS que no tiene recobro/cobro. El segundo es del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias		<p>Respuesta 6. En atención a su observación planteada, se tiene previsto realizar el ajuste respectivo en el proyecto de resolución.</p>
1167	7	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo 9	En el Artículo únicamente se establece la definición del presupuesto Máximo de la vigencia 2020 por cada EPS para el Régimen Contributivo, omitiendo el Régimen Subsidiado.	<p>La Resolución se establece para ambos regímenes, por lo que se deberá definir el presupuesto máximos tanto para el Régimen Contributivo como para el Subsidiado.</p>	<p>Respuesta 7. En cuanto a su observación acerca de “(...) La Resolución se establece para ambos regímenes, por lo que se deberá definir el presupuesto máximos tanto para el Régimen Contributivo como para el Subsidiado”, se informa que este Ministerio publicó el 28 de diciembre de 2019 el proyecto de resolución “Por la cual se establece el valor a transferir a las Empresas Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que operan el Régimen Subsidiado, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Complementarios, y se dictan otras disposiciones”. Tal proyecto normativo cuenta con un único anexo que define el presupuesto máximo para financiar Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios por EPS de la vigencia 2020 para el Régimen Subsidiado.</p> <p>Finalmente, tal como se informó en la respuesta 1, se prevé que los valores de presupuesto máximo para cada régimen estén contenidos en un mismo acto administrativo para mayor claridad.</p>
1168	8	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo 10	Establecer mecanismo de vigilancia estrecha al flujo de recursos por parte de la EPS a los prestadores. En EPS bajo medida de vigilancia especial debe enviarse los recursos por giro directo al prestador con la oportunidad definida para el giro de presupuesto máximo.	<p>Aseguramiento de recursos en el SGSSS para la red prestadora de servicios de salud.</p>	<p>Respuesta 8. Respecto de su observación sobre “Establecer mecanismo de vigilancia estrecha al flujo de recursos por parte de la EPS a los prestadores (...) Aseguramiento de recursos en el SGSSS para la red prestadora de servicios de salud”, para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos..</p> <p>De otra parte, en cuanto a su observación: “(...) debe enviarse los recursos por giro directo al prestador con la oportunidad definida para el giro de presupuesto máximo”, se aclara que, este proyecto de acto administrativo no modifica las normas de giro directo, su alcance es definir el presupuesto máximo por EPS. En todo caso, se prevé establecer que el giro directo de recursos de Presupuestos Máximos aplique solo para el pago del valor del primer mes de tratamiento que requieran las personas que sean diagnosticadas por primera vez con una enfermedad huérfana durante la vigencia del presupuesto máximo; el valor del medicamento será recobrado por la EPS y asumido por la ADRES, quien realizará el giro</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
1169	9	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo 13	Debe existir manifestación expresa respecto de la prohibición que tienen las EPS de transferir el riesgo en la superación del tope a los prestadores.	El artículo trata de regular los mecanismos de prevención para la superación de los topes definidos o incluso regula los eventos en los cuales exista "ahorro", no obstante, nunca regula la hipótesis en la cual se supere el tope, siendo indispensable que existe claridad en la imposibilidad que tienen los aseguradores de obstaculizar la prestación de servicios, glosar facturas o interferir en la pertinencia en la prescripción, cuando objetivamente se supere el tope.	<p>Respuesta 9. En lo respectivo a su observación "(...) Debe existir manifestación expresa respecto de la prohibición que tienen las EPS de transferir el riesgo en la superación del tope a los prestadores. El artículo trata de regular los mecanismos de prevención para la superación de los topes definidos o incluso regula los eventos en los cuales exista "ahorro", no obstante, nunca regula la hipótesis en la cual se supere el tope," (...), es necesario considerar el artículo 13 del proyecto de resolución, sobre "No superación del Presupuesto Máximo", donde se contemplan medidas que le permiten a las EPS solicitar la revisión o ajuste del Presupuesto Máximo para la no superación del mismo. Particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en el numeral 2., de este artículo del proyecto de resolución.</p> <p>Adicionalmente, es importante resaltar que la iniciativa del proyecto normativo, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias planteadas en el artículo 13, ni a las que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) la profundización de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la ley 1955 de 2019).</p> <p>Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del Presupuesto Máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p> <p>Ahora bien, referente a su observación "(...) siendo indispensable que existe claridad en la imposibilidad que tienen los aseguradores de obstaculizar la prestación de servicios, glosar facturas o interferir en la pertinencia en la prescripción, cuando objetivamente se supere el tope (...)", toda vez que el mecanismo de presupuesto máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, así, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>Vale la pena recalcar, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología (s) en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).</p> <p>En conclusión, en las disposiciones planteadas en el proyecto de resolución, no se afectan la autonomía médica para disponer el tratamiento integral que un paciente requiera. Por el contra-rio, es un llamado a la utilización de recursos de manera armonizada, en procura de la eficiencia de los recursos sin perjuicio de la atención que un paciente requiera.</p>	
1170	10	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Parágrafo 1 (Artículo 13)	Modificación unilateral de los valores contratados por parte de las EPS	<p>Parágrafo 1: los agentes que intervienen en la cadena de formación de valor deberán tener en cuenta el valor de referencia o el valor máximo de recobro de la presente resolución; adicionalmente, las EPS deberán considerar ajustes en los valores contratados de tal forma que se garantice que el Presupuesto Máximo no se supere."</p> <p>En virtud de este parágrafo, existe un mandato de "garantizar" la no superación del presupuesto en cabeza de las EPS, convirtiendo tal mandato en una obligación de resultado para dichas entidades, permitiéndoles así la modificación de los valores contratados de forma unilateral cuando se superen dichos topes, afectando los acuerdos de voluntades perfeccionados con los prestadores y transfiriendo el riesgo de la superación a estos, abriéndose de esta forma la posibilidad de modificar los precios contratados aun cuando los mismos sean fijados de conformidad con los precios de referencia establecidos en la misma Resolución.</p>	<p>Respuesta 10. En consideración a sus comentarios relativos a "(...) existe un mandato de "garantizar" la no superación del presupuesto en cabeza de las EPS, convirtiendo tal mandato en una obligación de resultado para dichas entidades, permitiéndoles así la modificación de los valores contratados de forma unilateral cuando se superen dichos topes, afectando los acuerdos de voluntades perfeccionados con los prestadores y transfiriendo el riesgo de la superación a estos, abriéndose de esta forma la posibilidad de modificar los precios contratados en la misma Resolución", se ratifica lo expuesto en la respuesta 3, donde se precisa que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Es así que, se espera que la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos de presupuestos máximos, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p> <p>Priorizar la prestación de servicios de salud con recursos de la UPC no es una estrategia que restrinja la autonomía médica en disponer el tratamiento integral que un paciente requiera.</p>	



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1171	11	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Parágrafo tercero (Artículo 13)	No es claro el alcance del párrafo-fo.	<p>Parágrafo 3. Los actores que intermedien en la cadena de formación de valor no deben comprometer la gestión del valor máximo de las tecnologías de la presente resolución.</p> <p>El párrafo mencionado debe ser más extensivo en cuanto a la prohibición que tienen las EPS de interferir en la pertenencia médica y en la autonomía técnica que tienen los actores en cuanto a la gestión. Además, genera dudas el alcance de la frase "comprometer la gestión del valor máximo" en el entendido que la finalidad de la Resolución según lo indicado en el Plan Nacional de Desarrollo y los antecedentes de la misma Resolución, imponen un deber colaborativo en cuanto al manejo de los recursos por todos los actores. Por tal motivo, es necesario que se expresen las facultades negociales en cuanto a la asunción de riesgos (respetando la autonomía científica)</p>	<p>Respuesta 11. Sobre su observación al párrafo 3, del artículo 13 del proyecto de resolución, se reafirma lo aclarado en la respuesta 10, el mecanismo de Presupuesto Máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, así, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>En conclusión, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología (s) en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).</p>
1172	12	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Parágrafo 4 del artículo 13	El pago al prestador se debe asegurar dada la responsabilidad de aseguramiento de la EPS y en esta medida la superación de techos no debe comprometer la prestación de los servicios. En ningún caso podrá la EPS oponer como justificación para el no pago el hecho de haber superado el Presupuesto Máximo.	<p>Continuidad de atención.</p>	<p>Respuesta 12. En atención a la inquietud planteada en su comentario, respecto a la "continuidad de atención", para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>En todo caso, si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, La ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de prescripción y suministros de MIPRES, y la epicrisis 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.</p> <p>No obstante, debe tener en cuenta que el establecimiento de Presupuestos Máximos no puede constituirse en una barrera para la prestación de los servicios por parte de las EPS y las instituciones prestadoras de servicios, tampoco deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión integral de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los re-cursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No UPC.</p> <p>Para finalizar, se debe aclarar que el Presupuesto Máximo se define por cada EPS por todos los servicios y tecnologías en salud que haya prestado, en consecuencia, la gestión del recurso será competencia de la EPS.</p>
1173	13	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Numeral primero del artículo 18	En la incorporación por parte de la industria de medicamentos combinados, el precio del medicamento combinado no debe superar el valor de la suma de las moléculas individualmente consideradas.	<p>Necesidad de participación del órgano rector (PMR).</p>	<p>Respuesta 13. Debe confirmarse lo dicho en el documento que, inicialmente que en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos éste Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado, por ende, no regula las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de la cadena.</p> <p>Por su parte, el numeral 1, del Artículo 18 del proyecto de resolución, establece claramente que el medicamento que ingrese al país, y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica de los medicamentos financiados con cargo al Presupuesto Máximo, se considerarán financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Igualmente, los medicamentos que se presentan en combinaciones de dosis fija que ingresen al país que contengan principios activos autorizados en el país están financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En todo caso estas combinaciones cuando cumplan la regla de financiación con recursos de la UPC serán financiados con cargo a dicha fuente, además el parágrafo 1 del mismo artículo establece que los medicamentos cuya financiación se define en dicho acto administrativo con cargo al Presupuesto Máximo, se consideran financiados con dicha fuente, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, incluyendo la unión a otras moléculas que tengan como propósito aumentar su afinidad por órganos blanco o mejorar sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación autorizada, salvo especificaciones y excepciones descritas en este acto administrativo.</p> <p>En cuanto a la regulación de precios de medicamentos por parte de la CNPMDM, dicho órgano fijó los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces, que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1174	14	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Numeral segundo del artículo 18	Sustentada la superioridad terapéutica de un medicamento (no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición del acto administrativo que se está comentando) por parte de la EPS mediante un concepto de un comité médico y/o pronunciamiento de la respectiva sociedad científica, este deberá ser considerado para el análisis de techos de la vigencia siguiente, de lo contrario se estaría violando el mandato de la Corte Constitucional en cuanto a la obligación de incorporación de tecnologías en el sector salud y la autonomía profesional. Para definir la exclusión de los recursos del sistema, se debe cumplir con el proceso definido en la Resolución 330 de 2017.	Necesidad de participación del órgano rector (PMR).	<p>Respuesta 14. En cuanto a sus observaciones planteadas al Artículo 18. Numeral 2., específicamente sobre la necesidad de considerar el concepto de superioridad terapéutica construido dentro de la gestión de la EPS, el Ministerio incluirá ajustes al Artículo 18. Numeral 2., definiendo el procedimiento que permita establecer la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica del medicamento, la que en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado (la EPS en el caso planteado en su comunicación).</p> <p>En cuanto a su comentario relacionado con considerar la evaluación realizada por el agente interesado so pena de violar el mandato de la corte y la autonomía profesional, de manera alguna el procedimiento definido por el Ministerio los vulnera, toda vez que el numeral propuesto en el proyecto de resolución precisamente permite a las EPS sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada; además, es información válida y que sirve para la toma de decisiones por parte del profesional de la salud, aspecto que refuerza la autonomía médica.</p> <p>Tampoco se afecta el derecho a la salud, por cuanto la tecnología está disponible en el país, es financiada con cargo a los recursos públicos asignados a la salud y cuenta con evidencia científica.</p> <p>Tal como se viene aclarando, el Ministerio procederá a incluir ajustes en la redacción que incluya que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud y contar con evidencia científica, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.</p> <p>Vale advertir que en todo caso, entre tanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo; así mismo, 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. Por otra parte, 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.</p>
1175	15	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Numeral tercero del artículo 18	Favor explicar cómo sería la financiación de los productos para soporte nutricional que no están clasificados como APME y son ordenados por fallo de tutela.	No se define el proceso de financiación para los productos de soporte nutricional que no son clasificados como APME y son ordenados por fallo de tutela.	<p>Respuesta 15. En respuesta a sus preguntas vale señalar el Artículo 18 del proyecto de resolución establece que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando en complementariedad, a los determinados en el Artículo 19., del proyecto de resolución sobre “Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios”.</p> <p>Adicionalmente, en cuanto al proceso de recobro de tecnologías en salud no cubiertas por el Presupuesto Máximo, tal como lo establece el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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</p>
1176	16	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Numeral cuarto del artículo 18	A la fecha las tecnologías sujetas a evaluación por Junta de profesionales no les aplica este requerimiento cuando media un fallo de tutela que ordena la prestación de dicha tecnología, sin embargo, en este párrafo se hace la anotación de "En todo caso, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta médica", lo cual debe eliminarse para cuando de tutela se trata.	El hecho de que lo ordenado mediante un fallo de tutela deba pasar por un trámite administrativo de Junta de profesionales puede desencadenar en desacatos y sanciones para prestador y EPS.	<p>Respuesta 16. Sobre lo propuesto en el artículo 18, numeral 4., en cuanto al proceso de junta médica para asumir con cargo al Presupuesto Máximo los servicios complementarios, para precaver eventuales desacatos y sanciones, y como medio de defensa judicial, este Ministerio precisará la redacción de este texto en el proyecto de resolución, señalando que deben ser aquellos los que se exijan en la herramienta MIPRES, esto sin perjuicio de utilizar este mecanismo de junta médica que es natural en el sector de la salud.</p> <p>También vale mencionar que la Ley Estatutaria promueve en su artículo 16., las condiciones que deben surtir en el "Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.”.</p> <p>Así mismo, se tiene previsto fijar que, en todo caso, y según corresponda, estos servicios deberán surtir el proceso de Junta Médica definido en la herramienta, guía o protocolo.</p>
1177	17	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Numeral sexto del artículo 19	Hace referencia a "Los APME que no cumplan lo descrito en el párrafo 3 del artículo 22 del presente acto administrativo", pero la resolución comentada no cuenta con párrafo tercero en el artículo 22.	Se requiere completar el párrafo citado que aclare cuales son las APME sujetas a recobro ante el ADRES.	Respuesta 17. En consideración a su comentario sobre la inexistencia de un párrafo 3 en el artículo 22 del proyecto de resolución de Presupuesto Máximo, en efecto el Ministerio ajustará la redacción, toda vez que el citado párrafo 3, pertenece al artículo 21, correspondiente a los APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo.
1178	18	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Parágrafo artículo 19	Se debe aclarar si sigue operando MIPRES está que la ADRES determine los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargos a la UPC y no incluidos en el presupuesto máximo.	Continuidad de atención.	<p>Respuesta 18. Vale la pena recalcar que, el Presupuesto Máximo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema, sin afectar de manera alguna la atención integral y la continuidad del proceso de atención al paciente.</p> <p>Para el efecto, el proyecto de resolución plantea diversas medidas en el artículo sobre "Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos.", a partir de las cuales 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 (hasta las IPS y proveedores inclusive), el control del manejo de los mismos, las auditorías y demás actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Tal como lo establecen el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.</p>
1179	19	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo 21	Constituye una violación al libre mercado y una afectación a la estructura de costos y negativo impacto en la sostenibilidad del SGSS. El cambio debe permitirse siempre y cuando medie concepto médico y de farmacovigilancia favorables y se haga el respectivo seguimiento clínico y paraclinico que corresponda.	Si se cuenta con otras opciones terapéuticas aprobadas por el INVIMA es porque se certifica la seguridad, la eficacia y la calidad del principio activo.	<p>Respuesta 19. En relación con la observación al Artículo 21. Prescripción, en cuanto a que la norma propuesta estaría incurriendo en "(...) una violación al libre mercado y una afectación a la estructura de costos y negativo impacto en la sostenibilidad del SGSS (...)", esto por cuanto "(...) El cambio debe permitirse siempre y cuando medie concepto médico y de farmacovigilancia favorables y respectivo seguimiento clínico y paraclinico que corresponda (...)", la misma no es cierta, toda vez que lo planteado por el Ministerio en el Parágrafo 1 del Artículo 21, contempla no solo la garantía de seguridad terapéutica para los pacientes con medicación de anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico, para evitar el riesgo en salud que se derive, sino que además, al igual que lo manifestado en su observación, Sí permite una excepción para realizar el ajuste de dosificación y régimen de administración previa instauración del monitoreo clínico y paraclinico necesarios.</p> <p>De otra parte, el principio Pro Homine de la Ley 1751 de 2015 define en su Artículo 6, segundo literal b): "Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;". Dado lo anterior, no es procedente su propuesta.</p>
1180	20	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo 27	El articulado pasa del Artículo 25, pasa al Artículo 27, luego al Artículo 26 y nuevamente pasa al Artículo 27. Por lo tanto, los artículos están en desorden y adicionalmente, hay dos Artículos 27. El primero consagra las fórmulas magistrales y el segundo Artículo 27 consagra los Radiofármacos.		Respuesta 20. De acuerdo a lo observado, se realizarán los ajustes en la numeración del texto del proyecto de resolución en comento.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1181	21	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo 31	<p>Se solicita revisar este artículo a la luz de lo definido en el Anexo Técnico de la Resolución 1885 de 2018 "REPORTE DE INFORMACION DE SUMINISTRO DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - MIPRES NO PBSUPC CAUSAS DE NO ENTREGA, TOTAL, PARCIAL O DIFERIDA RESOLUCION 1885 DEL 10/05/2018" donde se define la ENTREGA PARCIAL: Se dispensan o se prestan las Tecnologías en Salud, No financiadas con recursos de la UPC o Servicios Complementarios, en forma incompleta o porque no cumple los tiempos establecidos por la norma para su prescripción. Se aplica en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Presentación comercial del producto.</li><li>- Dosis máxima permitida excede lo prescrito.</li><li>- Se prescribe por primera vez y el tiempo de prescripción excede 3 meses.</li><li>- El tiempo de prescripción excede 12 meses</li></ul> <p>Se solicita revisar este artículo a la luz de lo definido en el Anexo Técnico de la Resolución 1885 de 2018 "REPORTE DE INFORMACION DE SUMINISTRO DE TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS - MIPRES NO PBSUPC CAUSAS DE NO ENTREGA, TOTAL, PARCIAL O DIFERIDA RESOLUCION 1885 DEL 10/05/2018"</p>		<p>Respuesta 21. En relación con la observación planteada, donde se solicita revisar eventuales limitaciones en la dispensación de medicamentos para entregas parciales, que se generarían en el Artículo 31 sobre la Concordancia entre la prescripción y la dispensación, del proyecto de resolución, frente al Anexo Causas de No Entrega, Total, Parcial o Diferida de la Resolución 1885 de 2018, se encuentra que la norma propuesta para Presupuestos Máximos deviene del cumplimiento del artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del Dispensador del Decreto 780 de 2016, sin modificarse las condiciones bajo las cuales operan estos procesos de dispensación y reporte de información.</p> <p>En tal virtud, para los casos planteados en su observación, debe seguirse el trámite vigente, diferenciando en todo caso que la norma invocada (artículo 2.5.3.10.19 sobre Prohibiciones del Dispensador del Decreto 780 de 2016) define el deber ser para el dispensador, mientras que el Anexo Causas de No Entrega, Total, Parcial o Diferida de la Resolución 1885 de 2018 establece el reporte de la ocurrencia de estas eventuales situaciones, dentro de las cuales se incluye en la Tabla N° 1 Causa de No Entrega, la opción 4. Presentación no fraccionable.</p>
1182	22	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Parágrafo (Artículo 33)		<p>Artículo 33. Combinaciones de tecnologías en salud. La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye las Tecnologías en Salud y los Servicios contenidos en el presente acto administrativo, cuando también se realicen de manera combinada, simultánea o complementaria entre ellas.</p> <p>Parágrafo. Si dentro de la combinación de Tecnologías en Salud y Servicios se requieren Tecnologías en Salud o Servicios que se encuentran financiadas con recursos de la UPC y servicios y tecnologías en salud con cargo al Presupuesto Máximo, se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.</p> <p>A la fecha la facturación de estos servicios combinados se hace de forma separada según las tecnologías empleadas y los homologos, si se pretende hacer algún cambio al respecto en cuanto a la unificación de la facturación, es necesario que se plasme. Lo anterior en cuanto a la finalidad paulatina de unificar los regímenes.</p>	<p>Respuesta 22. En lo atinente a su observación relacionada con el Artículo 33. Combinaciones de tecnologías en salud, Parágrafo, en cuanto a la falta de claridad en materia de financiamiento de la prestación incluida en el PBS o cubierta bajo el Presupuesto Máximo, la norma propuesta en el mencionado artículo define claramente que la combinación de Tecnologías en Salud y Servicios se entenderán financiados con cargo al Presupuesto Máximo o con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo.</p> <p>Estos requisitos de cobertura por uno u otro mecanismo están definidos en las normas que los regulan (Resolución 3512 de 2019 para el PBS, y el presente proyecto de resolución).</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
1183	23	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Artículo 41	Todo cambio en la estructura del sistema de información debe brindar el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distintos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores.	Aseguramiento de recursos en el SGSSS para la red prestadora de servicios de salud.	Respuesta 23. En relación con la observación planteada al Artículo 41. Deber de Información, sobre contemplar “el tiempo necesario para la realización de los ajustes de los distintos actores y especialmente no afectar el flujo de recursos a la red de prestadores”, debo anticipar que la norma está diseñada para regir a partir de su publicación por lo que al momento no se tiene previsto un periodo de transición.  Debe tenerse en cuenta que lo definido en el proyecto de resolución no comporta cambios sustanciales en la estructura de la información, las EPS reportan la información para el estudio de suficiencia de UPC en dicho sentido; y finalmente, el reporte de información no afecta el flujo de los recursos del sistema por cuanto no están atados, no se acoge su comentario.  No obstante, el Ministerio dispuso a la ciudadanía el proyecto de resolución “Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado y se dictan otras disposiciones”. En este proyecto de resolución se contempla un plazo para el reporte de lo allí solicitado y esta anunciado desde el momento de publicación.	
1184	24	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Parágrafo del Artículo 44	Definir el criterio para establecer la capacidad de pago.	No se define la clasificación o el criterio para la capacidad de pago de los afiliados al régimen contributivo.	Respuesta 24. En atención al comentario sobre la aplicación del criterio de capacidad de pago en los “servicios sociales complementarios”, inicialmente vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término “sociales”, cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.  Ahora bien, sobre la aplicación del criterio de capacidad de pago a estos servicios, es necesario tener presente los siguientes postulados de Ley:  El Artículo 160 de la Ley 100 de 1993, establece los deberes de los afiliados y de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, precisando en su numeral 3 la obligación de facilitar el pago y pagar las cotizaciones y demás erogaciones a que haya lugar, cuando corresponda. A su vez, el Artículo 187 de la misma Ley dispone que los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y copagos.  Igualmente, la Ley 1751 del 16 febrero de 2015, Ley Estatutaria en salud, señaló en su artículo 10, los derechos y deberes de las personas en relación con la prestación del servicio de salud y en lo pertinente a los deberes, su literal i) determinó contribuir solidariamente con el financiamiento del sistema de acuerdo a su capacidad de pago.	
1185	25	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	Anexo 5	Se debe adara en el tipo de servicios OTROS que tecnologías se pueden incluir y con qué criterios. Adicionalmente se debe agregar la unidad de medidas en varios casos: en el tipo de servicio CUIDADOR no se define si el valor de referencia es por hora o día. En el tipo de servicio transporte/alojamiento no se define si el valor de referencia es por día, por trayecto o por kilómetro.	No hay claridad sobre el concepto Conglomerados ni los criterios con los que se agruparon para asignar el VR tampoco las unidades con que se mide y asigna ese valor (tiempo, medida, cantidad).	Así las cosas, se evidencia que la ley es clara y precisa al contemplar la aplicación del criterio de capacidad de pago, esto bajo el principio de solidaridad sobre el cual se fundamenta el SGSSS. En respuesta 25. Sobre su observación relacionada con “En el tipo de servicios OTROS que tecnologías se pueden incluir y con que criterios (...)”, se precisa que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios complementarios de la tabla de referencia MIPRES, se categorizaron como “OTROS”.  Así mismo, debe reiterarse que dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Es decir, se conforman grupos homogéneos por dicha variable (severidad), esta variable recoge la expresión del conjunto de aspectos que se facturaron a La ADRES, sin inferir otro tipo de unidades. En otras palabras la severidad supera la agrupación por unidades específicas de tecnologías o grupos, pues el valor prima por ser la expresión de las transacciones que se dan en las cuentas radicadas.	
1186	26	23/01/2020	202042300090842	Juan Felipe Santos Gómez	Cámara Sectorial de la Salud - ANDI	De la lectura de la Resolución en general	Que de la lectura del proyecto de resolución surge la inquietud sobre quién asumirá el riesgo una vez se haya superado el presupuesto máximo.  En concordancia con lo anterior, surge la gran preocupación de que las EPS y EOC puedan glosar las facturas a las Instituciones Prestadoras de Salud o prestadoras de tecnología debido a que se supere el presupuesto máximo	Dado que no queda claro quién asumirá el riesgo una vez se haya superado el presupuesto máximo de forma masiva, es decir, en caso tal de que todas las EPS y EOC superen el presupuesto máximo.  De igual forma, no queda expresa la prohibición de la glosa de facturas o en la interferencia u obstaculización en la prestación de servicios una vez se haya superado el presupuesto máximo en ningún aparte de la resolución.	Respuesta 26. En cuanto a sus inquietudes relacionadas con “(...) quién asumirá el riesgo una vez se haya superado el presupuesto máximo (...) la gran preocupación de que las EPS y EOC puedan glosar las facturas a las Instituciones Prestadoras de Salud (...) no queda expresa la prohibición de la glosa de facturas o en la interferencia u obstaculización en la prestación de servicios una vez se haya superado el presupuesto máximo (...)”, debe señalarse que para el manejo de estos recursos de Presupuesto Máximo, las EPS deben observar las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, ajustándose a sus costos de producción, en procura de la eficiencia de los recursos del Presupuesto Máximo por EPS. También es necesario que conozca que el Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado, por ende, no regula las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de la cadena.  Finalmente, vale aclarar que el proyecto de norma tiene previsto el despliegue de un proceso exhaustivo de seguimiento y control de los recursos a cargo de La ADRES, previendo una eventual superación del Presupuesto Máximo por EPS y la necesidad de garantizar el flujo de recursos hacia las IPS. Así, en el artículo sobre “Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos”, para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.  Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.  Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.  Así, la propuesta de Presupuestos Máximos tiene como objeto avanzar en la integralidad de la atención a través de la modificación de la forma de transferir los recursos, en donde la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías en salud que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, las más costo efectivas y de mayor beneficio-riesgo, de forma tal, que se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, de forma integral con los recursos de UPC, sin perjuicio de la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1187	1	23/01/2019	202042300091062 202042300091002	Catalina Bello Durán	AFIDRO	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo.	<p>En este sentido, solicitamos que mientras se reglamenta el mecanismo de puerta de entrada establecido en el artículo 72, las nuevas tecnologías (registros sanitarios de nuevas moléculas - NEQ) sean pagadas con cargo a un presupuesto independiente al "techo" (recobro/cobro a través de ADRES).</p> <p>Para tal fin, proponemos se modifique el artículo 18 y 19 precisando que estas NEQ, las cuales no surtirán el mecanismo de puerta de entrada, serán reconocidas con cargo a recursos de cobros/recobros y no del presupuesto máximo asignado a las EPS para el no PBS.</p> <p>Una vez esté en firme el mecanismo de puerta de entrada, en el que se incluya una fase de diálogo temprano, definición de comparadores y evaluación tecnológica; aquellas tecnologías que demuestren su superioridad (categorías 1 y 2) continuarán siendo pagadas a través de cobro/recobro.</p>	<p>Entre tanto se reglamenta lo establecido en el Artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, los medicamentos innovadores (NEQ) que ingresen al país no tendrán el marco regulatorio para que se defina su superioridad o no respecto a las alternativas disponibles en el país.</p> <p>Es importante precisar que el número de moléculas lanzadas en 2019 (NEQ) no es superior a 20</p>	<p>De acuerdo con los comentarios recibidos la metodología de presupuesto máximo tiene previsto el realizar ajustes Ex-post de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.</p> <p>De otro lado, la gestión clínica aborda diferentes ámbitos como: la calidad, la seguridad del paciente, los procesos de cuidado individual, interrelación entre especialidades, y es propia, si se quiere, de cada individuo, abarca un espectro más amplio que la mera financiación de determinadas tecnologías en salud. Además, obedece a aspectos institucionales que las EPS pueden desarrollar tales como: los modelos de atención, la práctica médica, procesos administrativos como contratación de redes y auditorías, así como otros aspectos a considerar dentro de sus negociaciones, que redundan en la efectividad de los tratamientos. Con base en lo anterior, la gestión clínica supera el objeto de este proyecto de acto administrativo, siendo improcedente su propuesta.</p>
1188	2	23/01/2019	202042300091062 202042300091002	Catalina Bello Durán	AFIDRO	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios.	<p>Proponemos que las Nuevas Entidades Químicas lanzadas durante 2019 y previo a la expedición de esta metodología continúen siendo cobradas/recobradas con cargo a un presupuesto diferente al de los presupuestos máximos hasta tanto no sea definido su aporte terapéutico, según los parámetros que se definan para su evaluación en el IETS.</p> <p>Se debe entender por nueva entidad química aquellos principios activos que no ha sido incluidos en Normas Farmacológicas en Colombia.</p>	<p>Si bien la metodología contempla una serie de factores que ajustan las variables (delta), no se cuenta con la suficiente información de precios, frecuencias y consumos para predecir el comportamiento de las tecnologías lanzadas durante 2019 y las que se lancen previo a la implementación de esta metodología. Por esta razón solicitamos que todas las NEQ lanzadas durante 2019 y previo a la implementación de esta metodología sean reconocidas con recursos adicionales a los establecidos en el presupuesto máximo</p>	<p>El mecanismo para definir el copago sigue siendo cumpliendo las mismas reglas establecidas en la Resolución 1885 de 2018.</p>
1189	1	23/01/2019	202042300091142	Andrés Patiño Repizo	Johnson & Johnson	Anexo 3	<p>Se solicita muy respetuosamente que sea modificada la forma farmacéutica del ID 655 "FIBRINOGENO/TROMBINA" y para mayor aclaración, se incluyan adicionalmente las formas farmacéuticas "Solución para irrigación" o " Solución tópica", las cuales describen de forma completa el producto, y no da lugar a interpretaciones contrarias.</p>	<p>Se señala en el grupo ID 655 "FIBRINOGENO/TROMBINA" la forma farmacéutica es "Solución o suspensión inyectable"</p> <p>Sin embargo, cuando se hace una revisión del producto EVICEL Sellante de Fibrina Humana, el cual hace parte de los medicamentos con composición de "FIBRINOGENO/TROMBINA", se encuentra que su forma farmacéutica no está descrita, tal como se describe en el Registro Sanitario del Producto.</p> <p>Debe señalarse que el INVIMA a través de la Resolución No. 20152048823 del año 2015 autorizó el Registro Sanitario INVIMA 2015M-0011333-R1 para el producto EVICEL Sellante de Fibrina Humana, y señaló que la forma farmacéutica es "Solución estéril para irrigación" con vía de administración "Epilesional".</p>	<p>Con relación al producto EVICEL® SELLANTE DE FIBRINA HUMANA se informa que el mismo se ubica en el grupo relevante ID 655 FIBRINOGENO[TROMBINA - Solución o suspensión inyectable, ya que el mismo será ajustado de acuerdo con la descripción FIBRINOGENO[TROMBINA - Solución o suspensión tópica con el objetivo de evitar confusiones.</p> <p>Así mismo se informa que este cambio solo impacta la descripción de la forma farmacéutica teniendo en cuenta que el cálculo del VMR para este ID se realizó teniendo en cuenta la cantidad de mililitros contenidos en la presentación comercial y no la concentración de principios activos como se puede referenciar en el pie de página de la Resolución 3078 de 2019."</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1190	1	23/01/2020	202042300091172	Esther Bravo Muñoz	Clinica Medellín	Artículo 2. Campo de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud –EPS- y Entidades Obligadas a Compensar –EOC- que operan los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES.	-Por favor especificar si el alcance es para las Instituciones prestadoras de salud IPS.	No es claro si esta metodología también se aplica a las IPS.	Dadas sus apreciaciones, y considerando las observaciones realizadas por distintos actores respecto al tema, se informa que en el texto del proyecto de resolución se incorporará un inciso con el objeto de dar mayor claridad con relación a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a los cuales serán aplicables las disposiciones contenidas en este acto administrativo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1191	2	23/01/2020	202042300091172	Esther Bravo Muñoz	Clinica Medellín	Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos. Para efectos del recaudo y transferencia de los recursos de los presupuestos máximos de que trata esta resolución, cada una de las EPS creará cuentas maestras que se denominarán "Nombre EPS- Maestra de gestión del Presupuesto Máximo" y registrará las mismas ante la ADRES, en los términos y	Por favor especificar si estas cuentas maestras se manejaran de la misma forma para las IPS, en caso de que la EPS autoriza a la ADRES a realizar pago por giro directo.	No se menciona a las IPS cuando la EPS la autoriza para pago por giro directo.	Ante su observación es indispensable advertir que, el objeto de este acto administrativo no tiene como alcance la modificación de las disposiciones establecidas en las normas vigentes relacionadas con el giro directo, sino el desarrollo de una metodología para fijar un Presupuesto Máximo.  Sin embargo, considerando los comentarios realizados por distintos actores respecto al tema de los ahorros, y en virtud de un posible incentivo de barreras de acceso, este Ministerio informa que los artículos que hacen referencia a las cuentas maestras serán suprimidos del proyecto de resolución.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1192	3	23/01/2020	202042300091172	Esther Bravo Muñoz	Clinica Medellín	Artículo 12. Transferencia a del Presupuesto Máximo. La ADRES deberá transferir a las cuentas maestras que para tal fin hayan constituido las EPS, de forma mensual, el 100% de los recursos definidos en el anexo 6 de la presente resolución. La transferencia a se realizará dentro de los 10 días primeros días del mes según corresponda. La primera transferencia a del primer mes después de la aprobación	No es claro cómo será el seguimiento para que las EPS no superen el presupuesto máximo, cuando autoricen a las IPS recibir el pago por tecnologías NO PBS por giro directo.		<p>Con relación a la verificación de la gestión de los recursos del Presupuesto Máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso está enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia de los Presupuestos Máximos, la ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso e implementarlo, abarcando a Empresas Promotoras de Salud (EPS), proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso la ADRES genera alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el Presupuesto Máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del Presupuesto Máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, la ADRES realizará un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del Presupuesto Máximo; instancia que a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>No obstante, se debe reiterar que el objeto de este acto administrativo tiene como alcance el desarrollo de una metodología para fijar un Presupuesto Máximo por Empresa Promotora de Salud (EPS), y no la modificación de las normas vigentes referentes al giro directo.</p>
1193	4	23/01/2020	202042300091172	Esther Bravo Muñoz	Clinica Medellín	Con base en la información de las tarifas informadas de acuerdo a cada CUPS, LAS TARIFAS INCLUYEN LOS DISPOSITIVOS ESPECIALES que hacen parte de algunos procedimientos?	No es claro si dentro de los procedimientos queda incluido o no el valor del dispositivo.	Ejemplo: 857102 RECONSTRUCCION DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO VALOR EN RESOLUCION \$ 6.356.777,82.	<p>Respecto a su observación es indispensable advertir que, para efectos del cálculo de los valores de referencia de procedimientos se tuvo como base los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes a la misma; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.</p> <p>Teniendo en cuenta que los valores de referencia son una función de los valores observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados, así como el valor asumido por el suministro de la tecnología en salud al paciente; en el cual se encuentra inmerso, en aplicación del principio de integralidad, todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin excepción, necesarios e insustituibles para la prestación de los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>En consecuencia, los valores de referencia de los procedimientos incluyen lo facturado por los agentes recobrantes.</p>
1194	5	23/01/2020	202042300091172	Esther Bravo Muñoz	Clinica Medellín		Se requiere más claridad con respecto a las inclusiones y exclusiones que hacen parte de cada código CUPS, ejemplo: Estancia hospitalaria (días), honorarios médicos, anestesiólogo, ayudantía, instrumentación, equipos, ayudas dxs, etc.		<p>Conforme a lo mencionado en la respuesta anterior, es necesario señalar que los valores de referencia incluyen lo facturado y reportado por los agentes recobrantes a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), y por tanto, el valor asumido por la prestación de los servicios y el suministro de las tecnologías en salud para la atención integral del paciente.</p> <p>Sin embargo, se debe aclarar que este acto administrativo no corresponde a la cobertura de los servicios y tecnologías en salud listadas en el mismo, tal como lo hace la Resolución 3512 de 2019 "Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; sino que desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo por Empresa Promotora de Salud (EPS).</p> <p>Para finalizar, es preciso mencionar que, con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1195	6	23/01/2020	202042300091172	Esther Bravo Muñoz	Clinica Medellín	Cuando ustedes informan que el CUPS es de dos, tres o cuatro dígitos, quiere decir que todos los CUPS que se derivan de esa numeración quedan determinados por esa tarifa?	45 PROCEDIMIENTOS EN INTESTINO VALOR EN RESOLUCION \$ 5.840.615,00		<p>Respecto a su interrogante es preciso indicar que, considerando las observaciones realizadas por distintos actores respecto al tema, y con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR); los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En razón a lo anterior, se informa que la clasificación de los procedimientos será ajustada con el objeto de dar mayor claridad.</p> <p>Sin embargo, se debe tener en cuenta que los valores utilizados son una referencia para poder determinar los Presupuestos Máximos y provienen de la información de recobros/cobros reportada a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES); por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los demás agentes recobrantes.</p>
1196	7	23/01/2020	202042300091172	Esther Bravo Muñoz	Clinica Medellín	Cuando hay una complicación, se factura adicional lo derivado de la complicación o se rompe el paquete?			<p>Ante su observación es imprescindible reiterar que, el objeto de este acto administrativo tiene como alcance el desarrollo de una metodología para fijar un Presupuesto Máximo por Empresa Promotora de Salud (EPS), y no la modificación de aspectos relativos a la relación contractual entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); dichos temas se encuentran regulados por medio del Decreto 4747 de 2007, recogido por el Decreto 780 de 2016.</p>
1197	1	23/01/2020	202042300091192	Sandra Reyes Mejía	Pfizer	ANEXO 3 "listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo del presupuesto máximo",	No resulta claro cómo se establecerá el reconocimiento y pago de tecnologías que no cuentan con un comparador explícitamente definido en el ANEXO 3. Se cita el caso de Somatropina y Taliglucerasa y sus mercados relevantes.	<p>El ANEXO 3 corresponde a una lista explícita utilizada para el cálculo del Presupuesto Máximo. ¿Las tecnologías en salud que no estén relacionadas en esta lista no serán financiadas con cargo a presupuestos máximos? ¿Cuál será el mecanismo de financiación?</p>	<p>Antes de dar una respuesta más detallada a su pregunta, es preciso mencionar que, con el objeto de evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, respecto a sus observaciones es necesario señalar que el proyecto de resolución no corresponde a la cobertura de los servicios y tecnologías en salud listadas en el mismo, tal como lo hace la Resolución 3512 de 2019 "Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"; sino que desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo.</p> <p>Adicionalmente, es preciso indicar que la metodología del Presupuesto Máximo incluye en el delta los medicamentos recobrados/cobrados en las vigencias 2015 a 2018, razón por la cual toda la oferta farmacéutica disponible en el país, autorizada por la entidad competente, ya se encuentra cubierta; ya sea con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) o al Presupuesto Máximo, a excepción de los servicios y tecnologías en salud NO financiados con cargo a dicho Presupuesto.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, para el caso de los servicios y tecnologías en salud que no están expresadas de manera explícita, se debe advertir que ya se encuentran financiadas independientemente de su mecanismo de financiación; por lo tanto, deben ser garantizadas para los ciudadanos que así lo requieran, de acuerdo con el criterio de prescripción del médico tratante.</p> <p>Para finalizar, en el caso de la Somatropina, se informa que se hará una revisión de la existencia de Registros Sanitarios vigentes y, en caso de ser necesario, se realizará el ajuste respectivo.</p>
1198	1	23/01/2020	202042300090552 202042300090682	Fabián Enrique Castellanos Molina	Nutricia	GENERAL	<p>Dentro del documento se propone crear u organizar secciones independientes para separar los requisitos de APMES de aquellos requisitos para medicamentos, pues aparecen mezclados en diferentes artículos o capítulos, por ejemplo:</p> <p>Capítulo 1: artículo 21, artículos 22 al 25, artículo 26</p> <p>Título III: artículos 18 y 19</p>	<p>Al mezclar estas dos categorías tan diferentes (unos son alimentos, los otros son medicamentos) se puede generar confusión o inducir a error al lector. Los APME son alimentos, así que técnica y regulatoriamente, son diferentes a los medicamentos. Cada uno tiene su propio marco normativo y reglamentos en Colombia, siendo así es deseable que aparezcan en capítulos o secciones aparte y claramente diferenciadas dentro del documento.</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1199	2	23/01/2020	202042300090552 202042300090682	Fabián Enrique Castellanos Molina	Nutricia	Anexo 4	<p>Establecer una clasificación de grupos para los APME es complejo debido a la amplia variedad de productos de soporte nutricional requeridos por personas con diferentes condiciones de salud. Este listado de grupos relevantes be estar alineado y ser consistente con los criterios técnicos para los APME usados por la SEAB-INVIMA para sus evaluaciones, así mismo con la regulación o normatividad internacional sobre los APME. Consideramos necesario revisar y construir nuevamente este listado, a través de una mesa técnica de expertos en diferentes áreas de conocimiento: nutricionistas, químicos, médicos especialistas, economistas, ingenieros de alimentos, entre otros. También es importante la participación de las diferentes partes interesadas: industria, academia, gobierno, ONGs, asociaciones médicas y de pacientes, entre otros. Siendo así, consideramos que se requiere una mesa técnica de expertos para revisar y construir nuevamente este listado de categorías.</p>	<p>Los valores de referencia (que son la base del cálculo del PM) pueden presentar errores en su cálculo estimado para cada grupo relevante de APME, por las siguientes razones:</p> <p>1. En Colombia no existe una regulación, hasta el momento, que establezca las diferentes categorías de APMEs, su clasificación y requisitos particulares. Por tal razón, los nombres de los alimentos otorgados a través de los registros sanitarios del INVIMA no siempre indican ni sirven para establecer la categoría estipulada en el presente proyecto. Aunque se ha hecho un intento por definir estas categorías desde hace algunos años, el INVIMA únicamente cuenta con un documento guía donde establece los criterios técnicos para las presentaciones de APMEs ante la SEAB. Dichos lineamientos se han aplicado desde el 2018 en adelante, sin embargo, no tienen carácter vinculante por no haber sido adoptados a través de resolución o decreto. Por otra parte, los registros sanitarios de APMEs concedidos en 2017 y años anteriores (con vigencia de 5 años) no siguen ningún tipo de clasificación con respecto a los nombres o categorías de APMEs. Esto quiere decir que existen registros vigentes de alimentos APMEs que no siguen los lineamientos del INVIMA, ni están obligados, hasta tanto no culmine su vigencia y sea necesario renovarlos (2020-2022).</p> <p>2. Esta clasificación (APME) es nueva a nivel del INVIMA como se menciona anteriormente y se está aplicando desde el 2018, momento en el cual los productos están siendo sometidos a la</p>	<p>En la actualidad tenemos 152 alimentos para propósito médico especial parametrizados para su prescripción a través de MIPRES; es cierto, que cada uno de estos son productos sumamente especializados y de gran importancia para la terapia nutricional, que además brindan alternativas completas a los grupos de soporte nutricional en el ámbito clínico, siendo estos equipos de expertos profesionales quienes al final del día definen cual será el producto y/o terapia nutricional que responde a las necesidades específicas de cada paciente.</p> <p>En este sentido, es importante mencionar que para el proceso que actualmente adelanta este Ministerio, relacionado con la definición del Presupuesto máximo anual para los regimenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.</p> <p>Es así, que este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.</p> <p>Finalmente, con la precisión dada respecto al ejercicio que adelanta este Ministerio, el punto de corte para la clasificación de las fórmulas para soporte nutricional en normo o hipercalóricas fue definido basado en la literatura actual disponible sobre soporte nutricional enteral, que en su mayoría menciona rangos amplios en el aporte de calorías por mililitro para esta clasificación, por lo que el Ministerio a partir de estos rangos estableció un punto de corte.</p> <p>Ante la consideración del numeral 4, se responde: Se precisa que para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto esta medida no se constituye per se en una regulación de precios por cuanto para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene toda la cadena agregada de valor del medicamento, es decir valores adicionales correspondientes a la distribución, dispensación, logística, gastos de administración y contempla los diferentes tipos de contratación entre los agentes. Los valores reportados a la ADRES en el periodo de estudio contemplan todas las variables como producción, envase, transporte, comercialización y dispensación final por tanto estas variables ya se encuentran consideradas dentro del valor del cálculo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1200	1	23/01/2020	202042300090722	Ana Beatriz Osorio	Laboratorios Blaskov Ltda	resolución 3078 de 2019	solicitar una aclaración respecto a la resolución 3078 de 2019, ya que se ha venido presentando confusión con nuestros clientes, referente a varios productos que manejamos y que al hacer los cálculos, nos dan unos precios, que no son aceptados por ellos. Por favor nos aclaran lo señalado en amarillo, si aplica para productos estériles y no estériles y nos confirman si el valor total obtenido está correcto Aciclovir ungüento oftálmico estéril. No es claro si se refiere a uso tópico NO estéril, ya que dice cremas o geles o ungüentos o pomadas o pastas o jaleas. Caja x 1 Frasco x 10g \$2.220 Gentamicina ungüento oftálmico estéril. No es claro si se refiere a uso tópico NO estéril, ya que dice cremas o geles o ungüentos o pomadas o pastas o jaleas. Caja x 1 Frasco x 10 g, \$16.512		Con relación a su consulta, se informa en primer lugar que las Resoluciones 243, 738, 3078 y 3514 de 2019 de este Ministerio, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Dicha metodología, no pretende establecer un precio en el mercado, partiendo de las diferencias metodológicas entre la definición del VMR y la de la regulación de precios de medicamentos por parte de la CNPMDM, entre las cuales se encuentra la fuente de información, como lo es el reporte realizado en SISMED, el cual corresponde a la venta de medicamentos a nivel nacional (precios) y la base de recobros la cual recoge información de prestaciones de servicio en salud con tecnologías no financiadas con recursos de la UPC. Referente al cálculo del VMR de los medicamentos referenciados en la consulta se sugiere respetuosamente que se descargue el Anexo Técnico de la Resolución 3078 de 2019 en formato Excel que se encuentra en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social en el link <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx</a> y una vez descargado, se actualicen los valores teniendo en cuenta la meta de inflación establecida por el Banco de la Republica que para el año 2020 se puede consultar en el link: <a href="https://www.banrep.gov.co/es/junta-directiva-del-banco-republica-reitera-su-meta-inflacion-mediano-plazo-se-mantiene-3">https://www.banrep.gov.co/es/junta-directiva-del-banco-republica-reitera-su-meta-inflacion-mediano-plazo-se-mantiene-3</a> . El presente concepto tiene los efectos determinados en el Artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, sustituido por el Artículo 1 de la Ley 1755 de 2015.
1201	1	23/01/2019	202042300090732	Adriana Pineda Montenegro	Adriana Pineda Montenegro		si las tecnologías de salud financiadas con cargo al presupuesto máximo van a tener copagos y moderadoras.		En torno a su interrogante se aclara que efectivamente a las tecnologías en salud y servicios financiados con cargo al presupuesto máximo se les deberán aplicar las cuotas moderadoras y los copagos, según el régimen que corresponda.  En este orden, para dar mayor precisión al contenido de la resolución y teniendo en cuenta los considerandos expuesto en el proyecto publicado, se está evaluando la posibilidad de la inclusión de un artículo en el especifique que las tecnologías objeto de la Resolución les será aplicable las cuotas moderadoras y copagos, en cada caso.
1202	1	23/01/2020	202042300091242	Juan David Hernández Ortiz	MERCK SHARP & DOHME COLOMBIA SAS (MSD)	Nuevo artículo	Establecer una fecha clara y específica para la cancelación de las deudas pendientes de recobros anteriores al inicio de esta resolución ya que a la fecha no se han cancelado al 100% (pagos complementarios pendiente de ser cancelados) Lo anterior se sobrota en el hecho que, no haría mucho sentido comenzar a pagar una prima mensual para cubrir los NO PBS futuros in haber saneado las deudas viejas o por lo menos tener un plan de pagos con fechas y montos claros.	En la medida que, el proyecto de Resolución se enfoca en la gestión y financiamiento de 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 Propósitos Médicos Especiales - APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios, es necesario que se establezca en su articulado una fecha clara y específica que permita atender las deudas antiguas del sistema de salud con los diferentes actores del mismo. De no hacerlo, el sistema se soportaría en viejas deudas no pagadas que terminarían por desajustar los presupuestos de los presupuestos máximos anuales para ambos regímenes y la prestación oportuna y suficiente de los servicios de salud de cara al paciente	El propósito del presente proyecto normativo es el de establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS, para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud no cubiertas con la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivos e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.  El desarrollo del presente proyecto normativo no puede supeditarse a la superación de la deuda actual, sin que esto signifique que la misma no tenga la atención requerida Se menciona además que la presente iniciativa da respuesta, entre otros, al mandato del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 " Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", que precisa: "ARTÍCULO 240. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. 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 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada contemplado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015. En todo caso, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y remitirán la información que este requiera. La ADRES ajustará sus procesos administrativos, operativos, de verificación, control y auditoría para efectos de implementar lo previsto en este artículo. PARÁGRAFO. Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC".

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1203	1	23/01/2020	202042300092362	Carmén Irene Gómez Díaz	Clínica Isnor		En el anexo de medicamentos no están incluidos los medicamentos de uso en salud mental		<p>Respuesta 1: Sobre su señalamiento de que "En el anexo de medicamentos no están incluidos los medicamentos de uso en salud mental (...)", inicialmente debe conocer que en el proyecto de resolución de Presupuestos Máximos el Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>De otra parte, la metodología de Presupuesto Máximos tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios; para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio de 2019. No obstante, para efectos del Q inicial se tomó la vigencia 2018 por contener la información más completa, correspondiente a todos los cobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas). Esta información incluye el comportamiento de los medicamentos y procedimientos objeto de recobro, relacionados con el manejo de la salud mental en sus diferentes ámbitos, en lo no cubierto por el PBS-UPC.</p> <p>También vale advertir, que los medicamentos que no fueron recobrados a la ADRES en 2018, fueron considerados para establecer los valores de referencia en sus cantidades y valores para las vigencias 2015 a 2017, sin embargo, no se encuentran descritos en el Anexo 3.</p> <p>Finalmente, en procura de garantizar la mayor información posible para el cálculo de Presupuestos Máximos, se identificaron en el primer semestre de 2019 tecnologías en salud recobradas sin precedente de recobro en los años mencionados, las cuales se incorporaron en el presupuesto máximo definiéndose un valor de referencia.</p>
1204	2	23/01/2020	202042300092362	Carmén Irene Gómez Díaz	Clínica Isnor		En los procedimientos no está incluido el manejo intramural ni ambulatorio de adicciones (problemática grave en el país en niños y adultos)		<p>Respuesta 2: En atención a su planteamiento sobre "En los procedimientos no está incluido el manejo intramural ni ambulatorio de adicciones (...)", en primer lugar, vale señalar que el riesgo derivado de la atención en salud mental debe ser atendido a través del mecanismo de protección colectiva (PBS-UPC), que incluye el tratamiento intramural o ambulatorio, con alcance al tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas (incluye alcohol) para los menores de 18 años.</p> <p>Ahora bien, debe considerarse que para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información histórica, al interior de la cual se encuentran inmersos los diagnósticos relacionados con la carga de enfermedad, por lo que en esta vía, contempló todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, incluyendo los medicamentos y procedimientos asociados al manejo de salud mental.</p> <p>Tenga en cuenta además, que en el proyecto de resolución están consideradas las diferentes situaciones relacionadas con las condiciones que deben cumplirse en los casos de las tecnologías financiadas con cargo al Presupuesto Máximo (artículo 18), las tecnologías que no hacen parte del Presupuesto Máximo (artículo 19) y las tecnologías que eventualmente pueden ser objeto de recobro/cobro a La ADRES (artículo 20).</p>
1205	1	23/01/2020	202042300092352	Mario Andrés Camacho Correa	Valentech for life	COMENTARIOS GENERALES	<p>En segundo lugar, y de manera más relevante, nos genera una inmensa preocupación, el hecho de que las enfermedades huérfanas no sean mencionadas ni una sola vez dentro el texto del Proyecto, dejando a la interpretación y a la subjetividad de autoridades, entes de control, administrados y demás; cabe resaltar, que la Ley Estatutaria de la Salud genera un refuerzo y un trato diferencial frente a las enfermedades huérfanas, por lo que resulta no solo pertinente sino supremamente necesario, que en el Proyecto se haga claridad y distinción entre el articulado que aplica para patologías comunes y las que aplican para patologías especiales como las de las enfermedades huérfanas.</p> <p>Consideramos entonces que el Proyecto genera una serie de tratos inequitativos y peligrosos, que resultan no solo contraproducentes con el propósito establecido por la Ley Estatutaria frente al tratamiento de pacientes con enfermedades huérfanas, sino contraria también a la Constitución Política al generar barreras que afectan directamente la salud y la vida de estos mismos pacientes. En efecto, la Ley 1751 de 2015, establece en su artículo 11 que: "Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, <b>personas que sufren de</b></p>	<p>Como se observa, la Ley en comento no solo estableció la salud como un derecho fundamental, sino que, además, fue enfática en señalar que la atención de pacientes de enfermedades huérfanas no deberá ser limitada por ningún tipo de restricción administrativa, contrario a lo que pareciera se pretende de manera indirecta a través del Proyecto.</p> <p>Establecer presupuestos máximos para tecnologías no incluidas en el Plan Básico en Salud (PBS) implicaría para las EPS tener que restringir su capacidad para poder dar cobertura de medicamentos a pacientes de alto costo como los de enfermedades huérfanas; así, la consecuencia inmediata de esto será que las EPS evitarán a toda cosa atender y recibir a esta población de especial protección y cuyos tratamientos son considerados de alto costo (condición propia de medicamentos altamente especializados para patologías supremamente complejas), imponiendo para ello nuevas barreras burocráticas y administrativas que terminarán por agravar el estado de salud de estos pacientes, y haciendo todo en su poder para que las acciones judiciales donde los pacientes pretenden reclamar su derecho a la salud sean desestimadas, o no acatadas.</p> <p>Por tanto, el Proyecto lo que generaría sería un trato inequitativo entre pacientes con patologías de bajo costo, versus pacientes de enfermedades huérfanas y de alto costo, puesto que al limitarse el campo presupuestal de las EPS para atender en ambos regímenes los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la unidad de pago</p>	<p>Atendiendo la observación el Ministerio incluirá un artículo específico que trate de la financiación de medicamentos para enfermedades huérfanas, con la precisión de que los medicamentos en las indicaciones para el tratamiento de enfermedades huérfanas que se venían suministrando en la vigencia anterior a la del presupuesto máximo de cada vigencia, se financiarán con recursos de presupuestos máximos.</p> <p>Los medicamentos que requieran las personas que sean diagnosticadas con una enfermedad huérfana durante la vigencia del Presupuesto Máximo (por primera vez) será asumida por parte de La ADRES, para lo cual se desarrollaron lineamientos específicos, en atención a las observaciones realizadas por los actores, dentro de las que se citan el requisito previo de que el apiente deb estar reportado en SIVIGILA y que la IPS que realiza el diagnóstico debe garantizar el tratamiento por el primer mes, presentar el cobro a la EPS correspondiente y ADRES hará giro directo. Para meses subsiguientes ADRES hará tranferencia de recursos a la EPS para garantiza rla continuidad de la atención.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
1206	2	23/01/2020	202042300092352	Mario Andrés Camacho Correa	Valentech for life	COMENTARIOS GENERALES	<p>En tercer lugar, no se puede desconocer una realidad histórica del sistema de salud en Colombia, y es el hecho de la no apropiada gestión de recursos públicos destinados para la salud que han realizado innumerables EPS a lo largo de los años, lo que ha desembocado en la crisis de atención a pacientes que sufre hoy el país debido a sonados y diversos casos de corrupción.</p>	<p>No en vano de lo anterior, el actual superintendente de salud ha manifestado reiteradamente la situación de corrupción en ineficiencia que viven más del 50% de las EPS del país2, además de un plan de dicha entidad para depurar la cantidad de EPS en Colombia por motivos de las reiteradas quejas y fallas en la prestación del servicio que presentan3. Entonces preguntamos de forma respetuosa al MSPS, ¿son a estas EPS a las cuales el Estado les encargará la gestión de sus propios recursos? ¿no sería esta una medida que ayudaría en sentido negativo a colaborar con la corrupción que presentan tantas EPS en el país y que repercuten directamente en los pacientes? Y es que lo anterior también podría devenir en que por ahorrar recursos y no llegar al "techo" presupuesto impuesto por el MSPS, las EPS dejen de prestar servicios a pacientes con terapias de alto costo o que simplemente como ha demostrado la experiencia en el país, los dineros terminen siendo usados de forma ilegal y en contra de los derechos fundamentales a la salud y a la vida de miles de usuarios del sistema. Lo anterior igualmente fomentado por incentivos que otorga el Proyecto en comentario para el ahorro de recursos (numeral 2, artículo 13).</p>	<p>El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>El propósito de la mencionada disposición normativa (artículo 240) consiste, entonces, en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>En atención a sus comentarios se hacen precisiones en el texto orientadas a que los recursos de presupuestos máximos deben gestionarse por las EPS en calidad de responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento en salud y consecuentemente, directas encargadas de la óptima utilización de los mismos.</p> <p>También se aclara que los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS. El ministerio diseñará mecanismos de ajuste ex - post para incentivar el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud</p> <p>Adicionalmente se tiene previsto el desarrollo e implementación, por parte de ADRES, del 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, como se expone en el artículo 40 del presente proyecto normativo.</p> <p>Todo lo anterior sin perjuicio de la facultad de inspección, vigilancia y control que la superintendencia Nacional de Salud ejerza según sus competencias</p> <p>Ahora bien, en relación con el tema de ahorros y en virtud de la observación de un posible incentivo de barreras de acceso le comunico que se acoge la solicitud sobre el tema de los ahorros y en tanto lo anterior el ítem 2 se eliminará.</p>	
1207	3	23/01/2020	202042300092352	Mario Andrés Camacho Correa	Valentech for life	COMENTARIOS GENERALES	<p>Por último, y en línea con lo anterior, vemos con preocupación que el proyecto crea una serie de incentivos perversos, como por ejemplo pero sin limitarse a, los siguientes:</p> <p>1. El incentivo al ahorro (a costa de la salud de los pacientes): un mayor ahorro le generará superiores márgenes a las EPS, poniendo en riesgo la calidad del servicio. 2. Valores de referencia bajos: se incentivaría al mayor consumo de procedimientos y medicamentos, simplemente para mantener o aumentar los presupuestos máximos del siguiente periodo. 3. Se incentiva a las EPS a no dar acceso a terapias innovadoras, ya que sus gastos no van a ser reconocidos en el periodo siguiente, como ya ha pasado en repetidas ocasiones en el pasado. Así, pareciera que en cada periodo, con la fórmula que propone el Proyecto, se van a ajustar con los del periodo más reciente. Pero si no se reconocen los gastos, las EPS no van a volver a arriesgarse, poniendo así en riesgo al acceso de los pacientes a dichas terapias.</p>	<p>En suma de todo lo anterior, hacemos un llamado urgente al MSPS no solo para que respete el derecho de los interesados y afectados por el Proyecto a presentar comentarios adecuados y sustentados dentro de un periodo de tiempo prudente, por tratarse de un tema de suma relevancia para los ciudadanos, sino para que además revalúe los mecanismos que está planteando los cuales podrían eventualmente desembocar en un agravante a la crisis de la salud en Colombia por otorgar los recursos de la salud a actores que históricamente y en la mayoría de los casos han sido usados de forma indebida.</p>	<p>Punto 1</p> <p>Como se mencionó en párrafos anteriores, en relación con la solicitud de modificar lo concerniente al tema de ahorros y en virtud de la observación de un posible incentivo de barreras de acceso, que se acoge la solicitud sobre el tema de los ahorros y en tanto lo anterior el ítem se eliminará.</p> <p>Se señala que se incorporará en el texto un inciso del artículo con el fin de realizar ajustes ex post por resultados en salud en el marco de la integralidad de la prestación de servicios es decir integrando las fuentes de financiación pues los resultados en salud son el resultado de un conjunto de acciones que no dependen exclusivamente de esta fuente de financiación</p> <p>Punto 2</p> <p>Los valores de referencia son calculados basados en información histórica de los recobros/cobros realizados por cada EPS a la ADRES. Se precisa que para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto esta medida no se constituye per se en una regulación de precios por cuanto para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene toda la cadena agregada de valor del medicamento, es decir valores adicionales correspondientes a la distribución, dispensación, logística, gastos de administración y contempla los diferentes tipos de contratación entre los agentes.</p> <p>Adicionalmente la metodología contempla la exclusión de valores atípicos en el anexo 2 para eliminar las posibles desviaciones en relación con los valores de cada grupo relevante.</p> <p>Punto 3</p> <p>No se acepta la observación, pues como claramente se expresa en el artículo 20 del presente proyecto normativo, los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC, diferentes a los que son objeto de la presente resolución, continuarán siendo garantizados a los afiliados al bajo el principio de integralidad, y su reconocimiento y pago se efectuará en los términos de la Resolución 1885 de 2018 de este Ministerio o la norma que la modifique o sustituya, hasta tanto se concluya con los análisis para la definición de su presupuesto máximo.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1208	4	23/01/2020	202042300092352	Mario Andrés Camacho Correa	Valentech for life	COMENTARIOS ESPECÍFICOS	Frente al contenido específico del Proyecto, nos preocupa que aparentemente el texto del mismo está en línea con el mandato del MSPS de tener la calidad de la salud como prioridad para dicha entidad, pero al ver los artículos específicos del Proyecto, no se indica cómo se va a medir, si es que se va a medir, esta calidad.  Así por ejemplo, encontramos en el texto indicaciones como la que se lee a artículo 3° donde se indica: "En ningún caso, el cumplimiento del Presupuesto Máximo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio"; o lo que se observa a artículo 15 "En todo caso las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud" y "deben ser garantizados de manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua por las EPS o las entidades que hagan sus veces, tanto al paciente hospitalizado, como el ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional de la salud tratante".	Las anteriores, son afirmaciones muy válidas que, desafortunadamente van en contravía del resto del texto que se está proponiendo, porque en este se está incentivando únicamente al ahorro y a la sostenibilidad, sin establecerse ningún indicador o metodología que mida la calidad de prestación o de resultados de servicios en salud. En otras palabras, solo se está midiendo el cumplimiento del presupuesto y no la medición de "la prestación del servicio", o de la "manera efectiva, oportuna, ininterrumpida y continua". Esto daría a entender que el objetivo real del proyecto es la sostenibilidad del sistema, sin tener en cuenta los resultados en salud, lo que resulta abiertamente inconstitucional e ilegal frente a lo establecido por la Ley Estatutaria de la Salud y del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.	Atendiendo la observación se reitera lo expuesto en párrafos anteriores mencionando que los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS. Para tal efecto el ministerio podrá diseñar mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud, teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. También respecto al ahorro se reitera que se suprime el numeral 2 del artículo 13
1209	5	23/01/2020	202042300092352	Mario Andrés Camacho Correa	Valentech for life	COMENTARIOS ESPECÍFICOS	Así mismo, en el numeral 2 del artículo 18 se habla de medicamentos "no superior terapéutica o clínicamente", cuya demostración será presentada por el interesado para "su posterior verificación por parte del IETS", y que "entre tanto se surte la verificación de superioridad... el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo"; lo anterior es supremamente ambiguo ya que no hay tiempos estimados que le permitan ejercer al paciente sus derechos de acceso a servicios y tecnologías de la salud. Así, consideramos que debe especificarse este proceso de evaluación por parte del IETS con tiempos e indicadores que permitan tanto al paciente como a entes de control poder hacer seguimiento y vigilancia frente a los operadores de salud.	En relación a los medicamentos que no estén incluidos en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, el numeral IV del artículo 19, los considera no financiados con cargo a presupuestos máximos, previendo que irán por recobro/cobro en los términos que define ADRES, o asumidos por la EPS. Se advierte, que atendiendo observaciones de diferentes actores se contempló hacer precisiones al proyecto en el sentido de puntualizar que 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 de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015. Hasta tal verificación la tecnología será financiada con recursos de presupuestos máximos y el IETS dispondrá de tres (3) meses para realizar tal evaluación.  Este Ministerio considera fundamental definir la financiación que tendrán los medicamentos no incluidos en las normas farmacológicas del país, según los resultados de la evaluación, si es inferior tendrá trámite de exclusión, si es equivalente o superior con demostración de ahorro (reduce eventos adversos, evita reincidencias, reducción de días de internación, entre otros), se financiará con presupuestos máximos y si es superior sin ahorro, el Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la fracción adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por compra centralizada o por riesgo compartido.  Finalmente, definir una fecha para la puesta en marcha de la reglamentación del artículo 72 en mención, supera el alcance del presente proyecto normativo	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1210	6	23/01/2020	202042300092352	Mario Andrés Camacho Correa	Valentech for life	COMENTARIOS ESPECÍFICOS	Por otro lado, el Artículo 19 habla de "Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo". Señalamos que aquí se están mezclando dos tipos de procedimientos: Unos que, creemos, se seguirían financiando como se hace actualmente (como el caso de los medicamentos vitales no disponibles usualmente generados en tratamiento de patologías huérfanas), y otros, que al no entrar dentro del Presupuesto Máximo, serían decisión de cada EPS cubrirlos o no, sin tener derecho a "reembolsos", como las tecnologías excluidas. Nos parece muy peligroso que estén bajo la misma categoría los anteriores dos procedimientos dado que los medicamentos en listado de Vitales No Disponibles no van a entrar dentro del Presupuesto Máximo, ni dentro de los mecanismos actuales de financiación, afectando así el acceso a los pacientes a medicamentos urgentes y vitales como lo dice su denominación.		<p>El artículo 19 precisa los casos en los cuales no aplica la financiación con presupuestos máximos. Para el ejemplo específico de medicamentos vitales no disponibles, es claro el numeral 1 del artículo 19 que no se financian con recursos de presupuestos máximos aquellos que no tengan valor de referencia. Por lo tanto, los restantes, es decir, que no sean financiados por UPC ni sean explícitamente excluidos, serán financiados por recobro/cobro, hasta tanto se concluyan los análisis para la decisión de su inclusión en la financiación con presupuestos máximos, como esta descrito en el artículo 20 del presente proyecto normativo.</p> <p>Con lo ilustrado se concluye que están perfectamente definidas las fuentes de financiación a aplicar según cada caso y nunca puede ser potestativo de la EPS la decisión de garantizar o no una tecnología en salud que haya sido prescrita a un paciente</p>
1211	7	23/01/2020	202042300092352	Mario Andrés Camacho Correa	Valentech for life	COMENTARIOS ESPECÍFICOS	Igualmente el Artículo 27 habla de fórmulas magistrales; debido a la falta de claridad, nos parece que están incentivando a las EPS a favorecer las preparaciones magistrales, las cuales en muchos casos al no contar con estudios clínicos, pueden tener riesgos para la salud. Esto nos remite al punto ya mencionado, donde solo se están midiendo ahorros y no resultados en salud.		<p>No se acepta. El artículo 27 del Proyecto de Resolución menciona: "Artículo 27. Fórmulas magistrales. Las EPS definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman. En todo caso deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces."</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que las EPS deberán definir la financiación de la preparación magistral teniendo en cuenta la fuente de financiación de los principios activos, por ejemplo si en una misma preparación fuera necesario la incorporación de un principio activo financiado con recursos de la UPC y uno no financiado con los mismos, será la EPS quien determine la vía de financiación de cada uno, garantizando de esta manera la prestación del servicio. Así las cosas, no se estaría incentivando a la EPS a favorecer preparaciones magistrales teniendo en cuenta que esto es parte de la autonomía médica y será prescrito así, solo si el profesional de la salud prescriptor lo considera necesario.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1212	8	23/01/2020	202042300092352	Mario Andrés Camacho Correa	Valentech for life	COMENTARIOS ESPECÍFICOS	<p>En la metodología para la determinación del valor de referencia nos quedan las siguientes dudas:</p> <p>1. Respecto a los APMES, se define grupo relevante como "conjunto de alimentos para propósito medico especial que tienen características similares en su composición calórica, concentración y especificidades de los macro y micronutrientes, así como el uso específico". Esto es, de nuevo, altamente ambiguo, y deja como un criterio subjetivo el valor de referencia. Creemos entonces que los criterios para el valor de referencia de las APMES deben ser objetivos y sin lugar a interpretaciones ambiguas.</p> <p>2. Creemos que los Vitales No Disponibles han sido una valiosa herramienta para proveer acceso a medicamentos de bajo interés para las farmacéuticas tradicionales, particularmente en el caso de las enfermedades huérfanas. Así mismo creemos que deben aclararse como se incluyen estos mecanismos especiales dentro del Proyecto. Nos surgen cuestionamientos específicos como:</p> <p>1. ¿Cómo se mide la cantidad de oferentes en los vitales no disponible?</p> <p>2. ¿Cuál es el periodo de tiempo de referencia?</p> <p>3. ¿Si hubo una importación hace un año, cuenta cómo oferente?</p>		<p>En cuanto a su apreciación sobre la definición de APME, vale la pena señalar que si bien en el artículo 3 del proyecto de resolución se incluye una definición de grupos relevante para APME, la misma es desarrollada ampliamente en la metodología descrita en el presente proyecto normativo , donde se presenta de manera detallada las agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; vale señalar que con base en esta metodología para APME, no se hacen cálculos a nivel de producto ni presentación comercial. Por último, es importante mencionar que en el enlace <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> está la información necesaria para replicar la metodología del modelo Económico.</p> <p>Sobre sus dudas acerca de los medicamentos vitales no disponibles, según lo dispuesto en el artículo 19 y 20 del proyecto de resolución, estos medicamentos no serán financiados con presupuestos máximos si no tienen definido un valor de referencia. Si así fuere se financiarán por la vía del recobro/cobro según las disposiciones de ADRES al respecto.</p> <p>Sobre los medicamentos para enfermedades huérfanas, se reitera la inclusión de una disposición específica la que se ilustró en la respuesta al comentario 2</p> <p>Finalmente, respecto de las preguntas específicas respecto de vitales no disponibles: "1. ¿Cómo se mide la cantidad de oferentes en los vitales no disponible?, 2. ¿Cuál es el periodo de tiempo de referencia? y 3.¿Si hubo una importación hace un año, cuenta cómo oferente?" las misma exceden el alcance del presente proyecto normativo. ☹</p>
1213	9	23/01/2020	202042300092352	Mario Andrés Camacho Correa	Valentech for life	COMENTARIOS ESPECÍFICOS	<p>Por otro lado, manifestamos preocupación frente a lo preceptuado en el artículo 13 , numeral 3, donde se establece que, para solicitar revisión o ajuste del presupuesto máximo, la EPS debiera demostrar "que en cada caso que adelnató la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema general de Seguridad Social en Salud" . Esta disposición puede traer como consecuencia una avalancha de negaciones y oposiciones por parte de los prestadore de salud a la hora de suministrar a pacientes sus medicamentos y procedimientos debidamente formulados por el medico tratante, ya que lo que buscarían las EPS es que, mediante procesos judiciales, se haga creer de forma artificiosa al Minsiterio de Salud de que el presupuesto asignado no es suficiente, afectando en ultimas a los apcientes al imponer barreras innecesarias en la prestacion del servicio de salud.</p>		<p>Toda vez que el cálculo de los valores de referencia consideraron la información de la base de recobros/cobros de ADRES incluida la información del gasto generado por tutelas , el valor a transferir a cada EPS por presupuesto máximo exige a las EPS una clara actividad de defensa judicial y haya acudido a todas las etapas en ejercicio del debido proceso, en caso contrario queda a riesgo de la EPS. Advierte el presente proyecto normativo que si hay riesgo de superación de preupuestos máximos, el analisis que requiere tal situación por cada EPS obliga a evaluar su gestión integral incluida la de defensa de fallos judicial.. Dispone el proyecto de acto normativo que la adcuada defensa judicial es uno de los elementos a consdierar dentro del analisis de riesgo de superación de presupuestos máximos, que se realice. ☹</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1214	10	23/01/2020	202042300092352	Mario Andrés Camacho Correa	Valentech for life	COMENTARIOS ESPECÍFICOS	Finalmente, frente al anexo 4 del Proyecto que contiene el “Listado de los Valores de Referencia de Alimentos con Propósito Médico Especial- APME utilizados como referente para el cálculo del Presupuesto Máximo”, solicitamos de forma respetuosa al MSPS que haga claridad frente a la finalidad de dicho anexo, su alcance e implicaciones, y si aplica para TODA clase de fórmulas alimenticias sin importar las diferencias existentes entre sus compuestos y/o principios activos y excipientes, y usos terapéuticos específicos.		<p>Es de precisar al observante que el proyecto normativo tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME, así denominados en su registro sanitario, lo cual difiere claramente del término “formulas alimenticias”; de igual forma se exalta que no aplica para APME los términos compuestos, principios activos y excipientes.</p> <p>Para una mejor comprensión de la conformación de los grupos relevantes en esta tecnología en salud, se incluirá en la resolución definitiva la descripción de cada una de las categorías planteadas</p>
1215	1	23/01/2020	202042300092692	Diana Maria Ocampo Lopera	IPS CES Sabaneta	Anexo 5 listado de los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios: ID 21, CUPS 940701, ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLÓGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	<p>No queda claro en el ítem si el costo es por la aplicación de UNA prueba o por la aplicación de la evaluación neuropsicológica completa (protocolo que incluye al menos 4 pruebas de inteligencia, memoria, atención, función ejecutiva, entre otras). Esta descripción da a malinterpretaciones que pueden generar inconvenientes en la forma como se factura el servicio ante las EPS, pues éstas pueden interpretar que el valor es por toda la administración de pruebas, sin importar el número de pruebas que se aplique. En este sentido se propone que la administración tenga un mayor costo que cubra efectivamente la aplicación completa de las pruebas que implica la evaluación neuropsicológica, o de lo contrario especificar que el valor es solo por la aplicación de UNA prueba y que deben ser autorizadas varias, de acuerdo a los protocolos de evaluación que requiera el paciente.</p>	<p>La administración de prueba neuropsicológica tiene como objetivo identificar el funcionamiento y nivel de desarrollo de los procesos cognitivos como la inteligencia, el pensamiento, la memoria, la atención, la función ejecutiva y el lenguaje. Este proceso implica la aplicación de un protocolo de evaluación que incluye diversas pruebas que se ejecutan mediante base teórica y rangos de comparación estandarizados en la población colombiana, las cuales tienen un alto costo solo en la adquisición de la prueba, sin contar con los costos de pago del profesional tratante. El valor propuesto en la resolución no permite cubrir el costo de la aplicación del protocolo y el pago del profesional acorde a su nivel de formación y experticia, lo que pone en riesgo la adecuada remuneración y dignificación de la profesión en el medio.</p> <p>Recomendamos tener comunicación con la Sociedad Colombiana de Neuropsicología para tener una referencia ajustada a la realidad de los costos de la evaluación en el contexto colombiano</p>	<p>Respecto al código CUPS 940701, ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA), el valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros.</p> <p>En este proyecto de resolución se realiza el cálculo de valores de referencia para uso exclusivo en la estimación de los presupuestos máximos, por tanto los valores de referencia no se constituyen per se en una regulación de precio, el cual será definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia dependen de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor, antes enunciados, con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la Ley 1966 de 2019.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1216	1	23/01/2020	202042300092562 202042300092632	Ángela Huertas Erazo	MALLAMAS	ANEXO 6 PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE LA VIGENCIA 2020 PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO – PRESUPUESTO MÁXIMO RECBROS MEDICAMENTOS, APME, PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	<p>1. Que se considere la modificación del Valor del \$ 19.513.770 asignado a la EPS-I MALLAMAS para el financiamiento de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago capitación en los componentes de medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales – APME, procedimiento y servicios sociales complementarios y se dictan otras disposiciones</p>	<p>En el Proyecto de Resolución no se evaluó las condiciones en las cuales no encontrábamos las EPS que Operábamos en el Régimen Subsidiado antes de la entrada en vigencia de la Resolución 2635 del 2014 “ Por la cual se define las condiciones para la operación de la movilidad entre regímenes” y es que no se consideró que desde que las EPS del Régimen Subsidiado operamos de manera excepcional bajo la figura de la MOVILIDAD en el Régimen Contributivo los afiliados se han ido incrementado cada año progresivamente como se evidencia en la siguiente tabla:</p> <p>Año Mes Afiliados 2014 Diciembre 221 2015 Diciembre 1982 2016 Diciembre 4948 2017 Diciembre 7281 2018 Diciembre 10637 2019 Noviembre 12994</p> <p>Por lo cual las prescripciones no son las mismas en el año 2014 al 2019 por la falta de afiliados y por ende se no estaría vulnerado el Derecho a la igualdad en el sentido que no se puede realizar un calculo en años en los cuales la EPS no tuvo afiliados o el número de ellos no permitía una radicación de Cobro o recbro adicionalmente por que el techo de presupuesto asignado no financieraria ni el 1% de nuestra población del régimen Contributivo que a la fecha tenemos y la cual va en incremento .</p> <p>Por lo cual solicitamos se revalúe el cálculo realizado con los años 2018 y 2019 en los cuales la EPS MALLAMAS tiene un número de afiliados representativos y se incremente el techo presupuestal máximos para el</p>	<p>Respuesta 1</p> <p>Respecto a su solicitud es necesario señalar que para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 para el régimen subsidiado, incluyendo la movilidad desde el régimen contributivo, este Ministerio solicitó directamente a las Entidades Territoriales y Empresas Promotoras de Salud (EPS) que operan en dicho régimen, la información de recobros/cobros correspondiente a las vigencias 2015 a 2019; para lo cual se habilitó la plataforma PISIS durante la última semana de septiembre de 2019 y se amplió el plazo de reporte hasta el 11 de octubre de 2019.</p> <p>De igual manera, se requirió a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) el reporte de tutelas del régimen subsidiado, conformando así una base final de servicios recobrados.</p> <p>Adicional a lo anterior, con relación al tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por Empresa Promotora de Salud (EPS) de origen, hacia un per cápita promedio nacional; eliminándose el Anexo 7 del proyecto de resolución sobre la estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>Por otra parte, es preciso indicar que la metodología de cálculo del Presupuesto Máximo no se desarrolló por persona sino por cantidades suministradas de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios; tal como se dispone en el proyecto de acto administrativo.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, no se considera procedente su requerimiento de reevaluar el cálculo e incrementar el Presupuesto Máximo que se transferirá a la Empresa Promotora de Salud Indígena (EPS-I) MALLAMAS para la vigencia 2020, en atención a las personas afiliadas.</p> <p>Respuesta 2</p> <p>Con referencia a su observación es importante recordar que no todas las prescripciones desembocan en el recbro/cobro de los servicios y tecnologías en salud suministradas a los pacientes; como consecuencia de ello, y en atención al artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, este Ministerio desarrolló la metodología de cálculo de los valores de referencia, y por ende, del Presupuesto Máximo, utilizando la información disponible tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado, la cual corresponde a una fuente oficial originada por el reporte de cada agente recobrante a la ADRES.</p> <p>Es necesario señalar que la información es precisa, válida y suficiente para efectos de la aplicación de la metodología propuesta en el proyecto de resolución, en razón a que las bases de datos muestran que al sexto mes de prestación del servicio se recobra (radica) cerca del 97% del valor respectivo; en otras palabras, los cálculos no arrojan un valor que difiera de la realidad.</p> <p>De igual manera, con relación al caso expuesto en su solicitud respecto a la información no radicada ante la ADRES, es indispensable advertir que la metodología establece el cálculo del IBNR (Incurred But Not Reported – Incurridos Pero No Reportados) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas, lo cual se traduce en la estimación de un valor desconocido; con ello se contempla el comportamiento de los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), independientemente de la Empresa Promotora de Salud (EPS) en la que se encuentran.</p> <p>Así las cosas, considerando las precisiones previamente mencionadas, no es procedente afirmar que no se puede calcular el Presupuesto Máximo para el régimen contributivo, con la base de datos de recobros/cobros reportados por los agentes recobrantes a la ADRES.</p> <p>Respuesta 3</p> <p>Ante su solicitud, y teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, es indispensable advertir que la información por usted referida se revisará trimestralmente, razón por la cual será fundamental el registro de la misma en las bases de datos de suministros y facturación de MIPRES; como también será esencial para definir los posibles ajustes que se sucedan, previo al cumplimiento de considerar los Valores Máximos de Recbro (VMR), la defensa adecuada de las tutelas, y la gestión integral de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y el Presupuesto Máximo en la contratación.</p> <p>Ahora bien, en relación con las enfermedades huérfanas se debe aclarar que desde la Ley 100 de 1993 todas las patologías están cubiertas; aspecto que la Ley Estatutaria recoge al declarar la salud como derecho fundamental.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1217	1	23/01/2020 24/01/2020	202042300092482 202042300094442	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 9. Definición del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 por cada EPS para el Régimen Contributivo . El Presupuesto máximo de cada EPS será el resultado de sumar la aplicación de las metodologías de cálculo de Presupuesto Máximo para Medicamentos, APME y Grupo Relevante Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios del Régimen Contributivo , que corresponde a	En el Anexo 6, se registra el presupuesto máximo por EPS de la vigencia 2020 para el Régimen Contributivo, para Capital EPS-S se registra un valor de \$1.257.332.209. No se presenta el Presupuesto Máximo para el re-conocimiento de cobros por concepto de medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios para el REGIMEN SUBSIDIADO.	Capital Salud transmitió al Ministerio de Salud y Protección Social a través de la plataforma PISIS el reporte de las tecnologías no financiadas con cargo a los recursos de la UPC realizadas durante las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 del Régimen Subsidiado, de acuerdo con las especificaciones técnicas establecidas en el documento remitido por el Ministerio, denominado: SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES TERRITORIALES Y ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO PARA EL "ESTUDIO DE TECHOS". Se evidencia la ampliación de cobertura de servicios que nunca han sido reconocidos y pagados por la ADRES ni por el Ente Territorial ya que se consideraban PBS y que bajo la modalidad de techos en este documento se indica que deben ser cubiertos con los recursos girados a las EPS, con estas inclusiones el Presupuesto máximo asignado será fácilmente superado ya que según las fuentes de información utilizadas.	La fuente de información para el cálculo del presupuesto máximo tiene varios componentes: i) las bases de cobros-cobros de la ADRES de lo prestado entre 2015 y 2019, ii) las prestaciones realizadas por los entes territoriales de 2015 a 2018, iii) la información reportada a través de la plataforma PISIS por las EPS del Régimen Subsidiado de lo no financiado con UPC hasta diciembre de 2018 con corte al primer semestre de 2019, iv) adicionalmente se identificaron en el primer semestre de 2019 tecnologías en salud recobradas sin precedente de recobro en los años mencionados, las cuales se incorporaron como grupo relevante en el presupuesto máximo. Del agregado de estos puntos se conformó una nueva base de datos con los servicios recobrados y el reporte de tutelas, de esta manera se estructuró la mejor información disponible. Es así como para medicamentos y APME se tuvo en cuenta una base total de 33.713.766 registros administrativos, lo cual no es una muestra sino el universo completo de datos que lleva a mejores estimaciones. De lo anterior se concluye que la información que se usó para el cálculo es amplia, válida y suficiente dado que corresponde a una fuente oficial originada por el reporte de cada EPS, cuya metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible, donde se parte del supuesto de la correcta y eficiente gestión de recobro de las EPS para todo lo prescrito, abarca el comportamiento de uso de las tecnologías

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
1218	2	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo "...En cuanto al Régimen Subsidiado, se tendrá en cuenta el reporte de información suministrado o a través de la plataforma PISIS por 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 ..."	1. Es necesario la inclusión como fuente de información el aplicativo MiPres 2. Nuevos cargues para el Régimen Subsidiado	1. Teniendo en que es un referente importante debido a que muestra realmente el comportamiento del NO PBS en el SGSSS 2. Esto teniendo en cuenta que para las EPSS se hizo la solicitud de información en el mes de agosto de 2019 según documentó publicado por el Ministerio de Salud y protección y en cual no habilitaban solo "...Para el envío de la información el ministerio habilitará la plataforma PISIS entre el 2 al 6 de septiembre de 2019..." sin tener la logística que se requería para preparar la información según estructura requerida para el cargue. 3. Solo se podía reportar servicios prestados descantando las prescripciones realizadas en los diferentes roles del aplicativo MiPres 4. Se evidencia la ampliación de cobertura de servicios que nunca han sido reconocidos y pagados por la ADRES ni por el Ente Territorial ya que se consideraban PBS y que bajo la modalidad de techos en este documento se indica que deben ser cubiertos con los recursos girados a las EPS, con estas inclusiones el Presupuesto máximo asignado será fácilmente superado ya que según las fuentes de información utilizadas.	1- En cuanto a su propuesta de utilizar las bases de datos Mipres, se aclara que la información contenida en Mipres será objeto de seguimiento y monitoreo por parte de la EPS, este Ministerio y La Adres. Por lo pronto, para efectos de la construcción de la base de datos sobre la cual se realizaron los cálculos del presupuesto máximo corresponde a lo efectivamente recobrado, en otras palabras, lo suministrado que fue reportado por las EPS, los entes territoriales y la ADRES.  2 y 3- Como indica el propósito de la solicitud de información a entidades territoriales y entidades promotoras de salud del régimen subsidiado para el estudio de techos, realizada en agosto de 2019, para efectos de la estimación del Presupuesto Máximo, fue fundamental el suministro de "información veraz, fidedigna, confiable, actualizada, relevante, oportuna y explicable", correspondiente a las prestaciones realizadas.  4- Se aclara que para efectos de cálculo del presupuesto máximo cualquier tecnología recobrada fue contemplada, independientemente si fue recobrada por tutela o por no cobertura con UPC. Es importante aclarar que presupuesto máximo no constituye una cobertura, ni el valor de referencia estructura precio o tarifa. Los parámetros para identificar las tecnologías en salud y servicios no financiadas con cargo al presupuesto máximo se encuentran explícitos dentro del proyecto de resolución.	
1219	3	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 8. Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente.	Regular tiempos de actualización en la BDUA	Es importante regular los tiempos en los cuales se ven reflejadas las novedades en la BDUa ya que por ejemplo actualmente se ha incrementado el porcentaje de restituciones por UPC de usuarios a los cuales afiliados a diferentes aseguradoras. Lo anterior ha obligado a las EPS, a implementar un procedimiento de recobro entre aseguradoras el cual no es costo efectivo.	La regulación de los tiempos de actualización de la BDUa no es del alcance del mecanismo de presupuesto máximo. No obstante, su consulta se remitió a la Dirección de Regulación de Operación de la Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, memorando de traslado 202034200019473, área que respondió mediante el radicado interno 202031200023153 informando lo siguiente:  "De acuerdo a su solicitud, sobre la observación dentro del proceso de retroalimentación de la publicación del proyecto de resolución del presupuesto máximo procedente de Capital Salud EPS, relacionada con la regulación de tiempos de actualización en la BDUa, al respecto esta dirección se permite informarle que debido a la dinámica del aseguramiento y a los ajustes que se han venido dando en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Oficina de la Tecnología de la Información y la Comunicación -TIC, viene adelantando la modificación de la Resolución 4622 de 2016 'Por la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a planes voluntarios, Regímenes Especial y de Excepción y de las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del INPEC'; por lo tanto, dicha consideración será discutida para determinar su procedencia en el ajuste normativo".	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1220	4	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. "...1. En los casos que las EPS o la ADRES determinen el riesgo de superar el Presupuesto Máximo de cada EPS, realizar los ajustes a los valores de referencia..." "...3. En caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses	Ampliar numeral y aclarar lo referente a ajustes del Presupuesto Máximo. Identificadas entre las aseguradoras y ADRES	Según la diferentes novedades mencionadas anteriormente con respecto a los cargues de información cual va hacer el procedimiento para realizar estos ajustes teniendo en cuenta que esto puede generar un impacto financiero para la entidad ya que debe asumir de su flujo de caja la cobertura de estas tecnologías, así mismo, un impacto reputacional por aumento de PQR o acciones de tutela. Definición de tiempos de ajustes al Presupuesto Máximo demostrado por la EPSS. Se reitera la necesidad de que no se realice retroactivamente la validación de VMR teniendo en cuenta que como lo cita el documento es necesario que se realicen ajustes a los contratos la red de prestadores. Es necesario fijar una transitoriedad de los actores involucrados en pro de no superar el Presupuesto Máximo asignado.	En relación con el manejo de las novedades se reitera la respuesta anterior.  Frente a su preocupación acerca del flujo de caja para dar cobertura a las tecnologías que se financiarán con el presupuesto máximo, así como el impacto en PQR o tutelas, se aclara que: el espíritu del mecanismo de presupuesto máximo es facilitar el acceso a servicios y tecnologías en salud que en el momento no se encuentran cubiertos con UPC, de tal forma que al entregar el presupuesto en forma anticipada se propende por la reducción de tiempos de espera, sin dilaciones ni barreras administrativas, etcétera, las que en la actualidad conducen a los pacientes a recurrir a la tutela como mecanismo para acceder a la protección integral en salud; por el contrario, la EPS al recibir los recursos de forma ex-ante gestionará de antemano su modelo de atención y contratación, garantizando la continuidad, oportunidad y eficacia de prestación de las tecnologías que requieran sus pacientes.  No es posible acceder a un periodo de transición, por una parte porque es menester la implementación de presupuestos máximos para el uso de recursos de la salud con mayor eficiencia y control; por otra parte es un proceso que se ha socializado y trabajado con el conjunto de actores del SGSSS desde 2019, por tanto, todos ya conocen y están preparados para la entrada en rigor de este acto.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1221	5	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios. “...Parágrafo . La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), determinará los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en	Aclarar o ampliar	Se entendería que tendríamos tres grupos de tecnologías 1. Las excluidas explícitamente del Presupuesto Máximo para las cuales la ADRES definirá mecanismo de auditoría para reconocimiento y pago 2. Incluidas explícitamente en el documento y que serán financiadas con recursos públicos a través de los Presupuestos Máximos 3. Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC a los cuales se les aplicara lo definido en la resolución 1885 de 2019 para su reconocimiento y pago. Lo que podríamos concluir, es que tendremos tecnologías que seguirán bajo el modelo de recobros actual hasta que se realice la inclusión en el presupuesto de todas las tecnologías	Ciertamente como lo anota en la justificación se constituyen tres grupos con diferente fuente de financiación. 1) Lo financiado con cargo a la UPC que constituye cobertura de tecnologías en salud y servicios, 2) El presupuesto máximo el cual no es una cobertura, y 3) Lo explícitamente excluido y lo no financiado con ninguno de los dos anteriores, como lo son: i. Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia; ii. Los medicamentos adquiridos a través de compra centralizada o por medio de acuerdos de riesgo compartido según lo determine este ministerio; iii. Los medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapéutica respecto a los medicamentos existentes en el país, según el mecanismo establecido en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituya; iv. Las tecnologías expresamente excluidas a través de las resoluciones emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o aquellas que cumplan algún criterio establecidos en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015; v. Los APME que no cumplan con los parámetros establecidos en presupuesto máximo; vi. Los Procedimientos en salud nuevos en el País; vii. Los Procedimientos en salud que se encuentren financiados con otros recursos, tales como recursos de UPC, Salud Pública, Riesgos Laborales, entre otros, o aquellos que cumplan con criterios de exclusión; viii. Los Servicios Complementarios que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente, o que por su naturaleza deban ser cubiertos por fuentes de otros sectores; ix. Los tratamientos de los nuevos casos de enfermedades huérfanas seguirán con el procedimiento establecido en la Resolución 1885 de 2018.	
1222	6	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	CAPÍTULO I MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS PARA PROPOSITO MEDICO ESPECIAL- APME	Articulación entre las diferentes fuentes de información	Con respecto a este punto es fundamental que las tablas que alimentan el aplicativo MiPres estén alineadas con el INVIMA y el trabajo que se realice con dicha entidad para que los APME sea registrado como alimento y que la codificación sea única con respecto a las presentaciones	Con respecto a su solicitud de la alineación de Mipres e Invima se aclara que inmediatamente un APME obtiene el registro sanitario, este queda en Mipres, y este será la herramienta de seguimiento al presupuesto máximo. Por lo anterior no se acoge su solicitud.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1223	7	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 27. Fórmulas magistrales. Las EPS definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman. En todo caso deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces.	Puntualizar fuente de financiación	Es importante aterrizar este punto ya que la EPS en su análisis puede definir a su criterio la fuente de financiación, pero esto no garantiza el reconocimiento y pago de estas tecnologías, es necesario puntualizar cual sería el trámite de estas fórmulas magistrales.	Por un lado, la UPC, Resolución 3512 de 2019, indica que: "Artículo 46. Fórmulas magistrales. Las formulaciones magistrales preparadas a partir de los medicamentos financiados con recursos de la UPC se consideran igualmente financiadas con recursos de la UPC y deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces".  La financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman, las cuales deben ser garantizadas por la aseguradora, ya sea UPC o vía Presupuesto máximo.  De lo anterior se colige que el Ministerio de Salud ya estableció que la EPS es quien define la fuente de financiación que utilizará para asumir la elaboración de fórmulas magistrales.
1224	8	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 30. Actividades y procesos propios del Servicio farmacéutico. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces son responsables de garantizar que el manejo, conservación, dispensación, distribución de medicamentos o cualquier otro proceso definido por la normatividad vigente para el servicio farmacéutico, que implique Tecnologías	Ajuste "...las entidades que hagan sus veces son responsables de garantizar que el ma-nejo..."	Como aseguradoras velamos porque que cada integrante de nuestra red sea un prestador o un operador logístico cumpla con los requisitos establecidos normativamente para su funcionamiento, pero no tenemos el alcance de GARANTIZAR ya que hablamos de un tercero el cual debe estar vinculado en este artículo como RESPONSABLE DIRECTO de "...garantizar que el manejo, conservación, dispensación, distribución de medicamentos o cualquier otro proceso definido por la normatividad vigente para el servicio farmacéutico, que implique Tecnologías en Salud financiadas con cargo al Presupuesto Máximo..."	Ante su afirmación que las EPS "no tenemos el alcance de garantizar", se resalta que desde la Ley 100 de 1993, se consagraron las funciones de las EPS, lo cual se cita a continuación:  "ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados (...).  ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:(...) 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud."  Por lo anterior es responsabilidad de la EPS garantizar lo dispuesto en la normatividad.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1225	9	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	TITULO IV VERIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS DEL PRESUPUESTO MÁXIMO Artículo 40. Seguimiento , Control y Monitorio de los Recursos. 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	Quitar la palabra podrá , y podrá incluir IPS. En todo caso	Es necesario que todos los actores estén articulados en pro de realizar este Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos	Con respecto a su solicitud de ajuste en la redacción, se informa que se modificará en el sentido que La ADRES publicará en su página web el proceso de seguimiento, auditoría, control y monitoreo de los recursos del Presupuesto Máximo, considerando la transferencia de los recursos, el control del manejo de estos, las auditorías y demás actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos, sumado a la determinación de los factores que permitan evidenciar la ejecución de estos recursos.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1226	10	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	En todo caso, si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. 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	Definición del procedimiento que deben realizar las EPS	Normalizar ya sea a través de este documento o un acto administrativo adicional.	En cuanto a su propuesta de incluir el procedimiento que deberá adelantar la EPS para efectos del seguimiento que realice La ADRES, se ratifica que ello no es del alcance de la metodología para el cálculo del presupuesto máximo. La Adres es autónoma en definir la metodología de seguimiento, control y monitoreo del presupuesto máximo, así como en determinar los elementos que tomará provenientes de otras fuentes de información, entre ellas las de las EPS, lo que quedará determinado y explícito en la metodología que la administradora presente tras la publicación del acto administrativo con la metodología de cálculo del presupuesto máximo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1227	11	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 41. Deber de Información. Será responsabilidad de la EPS suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación 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 de Servicio de Salud deberán	Alinearse con el marco normativo definido para contratación entre EPS y proveedores	Lo anterior debido a que actualmente los proveedores manejan una baja confiabilidad y calidad de la información que reportan ante las EPS en los RIPS. Se amparan en que para la facturación únicamente deben aportar el pantallazo de cargue exitoso en la malla y se ha identificado que envían datos errados únicamente cumpliendo forma y no fondo para poder culminar su proceso de facturación y obtener un reconocimiento y pago de estas tecnologías.	La ADRES determinará la metodología para desarrollar la auditoría a partir de los presupuestos asignados y el seguimiento lo hará desde lo registrado en MIPRES. Sin embargo, RIPS será considerada una herramienta de las IPS.  Frente al incumplimiento en el reporte de la información con la calidad, oportunidad, confiabilidad y eficiencia que se espera de RIPS por parte del prestador, es la aseguradora la llamada a reportar el incumplimiento para la imposición de sanciones, como lo determinó la Ley 1438 de 2011 en los artículos 114 y 116. Así mismo, el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015 indica que la información deberá ser reportada en los términos y condiciones que este Ministerio determine.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1228	12	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social con la participación de las EPS definirán el mecanismo que permita que la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS se conecten y faciliten el reporte de información y el respectivo seguimiento, sin perjuicio de los reportes de información que deben realizar las EPS en el marco de lo dispuesto en el presente acto administrativo.	Sugerencia	Incluir a las EPSS ya que si bien inicio la obligatoriedad de MiPres en el 2018 estamos trabajando para articularnos e integrarnos al nuevo modelo y así evitar traumatismos una vez entre ADRES a operar régimen subsidiado.	En respuesta a su sugerencia, se aclara que la metodología de presupuesto máximo, presentada en el proyecto de acto administrativo publicado, está dirigida a los regímenes contributivo y subsidiado, además en la definición de EPS no se hace distinción por uno u otro régimen. En consecuencia, tanto el régimen contributivo como el subsidiado deberán estar haciendo uso de la herramienta MIPRES a la brevedad para cumplir con lo determinado para presupuesto máximo y recobros ante La Adres.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1229	13	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 42. Trámite de la información. En todo caso, las Empresas Promotoras de Salud de los regimenes contributivo y subsidiado reportarán la información que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, para adelantar el estudio y seguimiento de los Presupuestos Máximos, en las siguientes fechas:	Reajuste de fechas	Para la definición de estos tiempos se debe tener en cuenta la clasificación de los servicios que están requiriendo en el Artículo 19. Con el fin de tener el tiempo de reportar la totalidad de los servicios evitando afectaciones en los rubros asignados y reportes ante la supersalud	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 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.  Para conocer más sobre la información solicitada puede consultar las solicitudes 2020, dispuestas en el enlace: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1230	14	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 44. Servicios Sociales Complementarios. Los servicios sociales complementarios se considerarán incluidas en la financiación con cargo al Presupuesto de conformidad con la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Parágrafo: Los servicios sociales complementarios serán financiados para las personas afiliadas al régimen contributivo de acuerdo a su capacidad de pago, para tal efecto el	Aclaración de cobertura	Se entendería que para los afiliados del Régimen Subsidiado Los servicios sociales complementarios serán financiados	Los servicios complementarios listados en la herramienta MIPRES serán financiados con presupuesto máximo, si han sido prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente, perteneciente a la red de prestación de servicios de salud de la EPS; en contraparte no serán financiados por el sistema de salud aquellos que no estén asociados a una condición en salud y que no sean prescritos por profesional de la salud autorizado u ordenados por autoridad competente, o que por su naturaleza deban ser cubiertos por fuentes de otros sectores.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1231	15	23/01/2020	202042300092482	Alejandra Velandia Bohorquez	Capital Salud	Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir la metodología del Presupuesto Máximo de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).	Lineamientos para EPSS	De acuerdo al objeto de la resolución se entiende que está dirigida a las EPS del Régimen contributivo y que tengan usuarios del Régimen Subsidiado. Quisiéramos saber que paso con el borrador de resolución publicado para techos de EPSS con el fin de estar preparados y tener oportunidad de reacción sobre todo cuando vemos que la información reportada para el cálculo no corresponde a la mencionada en el anexo 06 del documento.	Se realizaron dos publicaciones de proyecto de acto administrativo: la primera para el Régimen Contributivo, la segunda para el Régimen Subsidiado. Dadas las múltiples observaciones de diversos actores del SGSSS el acto administrativo estas se unifican en una sola Resolución.
1232	1	23/01/2020	202042300092452	Carolina Vargas León	GRUPO FAMILIA		aclarar lo referente al conglomerado que existe para pañales (1, 2, 3, 4, 5) en la categoría de servicios complementarios y la definición para cada una, por el cual se estableció cada Valor de Referencia. 11 Pañales 1 \$ 1.088 12 Pañales 2 \$ 1.842 13 Pañales 3 \$ 2.520 14 Pañales 4 \$ 2.969 15 Pañales 5 \$ 3.757 Adicional, si existe algún estudio realizado por el ministerio con referencia a pañales		<p>Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio de selección el mayor coeficiente de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado; un valor cercano a -1 indica un modelo con poca capacidad de predicción, y un valor cercano a 1 corresponde a un modelo excelente. Como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2.</p> <p>En el marco del procedimiento técnico-científico y participativo de exclusiones, desde el año 2017 se ha revisado el tema uso de pañales, información que encuentra disponible en Mi Vox Populi, primer momento.</p> <p><a href="https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/procesos/frmHomeProcesoAnalisis.aspx?cod=1&amp;v=1&amp;r=1">https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/procesos/frmHomeProcesoAnalisis.aspx?cod=1&amp;v=1&amp;r=1</a></p> <p><a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/informe-adopcion-publicacion-decisiones.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/informe-adopcion-publicacion-decisiones.pdf</a></p> <p>También podrá consultar el protocolo elaborado por el IETS, del cual se relaciona la referencia bibliográfica.</p> <p>Osorio-Arango K, Díaz MH, Ascanio C, Peña M, Quintero P. Protocolo informado en evidencias para las indicaciones técnicas de prescripción y uso de pañales en niños mayores de 5 años y adultos. Bogotá D.C. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS y Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.</p>
1233	1	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	Considerandos	No es preciso o correcto aseverar que "todas las prestaciones y servicios independiente de su fuente de financiación están sujetos a copagos y cuotas moderadoras" y menos aun invocando como fundamento a la Ley Estatutaria	Esa afirmación no es cierta ya que por ejemplo la atención de urgencias y algunos servicios de Promoción y Prevención no generan ni copago ni cuota moderadora. Así mismo, algunos servicios cuando se trata del cotizante	El proyecto de resolución evoca lo dispuesto por la Ley Estatutaria en materia de la aplicación del criterio de capacidad de pago en las contribuciones que deben hacer los afiliados sobre las prestaciones y servicios a que tienen derecho (pagos compartidos), independientemente de su fuente de financiación, esto bajo el principio de solidaridad sobre el cual se fundamenta el SGSSS. Efectivamente, existen algunas excepciones, y como tales, éstas se originan de la regla general que todas las prestaciones y servicios están sujetos a cuotas moderadoras o copagos, en tanto lo anterior, si es preciso partir de la generalidad manifestando que todas las atenciones en salud objeto del proyecto normativo que nos ocupa, deben estar sujetas al cobro de pagos compartidos (cuotas moderadoras y copagos).

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1234	2	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	Considerandos	El Presupuesto máximo corresponde a “...procedimientos y servicios sociales complementarios...”	Dada la importancia y necesidad del alcance de los presupuestos, debe hacerse claridad en que se trata de PROCEDIMIENTOS fuera del Plan de Beneficios, ya que redactado así de corrido pareciera que se refieran a procedimientos tan solo de servicios sociales complementarios. Puede ser un asunto semántico pero se repite a lo largo de la resolución, por lo que valdría la pena ajustar esa redacción.	Sobre este particular es importante tener en cuenta que el objetivo del proyecto de resolución es fijar presupuestos máximos y modificar la forma de gestionar las tecnologías NO PBS, no se acoge la sugerencia de ajustar la redacción dado que desde el epigrafe del proyecto, se establece con suficiente claridad que se hace referencia a la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago Capitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Complementarios.  De otra parte, sobre los “servicios sociales complementarios”, vale la pena precisar que por un error tipográfico se incluyó el término “sociales”, cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.
1235	3	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	ARTICULO 7. Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes	Se contempla el ajuste por inflación cuando “no se disponga de información”, esto es inaceptable. ¿Por qué no habría de contarse con la información de lo que se ha suministrado? ¿Por qué permitirse desde ya el incumplimiento y continuar con esa mala y perversa práctica de calcular UPC y entregar recursos solo con estimados o proyecciones?	Ya que se está haciendo el ejercicio de controlar y que todos hagan bien su tarea, no debe abrirse espacios a que deje de reportarse información, debe establecerse un castigo más allá de un simple reporte a la Supersalud. Si la EPS no envía información no puede tener ajuste; el Ministerio como ente rector no puede dejar de tener la data, no solo porque está entregando recursos públicos para prestar unos servicios, sino porque perdería el conocimiento de lo que sucede con la población, de lo que se prescribe, de lo que se demanda, información vital para monitorear el perfil epidemiológico y el ajuste de la política pública de salud, máxime de aquello que se encuentra fuera del Plan de Beneficios.	En consideración a la sugerencia para establecer sanciones a las EPS que no cumplan con la obligación de reportar información, con el debido nivel de detalle y en los tiempos solicitados por el Ministerio de Salud, es importante tener en cuenta que el proyecto normativo contempla en el articulado, que 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.  Por otra parte, presupuestos máximos no modifica las normas de carácter general o las que tratan sobre inspección, vigilancia y control, por lo tanto no puede establecer sanciones propiamente dichas ya que hacen parte de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud.
1236	4	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	PARAGRAFO DEL ARTICULO 10  Artículo 10. Parágrafo: Los recursos administrados en las cuentas maestras aquí previstas pertenecen al aseguramiento en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que tienen el carácter de inembargables, en los términos establecidos en el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia.	Se echa de menos a lo largo de la resolución que no se hable de responsabilidad, plazos y términos de pago hacia la red hospitalaria o los prestadores con cargo a los presupuestos máximos que administrarán las EPS, pero si de entrada, se establece la inembargabilidad de las cuentas, reiterando la habitualidad en el incumplimiento. Tal como han establecido las Altas Cortes, el concepto de inembargabilidad no es absoluto, procede cuando el destino de los recursos es justamente lo que le da origen, esto es, el pago de los servicios prestados	Que se incorpore un artículo sobre los términos de pago a quienes suministrarán servicios o se invoque la normatividad vigente en caso que se vayan a contemplar las mismas condiciones.  No debe establecerse en esta norma la inembargabilidad de las cuentas, pues la normatividad vigente tiene ya un mejor fundamento y en todo caso, en la práctica corresponderá a lo que ha establecido la jurisprudencia.	Sobre este particular es importante tener en cuenta que el objetivo del proyecto de resolución es fijar presupuestos máximos y modificar la forma de gestionar las tecnologías No PBS, aspecto que radica en avanzar en la mejora de las relaciones entre los agentes, en virtud de que mejore el flujo de los recursos al tenerlos de forma ex ante, así como propender por la atención integral del paciente sin la afectación de la autonomía médica, pero de ninguna manera pretende solucionar todos los aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).  Se destaca que el articulado del presente proyecto normativo establece que la ADRES desarrollará, implementará y publicará un 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.  Igualmente, el proyecto normativo establece que 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.  Estos mecanismos hacen parte de las estrategias para hacer que se cumplan las condiciones establecidas en los procesos de contratación y acuerdos de voluntades, con el fin de garantizar el flujo de los recursos , en este sentido no se acoge su comentario, en tanto lo anterior, el alcance del presente proyecto de resolución no contempla derogar o modificar la normatividad vigente en cuanto a las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud, en tanto no hace parte del campo de aplicación del presente proyecto de resolución.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1237	5	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	ARTICULO 12. Transferencia del Presupuesto Máximo. La ADRES deberá transferir a las cuentas maestras que para tal fin hayan constituido las EPS, de forma mensual, el 100% de los recursos definidos en el anexo 6 de la presente resolución. La transferencia se realizará dentro de los 10 días primeros días del mes según corresponda. La primera transferencia del primer mes después de	Para preservar el espíritu de la Ley y esta modalidad de administración de recursos que se pretende implementar, no debería transferirse el 100% de los recursos. En los procesos de análisis y revisión previos, se había planteado por parte del Ministerio que sería el 70% al inicio del mes y conforme al comportamiento y desempeño se giraba el porcentaje restante. ¿Por qué se cambió de opinión?	Que no se gire el 100% al inicio, sino que sea un porcentaje menor, que permita un mejor seguimiento y ajuste por parte de las EPS.	<p>Sobre este particular es importante tener en cuenta que el objetivo del proyecto de resolución es fijar presupuestos máximos y modificar la forma de gestionar las tecnologías No PBS, aspecto que radica en avanzar en la mejora de las relaciones entre los agentes, en virtud de que mejore el flujo de los recursos al tenerlos de forma ex ante, así como propender por la atención integral del paciente.</p> <p>Respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto normativo, prevé derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia de la iniciativa de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>
1238	6	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	NUMERAL 2 DEL ARTICULO 13. Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. (...) Parágrafo 2: Las EPS deberán gestionar la eficiencia de los valores máximos de las Tecnologías a través de mecanismos de contratación diferentes a evento con la cadena de formación de valor.	En una norma no deben establecerse o restringirse las modalidades de contratación, máxime cuando el Ministerio siempre ha señalado que no interviene en decisiones de orden contractual o en los acuerdos que los agentes del Sistema deseen establecer. Señalar que la eficiencia solo se logra si se excluye el evento, desconoce la autonomía de las partes y sataniza una figura jurídica y contractual que es legítima	Que se ajuste el parágrafo estableciendo que deberán gestionarse mecanismos, modalidades y condiciones que promuevan y garanticen la eficiencia de los servicios que se prestan a los usuarios.	<p>Se acoge su observación, en tanto lo anterior se hará el ajuste en el sentido de que las EPS o EOC en busca de no sobrepasar el presupuesto máximo, entre otros, gestionen modelos de atención, formas de contratación soportadas en sus respectivas notas técnicas y conformación de redes de prestación de servicios de salud.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1239	7	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	NUMERAL 3 DEL ARTICULO 13. 3. En caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo deberá demostrar en cada caso que adelantó la defensa judicial a fallos de tutela o judiciales adecuada a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	La revisión cada cuanto se va hacer? Se debe establecer una ruta clara sobre este procedimiento.	Consideramos que no debe abrirse la opción para estar revisando techos con base en las tutelas, adicionalmente debe aclarar a que solicitud se refiere porque si son exclusiones de las que trata el artículo 15 de la Ley Estatutaria, se supone que no están financiadas con techos, pero todo lo demás hace parte de los presupuestos máximos.	<p>Sobre el particular se precisa que la revisión o el ajuste del Presupuesto Máximo, se realizará cada vez que la EPS lo requiera y el procedimiento para esta revisión será definido por la ADRES, como lo señala el articulado del proyecto normativo, debiendo ser demostrado por la EPS en cada caso que se adelantó la adecuada defensa judicial a fallos de tutela de acuerdo a los intereses del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>En cuanto a la "defensa judicial adecuada", el Ministerio aclarará en el proyecto de resolución las actividades que deben surtirse en dichas actuaciones judiciales, dentro de las cuales se encuentran, entre otras, la 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.</p> <p>Así mismo, se espera que en ejercicio de estas actuaciones la EPS o EOC realice 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 de Sistema General de Seguridad Social en Salud, y sobre aquellas que deben ser asumidas por otra entidad con cargo a recursos diferentes a los de sistema de salud, entre otras.</p> <p>En el mismo sentido, se pretende incentivar a las EPS a una mejora en la prestación de los servicios de salud, gestionando soluciones de los problemas en salud evitando llegar a los estrados judiciales y en caso de que lleguen lograr defensas más sólidas consiguiendo avanzar a segundas instancias, aspectos estos que aún son débiles, todo lo anterior con base en la evidencia científica existente. Adicionalmente se busca que las EPS, a través de sus mecanismos de contratación y/o acuerdos de voluntades alcancen condiciones más favorables para el acceso a los servicios y tecnologías en salud.</p> <p>Finalmente, es necesario aclarar que tal como lo establece el articulado del presente proyecto normativo, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y los del 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.</p> <p>No obstante lo anterior, los servicios y tecnologías que sean fallados por tutela u orden judicial, serán financiados dentro de los presupuestos máximos considerando que su probabilidad de ocurrencia fue tenida en cuenta en los cálculos de la metodología que define el proyecto de acto normativo en cuestión.</p>	
1240	8	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	PARAGRAFO 1 DEL ARTICULO 16 Artículo 16. Acceso. Parágrafo 1: Las EPS como responsables de la gestión realizarán seguimiento, monitoreo y auditoría según lo estimen conveniente y de conformidad con los mecanismos de contratación y acuerdo de voluntades.	Se sugiere incluir, el deber de incorporar en los diferentes convenios, lo concerniente al proceso de auditoría y monitoreo.	Es necesario definir claramente en los diferentes convenios, el proceso de auditoría y monitoreo para evitar el reproceso de objeciones y glosas, por interpretaciones particulares o sesgadas de la norma.	<p>En atención a la sugerencia de incluir el deber de incorporar en los diferentes convenios, lo concerniente al proceso de auditoría y monitoreo, este Ministerio comunica al respecto que además que el proyecto de resolución contempla dentro de las gestiones de las EPS o EOC el 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; también el proyecto normativo, como se señaló anteriormente, prevé derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia de la iniciativa de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1241	9	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	PARAGRAFO DEL ARTICULO 19.  Parágrafo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), determinará los procesos, procedimientos y auditorías para el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y no incluidos en el Presupuesto Máximo	Se sugiere aclarar si existe o no la posibilidad de recobrar ante la ADRES las exclusiones del "Presupuesto Máximo".	Esto plantea la posibilidad de recobrar ante la ADRES las exclusiones del "Presupuesto Máximo", por ejemplo: medicamentos sin indicación INVIMA?.	Tal como lo establecen el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.  No obstante lo anterior, los servicios y tecnologías que sean fallados por tutela u orden judicial, serán financiados dentro de los presupuestos máximos considerando que su probabilidad de ocurrencia fue tenida en cuenta en los cálculos de la metodología que define el proyecto de acto normativo en cuestión.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1242	10	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	Artículo 20. Garantía de los demás Servicios y Tecnologías en salud. Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC, diferentes a los que son objeto de la presente resolución y a los excluidos explícitamente de financiación con recursos públicos asignados a la salud, continuarán siendo garantizados a los afiliados al bajo el principio de integralidad, y su reconocimiento y pago se	Esta clase de artículos generan confusión e interpretaciones que en la práctica entorpecen los procesos.	Es necesario aclarar a qué servicios y tecnologías hace referencia	De conformidad a su solicitud de aclarar a que servicios y tecnologías hace referencia el artículo 20 del presente proyecto normativo, nos permitimos informarle que el propósito de lo aquí establecido es que los servicios y tecnologías en salud susceptibles de ser financiados con recursos diferentes a los de la UPC y a los de presupuesto máximo, continúen 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 efectuó conforme al proceso de verificación y control que adopte la ADRES. Estos servicios y tecnologías, corresponden a:  - Los medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y que no tengan definido un valor de referencia.  - Medicamentos que contengan el principio activo Nusinersen.  - 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.  - 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.  - 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.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1243	11	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	Artículo 21. Prescripción. La prescripción se realizará siempre utilizando la Denominación Común Internacional, exclusivamente. Al paciente se le deberá suministrar cualquiera de los medicamentos (de marca o genéricos), autorizados por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), que cumplan las condiciones descritas en este acto administrativo.	El presente artículo reitera la dificultad que se deriva de la no cobertura de las prescripciones de medicamentos sin indicación invima, que las I.P.S deben tener presente para evitar o minimizar el riesgo de pérdidas económicas por glosas.	Cómo se procederá con los medicamentos cuya evidencia clínica ha sido demostrada pero no tienen registro INVIMA para esas prescripciones?	<p>Al respecto, este ministerio se permite resaltar que la normatividad vigente (Decreto 677 de 1995 y Decreto 780 de 2016) señala que lo que se encuentra autorizado en el país garantiza la seguridad del paciente, así como las disposiciones que la Ley 23 de 1981 determinó en materia de ética médica.</p> <p>En este sentido, el articulado del proyecto de resolución precisa que la financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA.</p> <p>Para los medicamentos cuya evidencia clínica ha sido demostrada pero no tienen registro INVIMA, debe efectuarse el proceso de autorización como UNIRS para ser financiados con presupuesto máximo de lo contrario hacen parte de las exclusiones en los términos del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1244	12	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	PARÁGRAFO 2 DEL ARTÍCULO 21. Parágrafo 2. 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 (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; y en especial los informes de formulación, uso y posicionamiento.	Se debe dar precisión respecto a la posibilidad del uso de medicamentos sin indicación INVIMA, pertinentes y con toda la evidencia técnica científica.	Este párrafo plantearía la posibilidad del uso de medicamentos sin indicación INVIMA, pertinentes y con toda la evidencia técnica científica; aunque no está claramente definido y se puede prestar a interpretaciones particulares.	<p>Sobre el particular es necesario hacer una lectura de manera integral del presente proyecto normativo, en este sentido el articulado precisa que la financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA.</p> <p>Adicionalmente, establece que serán parte de la financiación por presupuesto máximo, 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.</p> <p>Igualmente se precisa que 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.</p> <p>Así mismo hará parte de la financiación por presupuesto máximo en el caso que 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.</p> <p>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.</p>
1245	13	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	Artículo 22. Indicaciones autorizadas. La financiación de medicamentos con cargo al Presupuesto Máximo aplica siempre y cuando sean prescritos en las indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo excepciones descritas en este acto administrativo que incluyan su financiación con cargo al Presupuesto Máximo.	Las excepciones mencionadas no están descritas.	Son varios artículos que coinciden con el tema de prescripciones sin indicación INVIMA o lo que se conoce como "segundos usos", es necesario buscar alternativas o hacer claridades al respecto.	Como fue señalado en la respuesta al comentario 10, las excepciones a la financiación del presupuesto máximo están claramente definidas en el articulado del proyecto de resolución.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1246	14	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	Artículo 27. Radiofármacos. Los radiofármacos requeridos en procedimientos no financiados con cargo a la UPC. Estas tecnologías en salud se tendrán en cuenta en el cálculo que se establezca para procedimientos en salud dentro del Presupuesto Máximo.	El número del artículo está repetido. Al señalar que se tendrán en cuenta quiere decir que en esta ocasión no fue así? ¿A partir de cuándo se tendrán en cuenta?	Que se aclare si se refiere a acciones futuras o desde ya se tuvieron en cuenta	Se acoge su observación, en tanto lo anterior se realizará el ajuste de la numeración del articulado. De otra parte, se aclara que los radiofármacos requeridos en procedimientos no financiados con cargo a la UPC, hacen parte del cálculo de presupuestos máximos objeto del presente proyecto normativo.
1247	15	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	Artículo 32. Analgesia, anestesia y sedación. La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia y sedación, que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC; así no se encuentren explícitamente	se debería dejar que incluye la anestesia en los procedimientos no incluidos en el PBS	se debería establecer que incluye la anestesia en los procedimientos no incluidos en el PBS. Se había definido que si el procedimiento era PBS incluía la anestesia y acá lo mencionado puede generar diferencias en ese concepto, se debería dejar que incluye la anestesia en los procedimientos no incluidos en el PBS	En respuesta a su observación este Ministerio evalúa la posibilidad de efectuar la modificación en el sentido de establecer que, 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.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1248	16	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	Artículo 38. Reintervenciones. La financiación con cargo al presupuesto máximo incluye la realización de una segunda intervención que esté relacionada con la primera, conforme con la prescripción del profesional tratante, sin trámites adicionales, con los procedimientos contenidos en el presente acto administrativo.	Es importante aclarar si solo cuando se cubre una segunda intervención no se requieren trámites adicionales? O solo se cubre una segunda intervención per se, es decir si se requieren producto de la primera intervención, tres o más intervenciones se cubre con cargo al presupuesto máximo?	Que se aclare si es que solo se cubre la segunda intervención y las subsiguientes no, o tan solo hace referencia a trámites adicionales	Con respecto a la sugerencia de aclarar la finalidad del artículo 38 correspondiente a Reintervenciones, este Ministerio considera que el artículo en cuestión se encuentra debidamente soportado en cuanto a que la cobertura está en directa relación con una segunda intervención que esté relacionada con la primera, y respetando el criterio del médico tratante, por lo tanto no se acoge su propuesta al respecto. De la misma manera lo establece el artículo 37 de la resolución 3512 de 2019, en relación con las reintervenciones financiadas con recursos de la UPC.
1249	17	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	Artículo 39. Dispositivos médicos. En desarrollo del principio de integralidad establecido de que trata el artículo 8, concordado con lo establecido en el primer inciso del artículo 17 de la Ley 1751 de 2015, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar todos los dispositivos médicos (insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación), sin	No se evidencian las excepciones mencionadas.		Se tiene en cuenta la observación procediendo a estudiar la eliminación del texto "salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo".

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1250	18	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	ARTICULO 40 Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos. 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	Según este artículo será la ADRES, la responsable de desarrollar y publicar el proceso de auditoría para EPS e IPS? El proceso debe publicarse de manera simultánea con la expedición de la Resolución, y no un mes después.		<p>Tal como lo señala el artículo objeto del comentario, es correcta su apreciación, La ADRES es la entidad encargada de desarrollar e implementar los procesos de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Ahora bien, respecto de los tiempos es preciso señalar que el proceso de auditoría a cargo de La ADRES es selectivo, es decir, conforme se identifique que alguna EPS está en riesgo de superar el presupuesto máximo se aplicará la auditoría, por esta razón el plazo es acorde.</p> <p>El proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia de la iniciativa de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1251	19	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 41. Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social con la participación de las EPS definirán el mecanismo que permita que la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS se conecten y faciliten el reporte de información y el respectivo seguimiento, sin perjuicio de los reportes de información que deben realizar las EPS en el marco de lo dispuesto en el	Consideramos que esta definición debe incluir la participación de las I.P.S, quienes finalmente son las generadoras de la información en MIPRES.		De acuerdo con su solicitud se incorporara a las IPS como generadoras y responsables de información. Sin embargo, es importante señalar que en el segundo inciso del parágrafo en mención, se establece que las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud deberán generar los RIPS correspondientes a las prestaciones respectivas y suministrarlas a las EPS, y a este Ministerio en el caso que este lo requiera.
1252	20	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	Artículo 43. No envío de la información. En caso de no ser enviada la información por parte de las EPS 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.	Aprendiendo de las malas prácticas y sus implicaciones, deben establecerse sanciones severas en caso de no remitir información, más allá del mero aviso a la Supersalud. Resulta inaceptable que desde ya se esté contemplando que las EPS no van a remitir la información, pues el Ministerio debe contar con ella, no solo porque es el fundamento y base para girar recursos sino porque debe conocer el comportamiento y prescripciones que se realizan, saber que se esta demandando y ordenando y alimentar información del perfil epidemiológico para la toma de decisiones en la política pública de salud. El castigo por no reporte de información o no enviada en debida forma debe atarse a los giros de manera tal que por ejemplo "se afecte el giro del periodo siguiente" a quien no envíe información	Que se establezcan sanciones duras y ejemplarizantes a las entidades que no reporten o lo hagan parcialmente. No basta con enviar la novedad a la Supersalud, pues ocurre como hoy en día con la UPC, que a pesar que no todas reportan, se les asignan recursos y no pasa nada ni se someten al ordenamiento legal. Puede resultar inclusive un detrimento estatal o un peculado entregar recursos sin el debido fundamento. Las sanciones de no reporte deben estar en el orden de frenar los giros a la Entidad que no realice el reporte debidamente.	En consideración a la sugerencia para establecer sanciones a las EPS que no cumplan con la obligación de reportar información, con el debido nivel de detalle y en los tiempos solicitados por el Ministerio de Salud, es importante tener en cuenta que el proyecto normativo contempla en el articulado que 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.  De lo aqui dispuesto y en concordancia con la normatividad vigente, debe tenerse en cuenta que los correctivos a que hace referencia el articulado del acto administrativo en cuestión, tienen entre otras implicaciones las señaladas por la Ley 1438 de 2011, la cual establece sanciones por la no provisión de información cuando haya incumplimiento con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios), dentro de estas medidas, se contempla la suspensión de giros y la revocatoria de la certificación de habilitación a EPS y prestadores de servicios de salud.  Por otra parte, presupuestos máximos no modifica las normas de carácter general o las que tratan sobre inspección, vigilancia y control, por lo tanto no puede establecer sanciones propiamente dichas ya que hacen parte de la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1253	21	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	2422 OTRAS REPARACIONES O PLASTIAS PERIODONTALES . 3013 RESECCION DE ARITENOIDEOS [ARITENOIDECTOMIA]. 3728 MAPEO ELECTRICO Y ANATOMICO DEL CORAZON Y ESTRUCTURAS VASCULARES . 3786 INSERCIÓN [IMPLANTACIÓN] DE CARDIOVERSORES (DEFIBRIDOR). 5893 IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVO PARA CONTINENCIA URINARIA. 9431	Es muy importante la revisión exhaustiva de los servicios o coberturas que se hacen con cargo al presupuesto máximo, pues por ejemplo se encuentra que las anteriores prescripciones, ya se encuentran en el Plan de Beneficios. Si se permite esta repetición se estaría pagando dos veces por lo mismo con diferentes fuentes.	Que realice una revisión exhaustiva de lo que ya está cubierto con la UPC, a fin de evitar pagos dobles o un posible detrimento de los recursos del SGSSS.	<p>Respecto a su comentario, este Ministerio se permite aclarar que la inclusión de las anteriores categorías de los códigos CUPS en la metodología de presupuestos máximos, obedece a que cada categoría listada puede contener una o más subcategorías y éstas a su vez pueden estar financiadas con cargo a la UPC o a presupuestos máximos. Por ello hacen parte del cálculo de la metodología establecida en el presente proyecto de resolución.</p> <p>A continuación se precisa la conformación de cada categoría en cuanto a las cantidades de subcategorías que las conforman y su respectiva vía de financiación:</p> <p>9060 DETERMINACION DE ANTICUERPOS BACTERIANOS</p> <p>Esta categoría incluye 49 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 28 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos.</p> <p>9064 DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ESPECÍFICOS</p> <p>Esta categoría incluye 91 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 57 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos.</p> <p>9083 PRUEBAS PARA ERRORES METABOLICOS</p> <p>Esta categoría incluye 56 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 25 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos.</p> <p>9084 PRUEBAS PARA GENETICA</p> <p>Esta categoría incluye 40 subcategorías de procedimientos de laboratorio clínico según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 27 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos.</p> <p>2422 OTRAS REPARACIONES O PLASTIAS PERIODONTALES</p> <p>Esta categoría incluye 4 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 1 subcategoría se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos.</p> <p>3013 RESECCION DE ARITENOIDEOS [ARITENOIDECTOMIA]</p> <p>Esta categoría incluye 4 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 2 subcategorías se financian con la UPC, las restantes subcategorías hacen parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos.</p> <p>3728 MAPEO ELECTRICO Y ANATOMICO DEL CORAZON Y ESTRUCTURAS VASCULARES</p> <p>Esta categoría incluye 2 subcategorías de procedimientos según lo establecido en la Resolución 3495 de 2019, de las cuales 1 subcategoría se financian con la UPC, la restante subcategoría hace parte del presente proyecto de resolución de presupuestos máximos.</p>
1254	22	23/01/2020	202042300092442	Fabiola Alba Muñoz	ACHC	SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS 25 Otros 1 \$ 2.188 26 Otros 2 \$ 25.390 27 Otros 3 \$ 58.406 28 Otros 4 \$ 81.325 29 Otros 5 \$ 130.289	Tratándose del reconocimiento y pago de prestaciones del servicio de salud, no debería establecerse un ítem de "otros" con tantas variables y tan diversas. Por transparencia y orden actual y a futuro, debería ser taxativo o en su defecto establecer claramente las razones de la variabilidad.		<p>Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.</p> <p>En este sentido la variable severidad incorpora todos los factores que inciden en cada unidad objeto de agrupamiento, esto para efectos del cálculo. Por lo cual no se constituye bajo ningún punto de vista en precios.</p> <p>En cuanto a su comentario para no manejar tantas opciones bajo el concepto de "OTROS", debe mencionarse que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, al tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios complementarios de la tabla de referencia MIPRES, se categorizaron como "OTROS".</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1255	1	23/01/2020	202042300087012	Gabriel Ricardo Zambrano Polania	Comfenalco Valle	Compartimos el archivo con la actualización de Medicamentos, AME y Servicios Sociosanitarios 1. Medicamentos: Se cruzaron para todos los CUMS agrupados por los primeros 11 dígitos y aún quedan algunas diferencias, pero ya la brecha en cantidades cada vez es menor, el resultado es el siguiente: Valor Q: 82,393,425 Valor \$: - 1,839,874,926 Tenemos 82 millones de cantidad más que el ministerio y			1. En relación a su observación se procederá a la revisión de los valores de referencia.  2. En cuanto a su apreciación se revisará los factores.  3. Se realizó el ajuste al archivo con la información requerida.
1256	1	24/01/2020	202042300094522	Erika Martínez	Fundación Clínica Norte		el análisis de conglomerados para los pañales buscó agrupar los valores de referencia en grupos homogéneos -5-, pero entonces, ¿el valor a reconocer por pañal será el anotado para el conglomerado 1 (\$1.088) o los anotados para el 2, 3, 4 o 5 (\$3.757)?		<p>Con relación a su interrogante es indispensable advertir que, dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad; la cual se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento.</p> <p>Estas variables se calcularon con base en los registros administrativos de recobros/cobros de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los cuales recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes a la misma; éstas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio de selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado; un valor cercano a -1 indica un modelo con poca capacidad de predicción, y un valor cercano a 1 corresponde a un modelo excelente.</p> <p>Como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0.6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calculó el primer cuartil como valor de referencia (VR); estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2.</p> <p>Por otra parte, es necesario señalar que en el marco del procedimiento técnico-científico y participativo de exclusiones, desde el año 2017 se ha revisado el tema uso de pañales, información que encuentra disponible en Mi Vox Populi, primer momento:</p> <p><a href="https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/procesos/frmHomeProcesoAnalisis.aspx?cod=1&amp;v=1&amp;r=1">https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/InscripcionParticipacionCiudadana/frm/procesos/frmHomeProcesoAnalisis.aspx?cod=1&amp;v=1&amp;r=1</a></p> <p><a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/informe-adopcion-publicacion-decisiones.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/informe-adopcion-publicacion-decisiones.pdf</a></p> <p>También podrá consultar el protocolo elaborado por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), del cual se relaciona la referencia bibliográfica:</p>
1257	1	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	General	Antes de la formalización de la resolución debería haber una reunión con los expertos de cada EPS o EOC con ejemplos de grupos relevantes	Es necesario realizar estas reuniones para mayor entendimiento por parte de las EPS o EOC y para obtener retroalimentación sobre la metodología propuesta	<p>No se acepta la observación ya que es preciso indicar que el Ministerio de Salud y Protección Social realizó siete talleres sobre la metodología del presupuesto máximo previos a la publicación del proyecto de acto administrativo, con todos los actores del SGSSS, adicionalmente, Se cumplió con lo dispuesto en el numeral 8º del artículo 8º del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y el artículo 2.1.2.1.23 del Decreto 1081 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República".</p> <p>El presente proyecto de resolución se publicó el día 16 de diciembre de 2019 hasta el 2 de enero de 2020. Para garantizar una mayor participación de la ciudadanía en la expedición del acto administrativo en cuestión el Ministerio nuevamente decidió publicarlo desde el 9 de enero del 2020 hasta el 23 de enero de 2020.</p>
1258	2	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Anexo 1	En las ecuaciones y desigualdades presentadas que incluyen sumas, no es claro sobre qué subíndice se está sumando, esto puede generar confusión u otras interpretaciones.	Los símbolos no incluyen el subíndice. No debe haber ambigüedad del subíndice sobre el cual se está sumando, por ejemplo $\sum$	Las observación presentada es un insumo importante para revisar todas las operaciones utilizadas durante el desarrollo de la metodología e identificar posibles situaciones que ameriten los ajustes necesarios

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1259	3	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Anexo 1	No es claro si el presupuesto máximo utilizará la información de todo el sistema de salud para ser calculado o únicamente la información suministrada por cada EPS o EOC		<p>La Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social. Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos escasos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas.</p> <p>La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida, y los respectivos ajustadores provienen de los reportes que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de lo efectivamente recobrado, en otras palabras, lo suministrado. Es preciso señalar que, la información es suficiente y válida, que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo. El presupuesto prospectivo se fija entonces para el conjunto de tecnologías que pueden ser predecibles, que fueron observadas en años anteriores. ☹</p>
1260	4	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Anexo 1	Los subíndices están mal definidos	Tomemos como ejemplo la ecuación de la hoja 27	El monto en dinero del presupuesto máximo es una suma fija, cualquier desviación de las cantidades, se debe ajustar en los valores de referencia.
							Esta ecuación está mal definida porque presenta ambigüedad sobre el subíndice		
1261	5	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Hoja 26, Anexo 1	En la ecuación $\sum (P_{i,n,t})^{\lambda} \cdot Q_{i,n,t}$ debería tener subíndices también.	Q es diferente para cada grupo relevante.	Agradecemos su comentario en torno a la inconsistencia digitada en el Anexo 1, el cual procederemos a corregir.
1262	6	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Hoja 26, Anexo 1	La ecuación "Precio recobro = Cantidad de UMC / Valor total recobro" está errada	La ecuación correcta es "Valor total recobro = Cantidad de UMC * Precio Recobro"	Aceptada su solicitud, por lo cual la formula es: Precio recobro <sub>(i,n,t)</sub> =Valor total recobro <sub>it</sub> /Cantidad de UMC <sub>(i,n,t)</sub>
1263	7	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Hoja 27, Anexo 1	Las cantidades delta deberían considerar las cantidades ajustadas por IBNR pero están únicamente en función del Qinicial	Dado que se parte de la base de recobros, es necesario inferir el número de casos en periodos no maduros mediante el IBNR para luego realizar la predicción de la incidencia de nuevos casos, es decir, primero se debería ajustar el IBNR y se debería definir el Qdelta en función de Qinicial + QIBNR	<p>Se considera que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados.</p> <p>Es preciso señalar que, la información es suficiente y válida, que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo, lo anterior quiere decir los cálculos "no arrojan un valor muy debajo de la realidad, son precisos, válidos y suficientes.</p>
1264	8	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Hojas 27 y 28, Anexo 1	En la desigualdad $Q_{i,n,t} > Q_{inicial\_i,n,t} + Q_{IBNR}$ el presupuesto máximo es equivalente al presupuesto máximo cuando se tiene lo contrario.		Las observación presentada es un insumo importante para revisar todas las operaciones utilizadas durante el desarrollo de la metodología e identificar posibles situaciones que ameriten los ajustes necesarios
1265	9	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Hojas 27 y 28, Anexo 1	En la definición del presupuesto máximo, debería definirse como un valor en riesgo, es decir,  Donde $\leq \epsilon$ , para algún $\epsilon$ cercano a 0	Dado que las cantidades de UMC son un proceso estocástico y no determinístico, porque no se conocen con certeza, es necesario definir un límite superior teniendo en cuenta la variabilidad del proceso causada por factores desconocidos como posibles epidemias, creación de nuevas formas farmacéuticas, exclusión de formas farmacéuticas antiguas, etc.	El valor delta, calculado para el periodo t, da cuenta del comportamiento histórico de lo recobrado, con 33.713.766 registros administrativos en medicamentos y APME, que en el estado normal de las cosas, no pueden tener grandes variaciones a razón de: i) Los cambios en el comportamiento en el uso de servicios atribuibles a condiciones de salud o enfermedad que enfrenta la población asegurada, solo se reflejaría en situaciones extraordinarias, como epidemias o pandemias, que llevarían a cambios súbitos en los indicadores epidemiológicos de salud que deban ser considerados en forma específica; ii) Ley de grandes números: la frecuencia relativa de los diferentes resultados de un experimento aleatorio, tiende a estabilizarse en un solo número, el cual justamente determina la probabilidad. Si un estimador es consistente, se vuelve más confiable al tener tamaños de muestras grandes, en este caso no hay muestra sino el universo de datos completo; iii) Teorema del límite central: La variable aleatoria $\bar{Y}$ tiene distribución normal asintótica con media $\mu$ y varianza $s^2/n$ , en la medida en que el tamaño de muestra aumente.
1266	10	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Hoja 29, Anexo 1	En la ecuación donde se expresa el logaritmo natural de $Q_{UMC\_it}$ no es claro qué son las actividades, ni las tasas delta, ni la distribución de $e_{it}$ . Se recomienda utilizar el número de afiliados porque entre más afiliados tenga una EPS, se espera que consuma más medicamentos o servicios NOPBS. A pesar de que los afiliados por traslado heredan su presupuesto máximo per cápita, se recomienda que estos sean restados posteriormente a calcular Qdelta		<p>En cuanto a su solicitud de "que se aclare la definición y forma de parametrización de las actividades asociadas a la entrega de medicamentos", le indicamos que esta se refiere al número de registros de la base de datos expresados en UMC, de medicamentos por año. Dada su apreciación se corregirá el texto en la metodología anexa al proyecto de resolución.</p> <p>No se toma el numero de afiliados como variable explicativa ya que el calculo se realiza a partir del usohistorico d etecnologías y los beneficiarios de estas.</p>
1267	11	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Hoja 29, Anexo 1	No se entiende la necesidad de calcular $\varphi_j$ . Por otra parte, no se entiende a qué hace referencia el subíndice j	Más abajo se define el estimador de Qdelta en función de las tasas delta sin utilizar el coeficiente $\varphi_j$	<p>La interpretación del coeficiente estimado corresponde a la tasa de crecimiento instantáneo de las diferentes unidades de medida de los grupos relevantes del modelo planteado. Para identificar la tasa de crecimiento anual de los grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida se aplica el antilogaritmo, se le resta uno y a este resultado se multiplica por 100, según lo establecido en la resolución.</p> <p><math>[TASA\ DELTA(j)_t]=\{(((Exp(\Phi))-1)*100)\}^{100}</math></p> <p>Ahora, la interpretación corresponde a la tasa de crecimiento porcentual anual en Unidades Mínimas de Concentración (UMC) de cada una de las diferentes unidades de medida que tienen los grupos relevantes.</p> <p>El subíndice j sonvalores de phi en el tiempo.</p>
1268	12	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Anexo 1	Se sugiere utilizar la información mensual en vez de la anual como subíndice t para la construcción de QIBNR y Qdelta en vez de la información anual	Ya que hay muy poca información anual observada la cual puede no evidenciar ninguna tendencia.	<p>La información que tenemos da cuenta del comportamiento histórico de lo recobrado, 33.713.766 registros administrativos en medicamentos y APME, que no son un amuestra sino el universo completo.</p> <p>Es preciso señalar que, la información es suficiente y válida, que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo, lo anterior quiere decir los cálculos son precisos, válidos y suficientes.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
1269	13	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Hoja 4	"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." No es clara la redacción.	Implica que se toma lo recobrado y prestado en 2019 lo cual contradice el texto anterior.	Se acepta la observación y se hará la corrección ala redacción que sea pertinente.	
1270	14	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Hoja 8, Artículo 6, A. ii)	Se entiende que se aplica el modelo Chain Ladder sobre la totalidad de grupos relevantes para todas las EPS y luego se distribuye de acuerdo a la participación en el total. Adicionalmente se entiende que el modelo se aplica sobre los valores recobrados y no sobre las cantidades que es lo que se pretende estimar. • Al realizar el modelo con la información de todas las EPS, no es posible para cada una de ellas prever cuál será el valor del techo resultante de la metodología planteada. • También al agrupar por EPS (o por grupo relevante) se está asumiendo que la estructura de desarrollo de siniestros es similar o igual para todas ellas (EPS o grupos relevantes) y esto puede no ser cierto. • Al realizar el ejercicio por valor de recobro se le está dando más peso en el modelo a aquellos grupos relevantes de valor elevado (si es que se utiliza el promedio ponderado como factor de desarrollo). Se podría evaluar la posibilidad de realizar el cálculo por cantidades, en este caso un modelo por cada tipo de UMC para evitar que la unidad de medida afecte los resultados del desarrollo. Acerca de la utilización de esta metodología para la estimación de IBNR se podría validar el resultado de la estimación con lo registrado en MIPRES lo cual debería reflejar el universo completo de los procedimientos recobrados. Es decir las cantidades ajustadas por la		En efecto se especifica que se utilizó el Método Chain-Ladder: para el cálculo de las cantidades ajustadas a incluir en el Presupuesto Máximo. 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. Así se calcula el recobro tardío (IBNR) con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado.  De tal manera, en la resolución se especifica con claridad el procedimiento y el uso que se da a la metodología en mención, que puede ser consultada en detalle en el anexo 1, encabezado: "Análisis de Cantidades ajustadas en el cálculo de los Presupuestos Máximos". Al igual que en UPC el calculo se realiza para todo el SGSSS no para cada EPS  Ahora bien, en cuanto a su propuesta de utilizar las bases de datos Mipres, aclaramos que: la fuente de información tomada como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrado, en otras palabras, lo suministrado; además, la información es suficiente y válida, sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos históricas muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recupera (radica) cerca del 97 % del valor respectivo, lo anterior quiere decir que los cálculos de las cantidades reflejan las prescripciones que han sido pagadas por tanto suministradas, no hay cantidades sesgadas, son reales y de calidad. Es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recobro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES, y corresponde a las prescripciones reportadas hasta el primer semestre de 2019, cuyo año de prestación del servicio fue de 2015 a 2018.	
1271	15	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Hoja 8, Artículo 6, A. iii)	• ¿Se calcula el delta para el 2019? No sería para el 2020? • ¿Por qué el uso de metodología de datos panel? • Al multiplicar la tasa de crecimiento por la cantidad inicial se está subestimando el ajuste por tendencia. Pues no se está incluyendo el ajuste por IBNR dentro del ajuste de tendencia.		Se considera que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados. Ahora, la fortaleza de la metodología de datos panel nos permite identificar el comportamiento de cada uno de los grupos relevantes construidos y se incluye el criterio de la unidad de medida que contribuyen a agrupar tecnologías similares en principio activo, forma farmacéutica y unidad de medida. Al realizar las estimaciones se utilizan las variables en logaritmos para disminuir la varianza de los datos y estimar las tasas de crecimiento anual de los grupos identificados con igual unidad de medida. Una vez realizadas las estimaciones se corrigen los posibles problemas de varianza y correlación relacionados con las características de los datos pero que en ningún momento desvirtúan la especificación y forma funcional del modelo establecido. Los valores fueron indexados a 2020.	
1272	16	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Página 9, Artículo 6, A. v)	¿Cuándo se habla de valor máximo de cada grupo relevante se habla del mínimo entre el valor de referencia y el mínimo histórico cobrado por la EPS para ese grupo relevante en particular? ¿Sería el mínimo para cada EPS o el mínimo entre todas las EPSs?		El Valor Máximo hace parte de la metodología y se incluyó para efecto del cálculo del presupuesto máximo, al existir valores cobrados/recobrados que históricamente han sido presentados ante ADRES por debajo de los valores de referencia. Es el mínimo entre todas las EPS	
1273	17	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Página 10, Artículo 6, A. v)	En este numeral se presentan dos metodologías diferentes y contrarias para el cálculo del valor de referencia	Uno corresponde al promedio el otro corresponde al primer cuartil	Con relación a la sugerencia de describir el origen de los percentiles, este Ministerio para la construcción de la metodología de cálculo de valores de referencia informa que la selección de los percentiles, como lo expone la metodología del anexo número 2 del proyecto de acto administrativo, se realizó de acuerdo al número de oferentes del grupo relevante, lo cual no realiza distinción alguna entre los grupos relevantes respecto a la fijación del estadístico de tendencia central o de posición que define el valor de referencia, sino disminuir la alta dispersión identificada en los recobros por Unidad Mínima de Concentración (UMC) aun cuando para cada grupo relevante el conjunto de presentaciones comerciales que lo conforman comparten la misma característica. Siguiendo este contexto, en el percentil diez para el caso de los grupos relevantes con un único oferente, se encontró que existen recobros con un valor inferior o igual a este percentil, identificando lo mismo para los grupos relevantes con dos o más oferentes, que tienen asignado el percentil 25 como valor de referencia.  Es importante resaltar que el percentil seleccionado busca propender por un uso racional de los recursos que simultáneamente permita una alineación con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS, en concordancia con el artículo 5 de la Ley 1966 de 2019, donde se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el SGSSS, que reza: "En ningún caso la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), podrá reconocer y pagar servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC, salvo los recursos destinados al saneamiento de pasivos estipulado en la presente ley, cuando estos sean superiores a los valores y techos máximos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de una metodología que tenga en cuenta los valores recobrados o cobrados, y considerando incentivos por el uso eficiente de los recursos (...)".	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1274	18	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Página 11, Artículo 7	Este artículo está duplicado. Acerca del presupuesto para EPS que no tienen recobros no se entiende por qué se define el percentil 25 como el valor definido para esta eventualidad.		Se acepta la observación y se corrige la numeración del artículo, por otra parte. Ahora, el calculo para las EPS que no presenten información se determina con el percentil 25 del valor per cápita de las EPS que tiene asignado un Presupuesto Máximo. El valor per cápita de cada EPS resulta de dividir el Presupuesto Máximo 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 que no tenga Presupuesto máximo. Se tomará como fuente la BDUA.	
1275	19	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Página 11 y 12, Artículo 8	En general no es clara la descripción de la metodología planteada.	Por ejemplo en el en el punto ii) no se especifica por cuál de los 14 ponderadores se multiplica el per cápita total de la eps para obtener el per cápita de traslado por EPS anual.	En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.	
1276	20	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Página 13, Artículo 12 - Parágrafo	¿Con base en qué se determina el monto del 5%? Esto significa que a partir del segundo año el valor del techo para cada EPS disminuiría, ¿por qué? Este 5% correspondería a un margen de seguridad para desviaciones sin embargo no hay ningún cálculo que soporte este porcentaje, este debería estar incluido en la metodología del cálculo del presupuesto máximo.		Se suprime el parágrafo. Se hacen desarrollos específicos para optimizar estrategias de no superación de presupuestos máximos con participación de ADRES y EPS.	
1277	21	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Página 13 y 14, Artículo 13 numeral 1	Los valores de referencia no pueden ser ajustados por las EPS pues estos son definidos por el Ministerio de Salud.		<p>En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Ante el riesgo identificado de una superación de presupuestos máximos y en consideración a que los valores de referencia son una función de los precios observados en el ejercicio de recobro/cobro de cada EPS ante el SGSSS, realizar los ajustes a tales valores, es una de las opciones a las que hay que recurrir para minimizar el riesgo. Se advierte que no es la única opción ni significa de ninguna manera que se ponga en riesgo la seguridad del paciente o se modifiquen las tecnologías y servicios que se deben garantizar a los pacientes.</p> <p>El propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud no cubiertas por la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p><i>La gestión de los recursos asignados e implementar estrategias en función de la optimización de los mismos por parte de las EPS, de ninguna manera excede las funciones propias de las EPS.</i></p>	
1278	22	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Página 13 y 14, Artículo 13 numeral 2	El incentivo de generar ahorro no es adecuado pues la porción del ahorro devuelto a cada EPS dependerá de la gestión de todas las EPS en su conjunto, luego ninguna EPS individualmente gestionaría mecanismos de ahorro sin la seguridad de que todas las demás hagan lo mismo. En términos generales el sistema de reparto del ahorro no parece ser una retribución suficiente para la transferencia de riesgo que está proponiendo el Ministerio de Salud.		En atención a los comentarios y discusiones adelantadas con los diferentes actores se elimina el contenido del numeral 2 del artículo 13 del presente proyecto normativo	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1279	23	24/01/2020	202042300094402	Nicolás Acevedo	Nueva EPS	Anexo 1	<p>En términos generales la metodología planteada no está correctamente definida, entre otras, se encuentran las siguientes inconsistencias:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Las sumatorias no se encuentran correctamente definidas, no se sabe sobre qué subíndice se realiza la sumatoria en cada caso.</li><li>• Algunas definiciones o fórmulas se encuentran duplicadas y en ocasiones desembocan en resultados diferentes.</li><li>• Hay variables que no están definidas y no se tiene claro a qué se refieren.</li><li>• Se definen dos metodologías diferentes para el traslado de afiliados entre EPS.</li><li>• Se encuentran fórmulas con variables no definidas ([Frecuencia])</li><li>• Acerca del apartado nombrado "Cálculo del Presupuesto Máximo" no se entiende la racionalidad detrás de la metodología de cálculo planteada sobre todo dado que en ambos casos a) y b) la fórmula resultante termina siendo la misma.</li><li>• Acerca del apartado nombrado "Modelo Estimado" no entiende la racionalidad detrás de la ecuación de la regresión planteada; no se tiene claro a qué se refiere la variable Actividades ni cómo se mide ni tampoco a qué corresponde la variable Tasa Delta; la deducción del valor Tasa Delta no es correcto y no guarda ninguna relación con la ecuación planteada anteriormente.</li></ul>		Las observación presentada es un insumo importante para revisar todas las operaciones utilizadas durante el desarrollo de la metodología e identificar posibles situaciones que ameriten los ajustes necesarios

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1280	1	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Título III Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo. En el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC	Teniendo en cuenta que hay medicamentos con condiciones de salud financiadas con cargo a la UPC, pero que adicionalmente puede tener algún uso No PBS, la fijación del VMR está distorsionando el precio de dichos medicamentos en ambos tipos de coberturas. Se solicita aclarar en qué indicaciones aprobadas por INVIMA aplica dicho VMR y también definir qué pasa si un CUM específico solo tiene aprobados por INVIMA indicaciones financiadas por la UPC pero aparece en este listado con un valor fijado como VMR y/o incluido en techos.		Teniendo en cuenta la metodología para el establecimiento de valores maximos de referencia, que contempla medicamentos que no se encuentran financiados con cargo a la UPC. Importante considerar que para la financiación de medicamentos con cargo a la UPC deben tenerse en cuenta las aclaraciones contenidas en la resolución 3512 de 2019. Las indicaciones no financiadas deberán ser consultadas por el interesado. Se solicita respetuosamente indicar que medicamento presenta esta condición para realizar el análisis.
1281	2	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Artículo 3 Valor Máximo	Se solicita mantener una única metodología de regulación de precios, a la fecha coexisten dos regulaciones que tienen como efecto la definición de un precio de mercado para los medicamentos (VMR y PRI). Se solicita al Ministerio de Salud y Protección Social aclarar que pasa en los casos en que la molécula ha sido evaluada por metodología de referenciación internacional PRI y cuenta también con PNR, pero aun así ha sido incluida en esta regulación con un Valor de Cobro-Recobro diferente. Un ejemplo se identifica en el mercado 1134 el cual incluye una tecnología No PBS, regulado de acuerdo con la Circular 07 de 2018 y para el que se publicó Valor Máximo de Recobro en el borrador de presupuestos máximos		La regulación sobre VMR , no tiene como alcance regular precios de medicamentos. Se resalta también que esta medida no se constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene incluida toda la cadena agregada de valor del medicamento, es decir valores adicionales correspondientes a la distribución, dispensación, logística, gastos de administración y contempla los diferentes tipos de contratación entre los agentes, por tanto dicha metodología es diferente a la establecida por la CNPMDM. Ademas conforme a lo establecido en Artículo 4. Metodología para el cálculo del VMR de la resolución 243 de 2019: "Paragrafo: en los casos en que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos- CNPMDM haya fijado precios para algunos de los medicamentos de los grupos relevantes, así como un valor en unidad mínima de concentración y presentaciones no reguladas de mercados relevantes, se establecerá como VMR dicho precio o valor regulado".



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1282	3	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Artículo 6 Metodología para Establecer el Presupuesto Máximo: Cantidades ajustadas	Se establece que el método usado para encontrar las cantidades ajustadas es por Chain Ladder. Una vez aplicado el método y encontrado el valor correspondiente al ajuste “se distribuye de acuerdo con la participación de cada grupo relevante de cada EPS”. No se menciona ninguna corrección realizada posteriormente por las EPS a quienes les falta información de recobros. Se debería aplicar el método para cada una de las EPS y realizar el factor de ajuste por cada una, ya que unas necesitarán un factor de ajuste mayor, debido a la variable de falta de información de recobros.		Dado el corte de la información disponible para el cálculo de presupuesto máximo hace necesario aplicar el método de Chain Ladder para identificar la información adicional. El cálculo de IBNR cumple con la función de identificar la información no conocida por no ser reportada.  Como se estipula en la metodología el cálculo de IBNR es global
1283	4	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Artículo 6 numeral iv) Metodología para Establecer el Presupuesto Máximo:	La cantidad prospectiva por grupo relevante tiene en cuenta un histórico de recobros que seguramente se dan como consecuencia de la identificación de nuevos pacientes de cada una de las patologías, que con el tiempo llegan a usar tecnologías del no PBS, ahora con presupuestos máximos. No existe ningún factor adicional que cubra un mejor desempeño de las EPS en el diagnóstico. Si mejoran el diagnóstico de algunas patologías mejorará el pronóstico de muchos pacientes y posiblemente se incremente el uso de medicamentos. Las EPS no se verán incentivadas a realizar inducción de la demanda, búsqueda activa ni diagnóstico temprano, ya que al final terminará siendo perjudicial para su presupuesto.		El propósito del presente proyecto normativo es el de establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud no cubiertas por la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.  Es la gestión de las EPS la que llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.  Así las cosas, el paciente tendrá disponibilidad y accesibilidad a las tecnologías que requiera según su necesidad para la atención integral, siendo con ello profundizada la progresividad en el derecho.
1284	5	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Artículo 7 Presupuesto máximo para las EPS que no tienen recobro	Se solicita especificar cuáles son las causas posibles de que las EPS no tengan recobro y especificar cuáles son.		El presente proyecto normativo utiliza para el cálculo de valores de referencia la información suministrada por ADRES, no obstante, las razones por la cuales una EPS no haya presentado recobros y cuáles son, excede el alcance del presente proyecto normativo. Tal solicitud se traslada a ADRES.
1285	6	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Artículo 12 Transferencia del presupuesto máximo	¿Este artículo eliminaría el Giro Directo? Se solicita aclarar qué pasa a partir del segundo año con el 5% del total de los presupuestos. Es un 5% adicional a todo el presupuesto, que se guarda para contingencias o por el contrario, a la EPS le dan el 95% de su presupuesto		En atención a varias observaciones de los actores se consideró realizar ajuste a los lineamientos para transferencia del Presupuesto máximo precisando que La ADRES hará transferencia del 100% los recursos del Presupuesto Máximo dentro de la vigencia fiscal respectiva considerando los ajustes según corresponda. La transferencia será mensual. La transferencia del primer mes después de la aprobación del presente proyecto normativo se podrá realizar en los últimos diez días del mes siguiente a la aprobación.  El presente proyecto normativo no modifica ninguna disposición respecto de la aplicación de giro directo.
1286	7	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Artículo 13 Transferencia del presupuesto máximo	No es clara cuál es la metodología para usar si se exceden los presupuestos máximos y el valor para recalcular debido al exceso.		Es necesario considerar el artículo 13 del proyecto de resolución, sobre “No superación del Presupuesto Máximo”, donde se contemplan medidas que le permiten a las EPS solicitar la revisión o ajuste del Presupuesto Máximo para la no superación del mismo. Particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en el numeral 2., de este artículo del proyecto de resolución.  Adicionalmente, es importante resaltar que la iniciativa del proyecto normativo, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias planteadas en el artículo 13, ni a las que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) la profundización de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la ley 1955 de 2019).  Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del Presupuesto Máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1287	8	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Artículo 18 Medicamentos financiados con cargo al presupuesto máximo	Se solicita aclarar si los medicamentos No PBS, que no han sido regulados por PRI y que no fueron incluidos en los listados de VMR, principalmente los medicamentos nuevos, ¿serán objeto de recobro y cuál será su fuente de financiación?		El presente proyecto normativo no es una regulación de precios. Las tecnologías no cubiertas por UPC que se financian con presupuesto máximo son las definidas en el artículo 18 y 19 del presente proyecto normativo con los lineamientos de la norma (articulado y anexos). Al aplicar los criterios del artículo 19 se define que tecnologías en salud continuarán siendo financiadas desde los recobros/cobros.	
1288	9	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Artículo 19: Numeral IV TÍTULO III Servicios y tecnologías financiados con cargo al presupuesto máximo	No se especifica qué pasa si la tecnología nueva no tiene comparador en los grupos relevantes del presupuesto máximo. ¿Se solicita aclarar en este caso cuál será la fuente y mecanismo de financiación?		<p>Se entiende que el establecimiento de VMR esa nivel de grupo relevante, tal cual lo establece el artículo 4 de la resolución 243 de 2019 y el artículo 3 del proyecto de resolución "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, así como a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.</p> <p>Se entiende entonces, que el VMR es único para todos los medicamentos del mismo grupo relevante y se calcula por unidad mínima de concentración UMC, de modo que el VMR no se estableciera de acuerdo a las diferentes indicaciones de un medicamento, sino de acuerdo a su principio activo a nivel ATC 5 y forma farmacéutica.</p> <p>En el caso de las formas farmacéuticas para vía oral, se consideran dos grandes divisiones: formas farmacéuticas convencionales y de liberación modificada.</p> <p>Así las cosas en el caso de la olanzapina se considera una única agrupación de tabletas o capsulas, las cuales corresponden a formas farmacéuticas empleadas por la vía oral de forma convencional, para aquellas indicaciones no cubiertas con cargo a la UPC.</p> <p>De acuerdo a la clasificación CIE-10 la manía, el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia tienen diferentes códigos. La manía severa a moderada no es únicamente una manifestación del trastorno afectivo bipolar y se presenta en otras condiciones de salud como por ejemplo el trastorno ciclotímico. De acuerdo a lo anterior se considera que en el caso de la OLANZAPINA con cargo a la UPC se incluyen todas las formas farmacéuticas y concentraciones, en la indicación de trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia, pero por existir indicaciones que no están cubiertas con cargo a la UPC se mantiene el grupo relevante.</p>	
1289	10	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Artículo 40: "Adres publicará el resultado del seguimiento y monitoreo." Seguimiento central y monitoreo	Se solicita aclarar cada cuánto va a ser publicado el monitoreo y en qué medios.		Como lo dispone el artículo 40 del presente proyecto normativo le corresponde a ADRES desarrollar, implementar y publicar en su página web el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo. Se espera que en tal disposición se precisen la forma y periodos de publicación de la información.	
1290	11	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Anexo 1 Metodología para establecer el presupuesto máximo Medicamentos y APME	¿Cómo se garantizará la calidad de los datos de recobro, teniendo en cuenta que ya se han reportado múltiples errores en la base de datos de recobros de Adres?		<p>Como lo dispone el artículo 43 del presente proyecto normativo será responsabilidad de la EPS suministrar a la ADRES y a este Ministerio la información con la oportunidad, periodicidad, calidad y vía requerida.</p> <p>Las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud deberán generar los RIPS correspondientes a las prestaciones respectivas y suministrarlas a las EPS, y a este Ministerio en el caso que este lo requiera.</p> <p>El Parágrafo menciona que el Ministerio con la participación de las EPS definirán el mecanismo que permita que la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS se conecten y faciliten el reporte de información y el respectivo seguimiento, sin perjuicio de los reportes de información que deben realizar las EPS en el marco de lo dispuesto en el presente acto administrativo.</p> <p>El no cumplimiento de lo dispuesto será del ámbito de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1291	12	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	2. Cálculo del Valor de Referencia – VR: 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	Se solicita aclarar si este numeral significa que en el cálculo NO SE RESTA el valor de la cuota moderadora, el del copago y el del comparador administrativo (es el valor bruto recobrado) o por el contrario es el valor neto, es decir, restando la cuota moderadora, el copago y el comparador administrativo.		<p>Para el cálculo del valor de referencia se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene hasta el suministro y dispensación de la respectiva tecnología, y a su vez, reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Según la definición Valor recobrado/cobrado corresponde al valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías 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, tampoco el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este Ministerio, ni al valor calculado para los servicios y tecnologías financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas</p>
1292	13	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Anexo 3 LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO ID 941, 942	Teniendo en cuenta que las principales indicaciones de esta tecnología (Esquizofrenia y Trastorno Afectivo Bipolar) se encuentran cubiertas en el Plan de Beneficios con Cargo a la UPC, solicitamos que se excluyan dichos mercados de Techos o de lo contrario se dejen explícitos los usos específicos en los que aplica dicho valor máximo de recobro, teniendo en cuenta que este VMR no debe constituirse ninguna referencia para definir el precio del producto en usos cubiertos por la UPC, ya que este VMR no se consideró para el cálculo de la UPC.		<p>Se entiende que el establecimiento de VMR esa nivel de grupo relevante, tal cual lo establece el artículo 4 de la resolución 243 de 2019 y el artículo 3 del proyecto de resolución "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, así como a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.</p> <p>Se entiende entonces, que el VMR es único para todos los medicamentos del mismo grupo relevante y se calcula por unidad mínima de concentración UMC, de modo que el VMR no se estableciera de acuerdo a las diferentes indicaciones de un medicamento, sino de acuerdo a su principio activo a nivel ATC 5 y forma farmacéutica.</p> <p>En el caso de las formas farmacéuticas para vía oral, se consideran dos grandes divisiones: formas farmacéuticas convencionales y de liberación modificada.</p> <p>Así las cosas en el caso de la olanzapina se considera una única agrupación de tabletas o cápsulas, las cuales corresponden a formas farmacéuticas empleadas por la vía oral de forma convencional, para aquellas indicaciones no cubiertas con cargo a la UPC.</p> <p>De acuerdo a la clasificación CIE-10 la manía, el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia tienen diferentes códigos. La manía severa a moderada no es únicamente una manifestación del trastorno afectivo bipolar y se presenta en otras condiciones de salud como por ejemplo el trastorno ciclotímico. De acuerdo a lo anterior se considera que en el caso de la OLANZAPINA con cargo a la UPC se incluyen todas las formas farmacéuticas y concentraciones, en la indicación de trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia, pero por existir indicaciones que no están cubiertas con cargo a la UPC se mantiene el grupo relevante.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1293	14	24/01/2020	202042300094302	Lorena Cañon	Eli Lilly	Anexo 3 LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO ID 1050	Se solicita que teniendo en cuenta que esta tecnología fue recientemente lanzada al mercado (2019) y por lo tanto cuenta con muy pocos datos de recobro que hagan confiable y predecible el cálculo del valor de Cobro -Recobro para Techos, y tampoco surtió el trámite de consulta pública dentro de la regulación de VMR, sea excluida de Techos y se defina su mecanismo de financiación a través del vigente mecanismo de recobro a ADRES, con recursos independientes del presupuesto máximo, hasta tanto se cuente con la suficiente información de recobros que permita que sea incluida en el presupuesto máximo.		Teniendo en cuenta su observación, se procede a realizar la respectiva revisión de la expedición del Registro Sanitario en donde se evidencia que la fecha de otorgamiento del mismo fue el 21/12/2018. Así las cosas, se aclara que dentro de la metodología del Proyecto de Resolución de Presupuestos Máximos se contemplaron los medicamentos que fueron recobrados hasta Junio de 2019, en donde para el caso del Ramucirumab se reportaron recobros para el periodo de referencia. Por otro lado, respecto a los procesos de consulta pública respecto al medicamento objeto de su consulta, justamente es lo que está surtiendo efecto en estos momentos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.	
1294	1	24/01/2020	202042300094172	María teresa Arenas M	Bariatric		solicitamos un nuevo cálculo de los promedios, teniendo en cuenta el valor de nuestro producto que corresponde a la categoría 3, formula modular, gr en polvo*. *Se adjunta soporte del documento en mención.	1. La fuente de información para el cálculo de presupuesto máximo, en el régimen contributivo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobro en estado aprobado que corresponde al periodo de referencia con tres vigencias, entre el 1 de enero a 31 de diciembre del año de 2015, 2016, 2017 (pág. 6, documento definición grupos relevantes*). Teniendo en cuenta lo anterior, queremos resaltar que para estos periodos nuestros productos no estaban en el mercado, ya que la aprobación como Alimento con Propósito Médico Especial se obtuvo en enero de 2018 por parte del INVIMA y subido al sistema MIPRES a mediados del mes de julio del mismo año. 2. La parametrización matemática, donde se generó el calculo con los precios de los productos existentes en el mercado, por fechas, no estuvo incluido nuestro producto. La materia prima que nosotros usamos es de una calidad superior y con tecnología avanzada, que hace que tenga un costo más elevado que el promedio y al no estar incluido dentro de esta parametrización nos deja fuera del valor máximo de recobro.	Respecto a sus observaciones es necesario señalar que los valores de referencia de Alimentos con Propósito Médico Especial (APME) se calcularon con base en los registros administrativos de recobros/cobros reportados por los agentes recobrantes a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), correspondientes a las vigencias 2015, 2016 y 2017; en razón a que estos eran los años aprobados y auditados al momento de desarrollar la metodología de cálculo.  Dichos registros recogen información de las facturas presentadas por los agentes recobrantes, las cuales a su vez contienen los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos, gastos administrativos y el valor del dinero, entre otros.  Sin embargo, se debe tener en cuenta que la metodología establece el cálculo del IBNR (Incurred But Not Reported – Incurridos Pero No Reportados) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no habían sido reportadas, lo cual se traduce en la estimación de un valor desconocido; con ello se contempla el comportamiento de los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), independientemente de la Empresa Promotora de Salud (EPS) en la que se encuentran.  De igual manera, es preciso indicar que la metodología de cálculo de los valores de referencia de Alimentos con Propósito Médico Especial (APME) se desarrolló para cada grupo relevante, entendiéndose éste como el “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”; tal como se dispone en el proyecto de resolución. Lo anterior, indistintamente del producto, la marca comercial y la concentración del mismo.  Por otra parte, es indispensable advertir que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un Presupuesto Máximo; en tal sentido, éste no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los servicios o tecnologías en salud, ni regular las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  En razón a lo anterior, este proyecto de resolución no se configura per se cómo una regulación de precios, y por ende, permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda.  Considerando las precisiones previamente realizadas, se debe aclarar que el valor de referencia calculado para el ID 3 – FÓRMULA MODULAR – GR – POLVO, aplica para aquellos Alimentos con Propósito Médico Especial (APME) que cumplen con las características determinadas en la definición de grupo relevante, para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo.	
1295	1	24/01/2020	202042300094162	Said Murad	SANOFI	Anexo 1. PRI	Se solicita que se agregue la aclaración de que los presupuestos máximos serán reajustados si existe un cambio en el PRI, definido por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos	La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos tiene pendiente ajustar por inflación varios medicamentos que se encuentra con control directo. De existir un cambio en dichos precios éste debe ser considerado en el cálculo del presupuesto máximo anual.	La Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES). Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema. En ese sentido, la metodología, en la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales, recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017, 2018 y 2019). Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura en dicho valor inicial, al cual se le adiciona el cálculo del recobro tardío (IBNR), que incluye parte de la información de 2019, con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado. Así mismo, se calcula el crecimiento promedio anual de las cantidades mediante técnicas econométricas de panel de datos con efectos fijos para cada grupo relevante; dicho crecimiento anual se aplica para encontrar las cantidades para el año 2020. De tal manera que, el cálculo de las cantidades contempla todos los aspectos a tener en cuenta, por lo que no se espera que se observen faltantes.  La información es suficiente y válida, sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos históricas muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo, lo anterior quiere decir que los cálculos de las cantidades reflejan las prescripciones que han sido pagadas por tanto suministradas, no hay cantidades sesgadas, son reales y de calidad.  El factor de las cantidades del delta calculado para el periodo t, da cuenta del comportamiento histórico de lo recobrado, con 33.713.766 registros administrativos en medicamentos y APME, que en el estado normal de las cosas, no pueden tener grandes variaciones a razón de: i) Los cambios en el comportamiento en el uso de servicios atribuibles a condiciones de salud o enfermedad que enfrenta la población asegurada, solo se reflejaría en situaciones extraordinarias, como epidemias o pandemias, que llevarían a cambios súbitos en los indicadores epidemiológicos de salud que deban ser considerados en forma específica; ii) Ley de grandes números: la frecuencia relativa de los diferentes resultados de un experimento aleatorio, tiende a estabilizarse en un solo número, el cual justamente determina la probabilidad. Si un estimador es consistente, se vuelve más confiable al tener tamaños de muestras grandes, en este caso no hay muestra sino el universo de datos completo; iii) Teorema del límite central: La variable aleatoria Y” tiene distribución normal asintótica con media $\mu$ y variancia $s^2/n$ , en la medida en que el tamaño de muestra aumente.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1296	1	24/01/2020	202042300094132	Marisol Sánchez González	Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud-ANDI		1. Teniendo en cuenta que existe una alta variabilidad de tecnologías dentro de un mismo procedimiento ya que el uso de estas depende de la condición médica del paciente y sus necesidades; al establecer un valor de referencia se estaría limitando el acceso pertinente del procedimiento.	Excluir de este proyecto normativo los procedimientos daría espacio para un mejor análisis de la información de la base de datos para el cálculo de los valores de referencia, mantendría el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, evitando que el cumplimiento del Presupuesto Máximo afecte la prestación del Servicio.	<p>Respuesta 1: Sobre su solicitud de excluir del Presupuesto Máximo los procedimientos en salud no financiados con cargo a la UPC, la misma no es procedente en consideración a las siguientes razones:</p> <p>En principio es importante mencionar que sin la propuesta de presupuestos máximos, el Sistema de Salud garantiza el derecho fundamental a la salud, de conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria de salud) a través de la prestación de tecnologías en salud o servicios complementarios estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, así como el acceso a las prestaciones de salud, a través principalmente de tres mecanismos de protección: i) mecanismo de protección colectiva que mancomuna riesgos individuales, a través del aseguramiento social. Los beneficios que contiene este mecanismo se establecen con base en un análisis a priori de las necesidades de la población, ii) mecanismo de protección individual mediante el cual se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago tanto de tecnologías en salud no garantizadas mediante el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) como de servicios complementarios debidamente autorizados y iii) mecanismo de exclusiones mediante el cual se excluyen algunos servicios y tecnologías de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.</p> <p>El mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) cubre las prestaciones de salud que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) y se encuentran descritas en el texto de la Resolución 3512 de 2019 y sus anexos: 1 "Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC", 2 "Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" y 3 "Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC" los cuales hacen parte integral del mismo acto administrativo.</p> <p>El mecanismo de protección individual comprende el conjunto de tecnologías en salud que no se encuentran descritas en el mecanismo de protección colectiva, y que están autorizadas en el país por autoridad competente (INVIMA, Resoluciones de Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de habilitación entre otras) y servicios complementarios debidamente autorizados. Este mecanismo financia dichas prestaciones a través de las entidades territoriales para los afiliados al régimen subsidiado y a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).</p> <p>Por otra parte, el mecanismo de exclusiones establecido como protección del derecho fundamental a la salud mediante el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 comprende el conjunto de tecnologías que se excluyen de la financiación con recursos públicos asignados a la salud y que se encuentran descritas en la Resolución 5267 de 2017.</p> <p>Ahora bien, con la propuesta de Presupuestos Máximos el mecanismo individual migra al mecanismo colectivo en virtud que se calcula ex ante, es predecible y los recursos fluyen de diferente forma y se deja la gestión en las EPS.</p> <p>Conforme lo anterior, la propuesta avanza a que las tecnologías en salud sean gestionadas de forma integral y en la práctica se incentiva a los agentes a cambiar la forma de contratar, gestionar y garantizar el derecho se profundiza. Por tanto, se considera que su propuesta es superada por lo planteado en el mecanismo de presupuestos máximos del proyecto de resolución, y da espacio a evaluar lo que suceda en el futuro y se constituye la anualidad en una transitoriedad.</p> <p>Finalmente, es importante resaltar que la iniciativa contenida en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema. Es así como este Ministerio reitera lo manifestado en varias ocasiones, en cuanto a que se avanza de manera gradual en la profundización del derecho a la salud a través del citado conjunto de estrategias de las cuales hace parte los Presupuestos Máximos, y en señal de ello no todo debe estar a cargo de determinado mecanismo, así, el diseño de éstos se hace conforme a la evolución y transición requerida para lograr la integralidad de la atención en salud de los usuarios.</p>
1297	2	24/01/2020	202042300094132	Marisol Sánchez González	Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud-ANDI		2. Con la metodología de cálculo del valor de referencia para los procedimientos, se dejaría por fuera aquellas tecnologías innovadoras que resultan costo – efectivas, desincentivando el uso de la tecnología para el adecuado tratamiento del paciente.		<p>Respuesta 2: En atención a su planteamiento sobre "Con la metodología de cálculo del valor de referencia para los procedimientos, se dejaría por fuera aquellas tecnologías innovadoras que resultan costo – efectivas (...)", debe precisarse un primer lugar que en la propuesta de resolución éste Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado, por ende, no regula las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de la cadena.</p> <p>Así, los valores de referencia no constituyen per se una regulación de precios por cuanto para efectos del cálculo respectivo, dichos valores tienen en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene hasta el suministro y dispensación de la respectiva tecnología, y a su vez, reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>En este escenario, debe considerarse en principio que en el proyecto de resolución del mecanismo de Presupuesto Máximo están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda. No obstante, en el proyecto de resolución están consideradas las diferentes situaciones relacionadas con las condiciones que deben cumplirse en los casos de las tecnologías financiadas con cargo al Presupuesto Máximo (artículo 18), las tecnologías que no hacen parte del Presupuesto Máximo (artículo 19) y las tecnologías que eventualmente pueden ser objeto de recobro/cobro a La ADRES (artículo 20).</p> <p>El Artículo 19., sobre Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo, dispone en su literal vii) que no hacen parte los Procedimientos nuevos en el País.</p> <p>Finalmente, debe advertirse que en la prestación de servicios de salud al interior del Sistema se debe tener en cuenta el principio de integralidad, dentro del cual todo aquello que es necesario e insustituible para la realización de un procedimiento, está incluido.</p>
1298	3	24/01/2020	202042300094132	Marisol Sánchez González	Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud-ANDI		3. Consideramos necesario revisar a profundidad las bases de datos utilizadas para el cálculo del valor de referencia de los procedimientos ya que la agrupación de los componentes del valor en el mismo cambian conforme a la entidad recobrante.		<p>Respuesta 3: Respecto a su consideración sobre "revisar a profundidad las bases de datos utilizadas para el cálculo del valor de referencia de los procedimientos ya que la agrupación de los componentes del valor en el mismo cambian conforme a la entidad recobrante.", la misma no es dable por cuanto para la aplicación a lo señalado en el proyecto de resolución en cuanto a la metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se tomó como insumo las bases de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>En esta información de vigencias consolidadas, se documenta el histórico de uso de servicios independientemente de las entidades involucradas, estructurándose la mejor información disponible en la medida en que representa el comportamiento de las prestaciones no PBS-UPC.</p> <p>Vale recordar que en el proyecto de resolución y sus anexos, se detalla la metodología utilizada para realizar las agrupaciones de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC.</p>
1299	4	24/01/2020	202042300094132	Marisol Sánchez González	Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud-ANDI		4. El valor máximo establecido en algunos CUPS podría impulsar problemas de calidad y riesgo en la seguridad del paciente por la limitación económica que busca el proyecto de resolución, por lo cual recomendamos que dichos procedimientos sean excluidos.		<p>Respuesta 4: Ante su comentario sobre que "El valor máximo establecido en algunos CUPS podría impulsar problemas de calidad y riesgo en la seguridad del paciente por la limitación económica que busca el proyecto de resolución, por lo cual recomendamos que dichos procedimientos sean excluidos", debe reiterarse que el Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado, por ende, no regula las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de la cadena.</p> <p>Así, la propuesta de Presupuestos Máximos tiene como objeto avanzar en la integralidad de la atención a través de la modificación de la forma de transferir los recursos, en donde la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado las cosas respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías en salud que están financiadas con la Unidad de Pago por Capacitación - UPC, las más costo efectivas y de mayor beneficio-riesgo, de forma tal, que se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, de forma integral con los recursos de UPC, sin perjuicio de la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p>
1300	5	24/01/2020	202042300094132	Marisol Sánchez González	Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud-ANDI		para minimizar el impacto de esta normativa a los pacientes en el acceso de los procedimientos, sugerimos respetuosamente ajustar la revisión del percentil 25 (sugerido en el artículo 6) reemplazándolo por un percentil máximo del 5% para lograr mejorar el acceso, la calidad y la seguridad del paciente hacia tecnologías que actualmente se encuentran excluidas bajo la metodología expuesta		<p>Respuesta 5: Con relación a su sugerencia sobre ajustar los percentiles, la misma no es procedente en razón a que un el percentil diez para el caso de los grupos relevantes con un único oferente, se encontró que existen recobros con un valor inferior o igual a este percentil, identificándose lo mismo en los grupos relevantes con dos o más oferentes que tienen asignado el percentil 25 como valor de referencia.</p> <p>Cabe aclarar que el percentil seleccionado busca propender por un uso racional de los recursos, en alineación con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS.</p> <p>La selección de los percentiles, como lo expone la metodología del anexo número 2 del proyecto de acto administrativo, se realiza de acuerdo al número de oferentes que contenga el grupo relevante, lo cual no pretende realizar distinción alguna entre los grupos relevantes respecto a la fijación del estadístico de tendencia central o de posición que defina el valor de referencia.</p> <p>Por último, debe advertirse que previa publicación de este proyecto de acto administrativo se hicieron los análisis respectivos y la consolidación del fundamento metodológico de la propuesta de Presupuestos Máximos, lo cual permitió la identificación y clasificación de los grupos relevantes así como la selección de los dos percentiles que determinan el VMR en comento.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1301	1	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI		<p>1. El Estado tiene el compromiso de reducir las inequidades existentes entre los regímenes contributivo y subsidiado, este proyecto de resolución aumenta y perpetua las brechas en el régimen subsidiado.</p> <p>El 49,8% de la población se encuentra afiliada en el régimen subsidiado, para quien el presupuesto máximo asignado es del 14,5% vs. el presupuesto del régimen contributivo, que ocupa el otro 50% de la población. Sin duda este proceso en construcción implica una restricción presupuestal y limitaciones de acceso a tecnologías NO PBS para la población más pobre del país, configurando “inequidades en salud, que son innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead).</p> <p>Adicionalmente, no existe información suficiente para definir el presupuesto del régimen subsidiado, a diferencia de las fuentes que existen para el régimen contributivo y no se contempla una metodología diferencial de ajuste para el régimen subsidiado.</p>		<p>Respuesta 1. En atención a su observación respecto de “(...) este proyecto de resolución aumenta y perpetua las brechas en el régimen subsidiado (...) El 49,8% de la población se encuentra afiliada en el régimen subsidiado, para quien el presupuesto máximo asignado es del 14,5% vs. el presupuesto del régimen contributivo, que ocupa el otro 50% de la población (...)”, es importante precisar que el Ministerio de Salud en virtud de la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, en la que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente (mecanismo de protección individual y mecanismo de protección colectiva), el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 (Presupuestos Máximos), con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para garantizar el derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>El propósito de la mencionada disposición normativa (artículo 240) consiste, entonces, en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC), en tanto que el valor de referencia se determina por un cálculo de históricos de uso que fueron reportados por las mismas EPS a la ADRES por lo cual no existe inequidad en su distribución.</p> <p>Así, al equiparar los mecanismos de protección colectiva e individual, se fortalece la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente, esperando con la propuesta de Presupuestos Máximos que el mecanismo individual migre al mecanismo colectivo en virtud que se calcula ex ante, es predecible y los recursos fluyen de diferente forma y se deja la gestión en las EPS.</p> <p>De otro lado, referente a su comentario “(...) no existe información suficiente para definir el presupuesto del régimen subsidiado, a diferencia de las fuentes que existen para el régimen contributivo y no se contempla una metodología diferencial de ajuste para el régimen subsidiado (...)”, es importante mencionar que para definir los Presupuestos Máximos en el Régimen Subsidiado, se estructuró la mejor información completa y disponible tomando en cuenta el reporte de prestaciones No PBS-UPC-S suministrado a través de la plataforma PISIS por 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 tutelas del régimen subsidiado que hace La ADRES a este ministerio, incluyéndose para el cálculo del Presupuesto Máximo los valores reportados con la totalidad de la prestación del servicio (insumos, dispositivos médicos, etc.) por cada uno de los códigos existentes. De otra parte, en caso de requerirse, es posible dar aplicación a lo dispuesto en el Artículo sobre “No superación del Presupuesto Máximo.”, numeral 3, del proyecto de resolución donde se contemplan medidas que le permiten a las EPS solicitar la revisión o ajuste del Presupuesto Máximo.</p> <p>Respecto a la garantía del acceso a las tecnologías y el acceso efectivo a servicios en salud, es importante precisar que el objeto del presente proyecto normativo es definir la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y establecer el valor a trasferir a las EPS, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago Capitación, sin que en la aplicación del Presupuesto Máximo se afecte la prestación integral de los servicios al usuario.</p>
1302	2	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI		<p>2. La metodología propuesta no considera la inclusión de “indicadores de resultados en salud” ligados al incentivo financiero por la gestión eficiente del recurso, según lo requiere el Plan Nacional de Desarrollo.</p> <p>El Plan Nacional de Desarrollo estipula que “El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un mecanismo de pago por resultados en salud”...“Adicionalmente se establecerán incentivos de reconocimiento social y empresarial por resultados con calidad para las IPS</p> <p>del Sistema de Salud u otros actores del Sistema de Seguridad Social en Salud”. (Art. 241 de la Ley 1955 de 2019).</p> <p>En contraste, en el proyecto de resolución en consulta se evidencia que los incentivos por la gestión del presupuesto máximo por EPS, solo contemplan aspectos financieros, lo cual se explica en la necesidad de implementar medidas frontales de contención del gasto. Esta orientación desconoce que la sostenibilidad financiera del sistema debe contemplar eficiencia en el uso de los recursos y adicionalmente, medición de resultados y calidad en salud,</p>		<p>Respuesta 2. En respuesta a su observación acerca de “(...) La metodología propuesta no considera la inclusión de “indicadores de resultados en salud” ligados al incentivo financiero por la gestión eficiente del recurso (...)”, este Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución la implementación que el presupuesto máximo pueda ajustarse en razón al cumplimiento de indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post que para el efecto establezca este Ministerio, buscando incentivar el logro de resultados en salud..</p> <p>Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas con respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1303	3	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI		3. Metodológicamente, se omiten aspectos técnicos que pueden afectar el acceso de los pacientes a los servicios y tecnologías, entre los que se evidencian: a) La fijación del presupuesto por EPS del Régimen Contributivo muestra una disparidad que no guarda relación con el número de afiliados existentes, la pirámide poblacional, cobertura geográfica y carga de la enfermedad. b) En el ajuste per cápita no se incluye la carga por alto costo, nuevas tecnologías y enfermedades huérfanas donde los pacientes son sujetos de especial protección. c) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico d) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico e) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico f) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico g) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico h) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico i) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico j) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico k) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico l) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico m) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico n) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico o) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico p) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico q) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico r) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico s) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico t) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico u) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico v) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico w) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico x) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico y) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico z) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico		Respuesta 3. En cuanto a su observación "a) La fijación del presupuesto por EPS del Régimen Contributivo muestra una disparidad que no guarda relación con el número de afiliados existentes, la pirámide poblacional, cobertura geográfica y carga de la enfermedad", debe señalarse que tales variables de ajuste de riesgo deben ser atendidas a través del mecanismo de protección colectiva (PBS-UPC), no obstante, también debe considerarse que para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS por las Entidades Territoriales y Entidades Promotoras de Salud que operan en dicho régimen, correspondiente a las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019, las tutelas reportadas por La ADRES al Ministerio y la información de prescripción histórica atendida a través de MIPRES, al interior de las cuales se encuentran inmersos los diagnósticos relacionados con la carga de enfermedad, el comportamiento de las diferentes poblaciones objeto de la cobertura y la demanda de servicios en las diferentes regiones.  En respuesta al punto b, de su observación: "En el ajuste per cápita no se incluye la carga por alto costo, nuevas tecnologías y enfermedades huérfanas donde los pacientes son sujetos de especial protección", debe considerarse en principio que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda (artículo 18 del proyecto de resolución). No hacen parte del Presupuesto Máximo las tecnologías y servicios financiados con cargo a la UPC y los excluidos explícitamente de financiación con recursos públicos asignados a la salud, en virtud a lo definido en el proyecto de resolución, en la cual también se detalla la metodología utilizada para establecer las tecnologías y servicios financiados con Presupuestos Máximos.  En los artículos citados, las tecnologías de alto costo, las nuevas tecnologías y las enfermedades huérfanas, tiene tratamiento diferencial e incluyente en la metodología de Presupuestos Máximos, y como quiera que el cálculo de los mismos tiene origen en el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS por las Entidades Territoriales y Entidades Promotoras de Salud que operan en dicho régimen, correspondiente a las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019, las tutelas reportadas por La ADRES al Ministerio y la información de prescripción histórica atendida a través de MIPRES, sin lugar a dudas se contemplaron todas las prestaciones en salud No PBS-UPC, a partir de las cuales se propone realizar los ajustes al Presupuesto Máximo.  Vale reiterar que en la metodología del presente proyecto de resolución se contempla que el presupuesto máximo pueda ajustarse en razón al cumplimiento de indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post que para el efecto establezca este Ministerio, buscando incentivar el logro de resultados en salud.  En cuanto a su observación C., en la que refiere que "(...) No se realizó la consulta pública de los valores máximos de recobro adicionales incorporados en el proyecto de resolución vs. el anexo técnico de la Resolución 3078 de 2019 (...) Las bases de datos compartidas por el MSPS, no cuentan con todas las variables en la metodología presentada (Precios, Datos faltantes, EAPB, etc.), por lo tanto, no es posible replicar la metodología propuesta (...)", debe saber que el proceso de socialización se surte con la publicación de este proyecto de resolución, la recepción de las observaciones y comentarios de la ciudadanía y grupos de interés, junto con las respuestas que sobre el particular se otorguen, en cumplimiento del Numeral 8, Artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.  La propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. Estos valores de referencia no son equiparables a los VMR (Resolución 3078 de 2019) o a los PRI (CNPMDM) aludidos en su comentario, dado que tienen un alcance diferente.  Vale advertir sobre su alusión al "caso de tecnologías que iniciaron su comercialización en 2019 (...)" que el presupuesto máximo se calcula para todas las tecnologías recobradas entre 2015 y 2018. Sin embargo, pensando en situaciones como la mencionada en su solicitud, se identificaron en el primer semestre de 2019 tecnologías en salud recobradas sin precedente de recobro en los años mencionados, las cuales se incorporaron en el presupuesto máximo estimando un valor de referencia que fue utilizado para complementar el cálculo del Q inicial y del IBNR de la vigencia 2018, desestimándose la existencia de una eventual subestimación de la información de ese periodo (2018).  De otra parte, sobre su observación relacionada con la publicación de las fuentes de información (ADRES), el Ministerio de Salud publicó desde el 24 de diciembre de 2019 en aras de la transparencia y legitimidad, y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en la página web del ministerio en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> , subsitio Otros Estudios.  Atinente a su comentario en el literal "d) El ajuste del presupuesto máximo para las vigencias futuras debe tener en cuenta la caracterización e identificación de nuevos pacientes en las diferentes cohortes, prevención, la carga de enfermedad y el perfil de riesgo en salud de la población de cada asegurador.", en adición a lo ya señalado en cuanto a que tales ajustadores de riesgo tienen su principal expresión en el PBS-UPC y al interior de Presupuestos Máximos en el histórico de la información que lo soporta, debe advertirse que el proyecto de resolución en el artículo sobre "Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente ", prevé reconocer un per cápita por el traslado de usuarios del Presupuesto Máximo para cada EPS. Adicionalmente, en el proyecto de resolución, es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.
1304	4	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	GENERAL	Cerca del 50% de la población afiliada en el régimen subsidiado, el presupuesto es de tan solo el 14,5% Vs. el presupuesto del RC.  Sin duda las limitaciones para el acceso a tecnologías NO PBS son evidentes para la población más pobre del país.  El Ministerio de Salud tendría que revisar esta metodología y hacer un cálculo real de las necesidades de los pacientes en todo el país, de cara a asegurar la cobertura universal y el derecho igualitario a la salud por parte de toda la población Colombiana.	La información oficial del Ministerio de salud dice que a noviembre de 2019 el número total de afiliados por régimen y el presupuesto asignado es:  REGIMEN CONTRIBUTIVO: 22.931.507 afiliados, \$ 3.635.986.134.556,00 presupuesto  REGIMEN SUBSIDIADO: 22.795.640 afiliados, \$ 528.544.943.490,00 presupuesto	Respuesta 4: En cuanto a su observación acerca de "revisar esta metodología y hacer un cálculo real de las necesidades de los pacientes en todo el país, de cara a asegurar la cobertura universal y el derecho igualitario a la salud por parte de toda la población Colombiana", es importante reiterar y complementar lo mencionado en las respuestas 1 y 2, en las cuales se aclaró que el Ministerio de Salud en virtud de la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, en la que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente (mecanismo de protección individual y mecanismo de protección colectiva), el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para garantizar el derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.  El propósito de la mencionada disposición normativa (artículo 240) consiste, entonces, en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos de protección colectiva e individual, se fortalece la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.  El presupuesto prospectivo considera entonces: i) los Valores Máximos de Recobro/cobro –VMR (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas y vi) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas que no han sido reportadas). Además, es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES. El presupuesto prospectivo se fija entonces para el conjunto de tecnologías que pueden ser predecibles, que fueron observadas en años anteriores.  Es importante resaltar que la iniciativa contenida en el artículo 240, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema, como por ejemplo: i) la profundización del mecanismo de puerta de entrada, ii) la profundización de la compra centralizada, iii) las estrategias de uso racional, iv) la actualización de los contenidos de los servicios y tecnologías en salud que se financian vía UPC, v) el mecanismo de exclusiones y vi) la regulación de los operadores logísticos de tecnologías en salud y para gestores farmacéuticos (este aspecto fue incluido también en la ley 1955).  Así, la gestión de las EPS llevará a un nuevo estado de las cosas con respecto al uso eficiente de los recursos del Sistema de Salud, en la cual se utilizará la tecnología que requiera el usuario, esperando que en este caso se incentive el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC, y se desarrollen y profundicen nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS gestionar los recursos del presupuesto máximo, sin perjuicio a la prestación del servicio al usuario y el derecho al acceso del mismo.  Finalmente, se debe tener en cuenta que la propuesta metodológica que se ha presentado no está en firme, y tuvo el objetivo de poder conocer las inquietudes y observaciones de los diferentes actores, para enriquecer con ello el respectivo diseño.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1305	5	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	CONSIDERA NDO	<p>El borrador de Resolución indica que “para mitigar el riesgo asociado a la gestión de estos servicios y tecnologías, las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros. En ningún caso, el cumplimiento del Presupuesto Máximo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio” adicionalmente señala “que la ADRES remitió al Ministerio de Salud y Protección Social la información histórica de los valores recobrados o cobrados durante las vigencias 2015 a 2019 en el régimen contributivo, con corte a junio de 2019, y analizada esta, se estableció que el Presupuesto Máximo a implementar para servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC corresponde al de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios, recobrados o cobrados en el Régimen Contributivo”.</p>	<p>Es motivo de revisión, dado que el presupuesto máximo (anexo 6) sugiere un total de 3.6 Billones de pesos para la vigencia 2020. No obstante, en presentaciones previas realizadas por el Ministerio de Salud sobre el histórico de recobros asociados a servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC en el régimen contributivo se estimaba en 4.4 Billones de pesos para 2018, en ese sentido, si el cálculo de presupuesto máximos contempló un periodo más amplio (2015 – junio 2019), no es claro por qué se presenta un déficit de al menos 0,8 Billones de pesos. Dado el enfoque de la presente resolución el cual es el control financiero de los recursos, las EPS y EOC podrán tomar medidas restrictivas que en la práctica limitarán el acceso a las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC. NO hay elementos claros en la resolución que aseguren los mecanismos de control de parte del estado para eliminar este riesgo. Este aspecto es el más relevante a revisar dado que iría en contravía de Derecho fundamental a la salud establecido en la constitución colombiana y ratificado por sentencias de la corte constitucional. Es necesario dejar explícito la forma como se medirán indicadores de salud y como hacer seguimiento a las restricciones al acceso que se puedan ocasionar por falta de presupuesto.</p>	<p>Respuesta 5. Con relación a sus observaciones sobre “[...] no es claro por qué se presenta un déficit de al menos 0,8 Billones de pesos (...)”, que a su juicio podrían generar “medidas restrictivas que en la práctica limitarán el acceso a las tecnologías”, y su percepción de “NO hay elementos claros en la resolución que aseguren los mecanismos de control”, es importante aclarar que no es cierto que se presente un déficit de al menos 0,8 Billones de pesos” ya que el cálculo de los presupuestos máximos debe contener, según el artículo 5 de la ley 1966 de 2019, un componente de gestión a cargo de las EPS, para lograr la eficiencia de estos recursos del el sistema, aspecto que se desarrolló en la metodología de cálculo, incluyendo en el cómputo este ajuste, a través de los valores de Referencia.</p> <p>La información tomada para el cálculo de valor de referencia corresponde a los reportes realizados (base SIL_MYT) por las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y las demás entidades recobrantes por la prestación de tecnologías no incluidas en el PBSUPC.</p> <p>Tampoco es cierta la limitación al acceso de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, ya que las condiciones para los profesionales de la salud y las IPS no han cambiado y pueden seguir operando como lo han venido haciendo, el cambio radica en el incentivo a la mayor eficiencia y gestión para las EPS, por lo que dando aplicabilidad a los postulados constituciones y legales, en especial la Ley 1751 de 2015 y el propio artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, resulta claro que en ningún caso el cumplimiento del Presupuesto Máximo puede afectar la prestación del servicio de salud.</p> <p>Ahora bien, sobre seguimiento y control de los recursos, el proyecto de resolución tiene contemplado un artículo específico para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el cual contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>Finalmente, en cuanto a su propuesta de incluir indicadores de gestión clínicos y resultados en salud por usuario, inicialmente este Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, con el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1306	6	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	GENERAL	<p>Las bases de datos de medicamentos (identificadas como "Bases de datos presupuestos máximos - 2019" en el link <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-porcapitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-porcapitacion-upc.aspx</a>) para poder evaluar el modelo econométrico propuesto en el proyecto de resolución de presupuestos máximos fueron dadas a conocer el 26 de diciembre de 2019, con lo cual sumado al corto plazo para poder evaluar la robustez y representatividad del modelo (r2, r2 ajustado, valor p, errores residuales, test de validación de los modelos, etc), se identifica que las bases de datos no contienen información de precios, lo cual hace imposible realizar las estimaciones señaladas que permitirían por transparencia validar la solidez metodológica del modelo, sus estimaciones y los supuestos que lo sustentan.</p> <p>Se señala que por método, las variables de calidad técnica del modelo deberían ser parte del anexo técnico, pero se desconocen, no solo en el agregado, sino en la evaluación del mismo para cada EAPB/EOC, dada la heterogeneidad en la distribución y cantidad de datos de partida en cada una. De igual forma, es inviable</p>		<p>Respuesta 6.</p> <p>En cuanto a su observación respecto del "corto plazo para poder evaluar la robustez y representatividad del modelo", considerando varias apreciaciones similares, el plazo para recibir las observaciones fue extendido. De otra parte, en aras de la transparencia y legitimidad, el Ministerio de Salud publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>, subsitio Otros Estudios.</p> <p>De otra parte, con respecto a "las moléculas que empezaron a ser comercializados en 2019", se revisaron los medicamentos que no se encontraban reportados en los años anteriores, pero sí a junio de 2019, y se llevaron como parte de la cantidad inicial. El modelo econométrico establece las cantidades y su variación, delta, que tendrían en el 2020 y no tiene como objetivo establecer valores.</p> <p>La información de valores se encuentra en el anexo 3, listado de los valores de referencia de los medicamentos utilizados como referente para el cálculo del presupuesto máximo, y su cálculo está descrito en el anexo 2, metodología para la determinación del valor de referencia para los grupos relevantes de medicamentos y alimentos para propósito medico especial, APME.</p> <p>Finalmente, el método Chain-Ladder se utilizó específicamente para el cálculo de las cantidades ajustadas a incluir en el Presupuesto Máximo, 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 (2018, con corte a junio de 2019). Así, se calcula el recobro tardío (IBNR) con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1307	7	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 3. Definiciones 21. Valor de Referencia (VR): corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC establecido en las circulares de control de precios para los medicamentos regulados por control directo (PRI), definidos por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM a su vez, los medicamentos que no cuenten con PRI pero si con VMR, este sería su valor de referencia, en ningún caso el valor podrá ser inferior a estos valores ya referidos.	Se propone el cambio de redacción: 21. Valor de Referencia (VR): corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC establecido en las circulares de control de precios para los medicamentos regulados por control directo (PRI), definidos por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM a su vez, los medicamentos que no cuenten con PRI pero si con VMR, este sería su valor de referencia, en ningún caso el valor podrá ser inferior a estos valores ya referidos.	Estos medicamentos ya fueron sometidos a control de precios por Circular 03 o VRM y debe ceñirse a la normatividad vigente. Insistimos en la necesidad de que el Ministerio de salud no genere confusiones en el mercado, incluyendo el mismo medicamento en las Circulares de PRI y en resoluciones de VMR. A pesar de reiteradas solicitudes persiste esta doble regulación o control de precios que genera serias confusiones en el mercado. Solicitamos una vez mas que los medicamentos y tecnologías incluidas en PRI no sean objeto de VMR.	.Respuesta 7.  Referente a su propuesta de modificación de la definición de Valor de Referencia (VR), la misma no es procedente por cuanto, en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos éste Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado, no realiza fijación del VMR y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  En cuanto a la regulación de precios de medicamentos por parte de la CNPMDM, éste órgano fijó los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.
1308	8	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Para el caso de Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios corresponde al percentil xx de los valores promedio recobrado/cobrado, contenidos en el anexo	No es claro el percentil que será tomado para el calculo del valor de referencia, dado que aparece en el articulado como " percentil xx".		Respuesta 8.  En atención a su solicitud de aclarar el "percentil xx", tomado para el cálculo del valor de referencia, el mismo será incorporado en el articulado del proyecto de resolución.  Ahora bien, vale precisar que el valor de referencia calculado no es una tarifa y obedece al primer cuartil, correspondiente al percentil 25 de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recobradas.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1309	9	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo	El Ministerio de salud debería usar una metodología prospectiva basada en incidencias y prevalencias para calcular de manera técnica la real necesidad de estas tecnologías en más de la mitad de la población afiliada. No hacerlo dará origen a serios problemas de restricciones en el acceso que queremos advertir desde ya.	Es de público conocimiento que la información sobre recobros/Cobros en las EPS de Régimen subsidiado presentan serios déficit e inconsistencia y además un histórico permanente de negaciones, rechazos y no entrega de medicamentos y tecnologías no financiadas con recursos de UPC a esta población, que no quedan en reporte alguno. Esto sin duda hace prever que la base con la cual se va a calcular el presupuesto máximo a estas EPS es totalmente deficiente, lo cual dará lugar a serio déficit de presupuesto.	<p>Respuesta 9. En atención a sus observaciones planteadas en cuanto a “usar una metodología prospectiva basada en incidencias y prevalencias”, en principio debe señalarse que en el proyecto de resolución se encuentra descrita ampliamente el modelo econométrico prospectivo, que tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. En esta información de vigencias consolidadas, se documenta el histórico de uso de servicios independientemente de las entidades involucradas incorporándose en el análisis el comportamiento incidente y prevalente de las tecnologías en salud, con lo cual la estimación de Presupuestos Máximos, contempla de manera indirecta estos aspectos.</p> <p>Así mismo, como otra medida de estimación prospectiva, en la metodología, se establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas.</p> <p>Además, hay que tener en cuenta que el Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto, se realizará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>Respecto a su observación relacionada con la información del Régimen Subsidiado, y tomando en cuenta el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS por las Entidades Territoriales y Entidades Promotoras de Salud que operan en dicho régimen, correspondiente a las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019, conformándose una base final de servicios recobrados, que incluye para el cálculo del presupuesto máximo los valores reportados con la totalidad de la prestación del servicio (insumos, dispositivos médicos, etc.) por cada uno de los códigos existentes.</p> <p>Ahora bien, en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, sobre SANEAMIENTO FINANCIERO DEL SECTOR SALUD EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES, La ADRES tiene previsto asumir el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado, siendo el Presupuesto Máximo el mecanismo complementario a través del cual se asumirá a futuro el financiamiento de estos servicios. Este nuevo mecanismo de Presupuestos Máximos, contará con el seguimiento y monitoreo de recursos desde las EPS hasta las IPS y proveedores de tecnologías en salud, con el propósito de garantizar la atención oportuna e integral de los usuarios.</p> <p>Conforme lo anterior, la propuesta avanza a que las tecnologías en salud sean gestionadas de forma integral y en la práctica se incentiva a los agentes a cambiar la forma de contratar, gestionar y garantizar el derecho se profundiza. Por tanto, se considera que su propuesta es superada por lo planteado en el mecanismo de presupuestos máximos del proyecto de resolución, y da espacio a evaluar lo que suceda en el futuro y se constituye la anualidad en una transitoriedad.</p>
1310	10	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo	Incluir en la metodología un análisis cuantitativo de la población que no ha podido tener acceso oportuno al Sistema de Salud y que debería estar incluida en el presupuesto de Techos. Para esto, se sugiere como fuente de información las peticiones, quejas y reclamos realizados	El análisis de siniestralidad no refleja la realidad del país, por lo cual se debe asegurar que los Techos propuestos de presupuesto sea suficiente acorde con la demanda en Colombia.	Respuesta 10. Conforme a sus observaciones sobre “incluir como fuente de información las peticiones, quejas y reclamos realizados ante la Supersalud” y que el “análisis de siniestralidad no refleja la realidad del país”, es importante reiterar lo señalado en las respuestas 1 y 6 en cuanto a que la metodología de Presupuestos Máximos del proyecto de resolución, se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información reportada por las EPS a la ADRES, la cual corresponde a la mejor disponible.
1311	11	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo	Realizar el cálculo de Presupuesto Máximo en el régimen subsidiado mediante el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS, aumenta el riesgo sobre las inequidades existentes que padece la población afiliada a este régimen (Pág. 13, Informe rendición de cuentas 2018, MSPS). Dada la falta de sincronía entre la cantidad y el reporte de información entre las dos plataformas de reporte No PBS, se debería calcular teniendo en cuenta el valor per cápita del régimen contributivo con un perfil de riesgo comparable, dejando un tiempo de transitoriedad, que permita calibrar con datos de cada EPS del régimen subsidiado.	La Defensoría del pueblo en 2018 en su informe de tutelas en salud, mostró que 81,3% de las tutelas fueron por servicios contenido en PBS. Lo cual genera preocupación, debido al alto porcentaje de acciones legales para el acceso a tecnologías en salud que están en la protección colectiva, siendo un proxi de inequidad en el acceso de tecnologías no PBS. (https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-lasalud-2018.pdf) “La muestra estuvo conformada por tutelas distribuidas así: al régimen contributivo le fueron interpuestas el 39,19 por ciento de las acciones, al subsidiado el 48,15 por ciento y a otros regímenes el 12,66 por ciento. La información fue recolectada durante los años 2018 y 2019” (https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-lasalud-2018.pdf ) En la misma línea, el MSPS en su informe de gestión 2018, manifiesta “Las inequidades existentes entre los regímenes contributivo y subsidiado y la falta de una actualización integral del plan de beneficios habían sido advertidas por distintos estamentos sociales y estatales, incluida la Corte Constitucional. ” (https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-informegestion-2018.pdf)	<p>Respuesta 11. Respecto a su observación sobre “Realizar el cálculo de Presupuesto Máximo en el régimen subsidiado mediante el reporte de información suministrado a través de la plataforma PISIS, aumenta el riesgo sobre las inequidades existentes que padece la población afiliada a este régimen (...)” vale reiterar lo señalado en la respuesta 6 en cuanto a indicar que para la estimación de los Presupuestos Máximos del Régimen Subsidiado, se estructuró la mejor información disponible tomando el reporte de información realizado a través de la plataforma PISIS directamente por las Entidades Territoriales y Entidades Promotoras de Salud que operan en dicho régimen (vigencias 2015, 2016, 2017, 2018, corte a junio 30 de 2019). Esta información recibida de primera mano, contiene entonces los servicios recobrados (tutelas inclusive) e incluye los valores reportados con la totalidad de la prestación del servicio (insumos, dispositivos médicos, etc.).</p> <p>En cuanto a su propuesta de “ (...) calcular teniendo en cuenta el valor per cápita del régimen contributivo con un perfil de riesgo comparable, dejando un tiempo de transitoriedad, que permita calibrar con datos de cada EPS del régimen subsidiado (...)”, la misma no es procedente toda vez que como se adaró, ya se dispone de la información necesaria para realizar la estimación de Presupuestos Máximos para el régimen subsidiado, además, en caso de requerirse, es posible dar aplicación a lo dispuesto en el numeral 3. del Artículo 13., del proyecto de resolución, sobre No superación del Presupuesto Máximo., donde se contemplan medidas que le permiten a las EPS solicitar la revisión o ajuste del Presupuesto Máximo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1312	12	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 6. Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado	Hacer una modelación de ejemplo en Excel de la implementación del Modelo con diferentes Tecnologías (Enfermedades Crónicas, Enf Huérfanas, Alto Costo, Cáncer).	Con el fin de transparentar la metodología y las fórmulas incluidas en el proyecto de Resolución, consideramos relevante que el Ministerio incluya una herramienta de ejemplo utilizando Excel que es de fácil acceso y entendimiento para todos los actores; y que así mismo sea aplicado el ejemplo con diferentes tecnologías. Esto debe ser parte de la Ficha Técnica.	Respuesta 12.  En atención a su solicitud, la misma no es procedente, por cuanto la información necesaria para replicar la metodología del modelo Econométrico (paso a paso) se encuentra disponible en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> .  Vale mencionar que las bases de datos utilizadas, superan los 30 millones de registros, volumen de datos cuyo procesamiento no es tolerable por los programas de hojas de cálculo tradicionales, como Excel.
1313	13	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Art 6, punto ii.	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 el año 2018.	Las EPS tienen 3 años para presentar las facturas, por lo que también pueden faltar facturas 2017. Se solicita conocer el % de datos faltantes y el n total de cada grupo relevante.	Respuesta 13. En consideración a sus comentarios relativos a la metodología contenida en el proyecto de resolución para Medicamentos y Alimentos con Propósito Médico Especial, y al periodo de 3 años que tiene las EPS para presentar facturas, se reitera la precisión realizada en respuestas anteriores, donde se aclara que el método Chain-Ladder se utilizó específicamente para el cálculo de las cantidades ajustadas a incluir en el Presupuesto Máximo, 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 (2018, con corte a junio de 2019).  Así, se calcula el recobro tardío (IBNR) con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado. Con esta estimación incorporada al cálculo, se contemplaría el “% de datos faltantes” aludido en su comentario; el porcentaje del IBNR es del 1,1%.  Sobre su segunda solicitud de información, es importante señalar que dentro de las bases de datos publicadas por el Ministerio, se encuentra el n total de cada grupo relevante, el cual corresponde a las UMC definidas para cada uno de estos grupos relevantes.
1314	14	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República en el evento que no se disponga de información del suministro de	El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en la inflación del último año publicada por el DANE. Adicionalmente, se tendrán en cuenta los comportamientos epidemiológicos de la población.	La meta de inflación históricamente ha sido del 3%. Sin embargo, en los últimos años esta meta no se ha cumplido y ha estado por encima de este valor por lo tanto ajustar por el valor medio del rango de la meta de inflación no es una medida que se ajuste a la realidad de la economía colombiana. El ajuste estaría subestimado teniendo en cuenta el comportamiento 2019. Sumado a lo anterior, recomendamos revisar la recomendación de IETS en evaluaciones económicas donde el valor de ajuste es superior (5%), con base en criterios económicos.	Respuesta 14. Sobre su observación al Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, en particular la relativa al mecanismo de ajuste del mismo, el Ministerio tiene previsto incorporar como ajustadores sobre los cuales se basará el Presupuesto Máximo, al punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República para los valores de referencia, PRI, valores máximos o valores promedio de las EPS, siempre y cuando no supere los VR; y, al reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES.  De igual manera, en el evento que no se disponga de información del suministro y valores de los servicios y tecnologías en salud objeto del presente acto administrativo y para cada Grupo Relevante el Ministerio de Salud y Protección Social calculará el Presupuesto Máximo con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Así mismo, La ADRES para financiar posibles contingencias y desviaciones futuras descontará un 2.5% del valor del Presupuesto Máximo de la EPS que no envíe la información respectiva.  De otra parte, debe tener en cuenta que los Valores de Referencia (VR) no constituyen un precio de mercado, su campo de aplicación es exclusivo para efectos del cálculo de Presupuestos Máximos de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, por lo tanto está establecido como una transferencia con recursos públicos y para tal efecto se tiene en cuenta la meta de inflación de Banco de la República o la meta de inflación fijada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, para efectos de establecer presupuesto en el gasto público del gobierno.  El Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), documento adoptado mediante la Ley 819 de 2003, enfatiza en los resultados y propósitos de la política fiscal, haciendo un recuento de los hechos en materia de comportamiento de la actividad económica y fiscal del país en el año anterior. De igual forma, presenta las estimaciones para el año que cursa y para las diez vigencias siguientes y muestra la consistencia de las cifras presupuestales con la meta de superávit primario y endeudamiento público y, en general, con las previsiones macroeconómicas. El documento Marco Fiscal de Mediano Plazo 2019, expresa que se espera que la inflación se ubique en el punto medio del rango meta del Banco de la República (3%) a partir de 2020, debido a la ausencia de choques de oferta que alteren el comportamiento normal de los precios, una ligera apreciación de la tasa de cambio que no representará riesgos inflacionarios, así como un crecimiento en el precio de bienes regulados que seguirá convergiendo al rango meta, aunado a una expansión del producto que permitiría el cierre de su brecha respecto al potencial. El esquema de inflación objetivo, el cual cuenta con la plena credibilidad de los agentes, garantizará el anclaje de las expectativas de inflación a mediano plazo al punto medio del rango meta.  Para ampliar esta información se sugiere consultar el documento Marco Fiscal de Mediano Plazo emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.  En cuanto a su sugerencia de " (...) recomendamos revisar la recomendación de IETS en evaluaciones económicas donde el valor de ajuste es superior (5%), con base en criterios económicos.", es importante aclarar que para efectos de Presupuestos Máximos se deben tomar siempre las proyecciones macroeconómicas arriba enunciadas. Las evaluaciones del IETS manejan supuestos económicos diferentes para dichas fuentes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1315	15	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes.	El artículo señala que: “El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República en el evento que no se disponga de información del suministro de los medicamentos, ...”. Al respecto surgen dos observaciones: 1. Cuál es la justificación para hacer el ajuste por el “punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República”?, y 2. Cómo se hace el ajuste si existen datos de suministro de medicamentos y como se valida su utilidad?	El objetivo de la meta de inflación es parte de la política monetaria del Banco de la República donde se define un esquema de inflación objetivo, no es su objetivo el ajuste por pérdida de poder adquisitivo, por lo cual se estaría utilizado una variable proxy, en lugar de utilizar el valor observado y publicado por el Banco de la República. La inflación total, o inflación observada mide la evolución del costo promedio de una canasta de bienes y servicios representativa de consumo final, expresado en relación con un período base. (https://www.banrep.gov.co/es/estadisticas/Inflacion-total-y-meta) En la gráfica se puede observar que aunque se tiene un control dentro de la banda estimada del 1% de la meta, la mejor forma de hacer el ajuste es por la inflación observada.	Respuesta 15. En atención a la inquietud planteada en su comentario, respecto a: “1. Cuál es la justificación para hacer el ajuste por el “punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República”?, debe precisarse que tal ajuste se realiza considerando que el Presupuesto Máximo por EPS de que trata el proyecto de resolución, corresponde a recursos fiscales, que serán transferidos en el canal institucional; lo anterior quiere decir que, la gestión para el suministro de los servicios y tecnologías en salud no incluidos en el plan de Beneficios con Cargo a la UPC (PBSUPC) por parte de la EPS, son con cargo a recursos públicos; considerando que los valores de referencia (VR) no constituyen precios de mercado, no es factible que el ajuste se base en el aumento del IPC.  De otra parte, sobre la inquietud de: “2. Cómo se hace el ajuste si existen datos de suministro de medicamentos y como se valida su utilidad?”, el proyecto de resolución tiene prevista la implementación de varias estrategias complementarias que contribuyen a la actualización de los presupuestos máximos, dentro de las cuales se encuentran:  a) El Ministerio tiene previsto modificar este artículo del proyecto de resolución, estableciendo como principal ajuste lo planteado en los numeral 1 y 2 de la propuesta del citado artículo, a saber: “1. En el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República para los valores de referencia, PRI, valores máximos o valores promedio de las EPS, siempre y cuando no supere los VR. 2. En el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. El reporte se deberá realizar en los tiempos y condiciones establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.”. b) El proyecto de resolución también contempla los artículos 41. Deber de Información y 42. Trámite de la información, al interior de los cuales se dispone la obligación para las EPS de suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio la información según lo determinen estas últimas. c) La ADRES deberá definir, en desarrollo del artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos, los procesos y reglas de auditoría a que haya lugar sobre la información reportada para tal efecto. d) Así mismo, el Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, con el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS. e) Finalmente, se tiene lo dispuesto en el numeral 3., del Artículo 13., del proyecto de resolución, sobre No superación del Presupuesto Máximo., donde se contemplan medidas que le permiten a las EPS solicitar la revisión o ajuste del Presupuesto Máximo.
1316	16	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes.	El ajuste para las vigencias futuras debe tener en cuenta la caracterización e identificación de nuevos pacientes en las diferentes cohortes, prevención, la carga de enfermedad y el perfil de riesgo en salud de la población de cada asegurador. Hacerlo únicamente por IPC, desconoce las necesidades de uso de tecnologías no PBS, la siniestralidad de los pacientes, la movilidad de pacientes entre aseguradores y regímenes, entre otras.	Se soporta esta solicitud conforme al firme propósito de fortalecer la gestión del riesgo, lo cual involucra el fortalecimiento de la caracterización de pacientes y la identificación temprana de nuevos pacientes, estas desviaciones pueden estar por encima de un 7% según el tipo de cohorte. Además de desconocer los costos de carga de la enfermedad de pacientes alto costo que son trasladados entre aseguradores.	Respuesta 16. Debe advertirse sobre este comentario, que el proyecto de resolución de manera alguna plantea realizar el incremento del Presupuesto Anual de las vigencias siguientes considerando exclusivamente el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República, como quiera que se dispone de varias estrategias de ajuste de cantidades y valores del presupuesto máximo, dentro de las cuales se encuentran:  1. Ajustar en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República para los valores de referencia, PRI, valores máximos o valores promedio de las EPS, siempre y cuando no supere los VR, en el caso de no contar con información. 2. Tener en cuenta el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. 3. El proyecto de resolución también contempla artículos sobre “Deber de Información” y “Trámite de la información”, al interior de los cuales se dispone la obligación para las EPS de suministrar a la ADRES y a la Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio la información según lo determinen estas últimas. 4. La ADRES deberá definir, en desarrollo del artículo 40. Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos, los procesos y reglas de auditoría a que haya lugar sobre la información reportada para tal efecto. 5. Así mismo, el Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, con el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, iniciando con la incorporación de estos ajustes con base en indicadores, en los mecanismos de VIH-SIDA, Renal, Cáncer y hemofilia severa-A. 6. En el tema de traslados, vale adarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020. 7. Finalmente, se tiene lo dispuesto acerca de la No superación del Presupuesto Máximo del proyecto de resolución, donde se contemplan medidas que le permiten a las EPS solicitar la revisión o ajuste del Presupuesto Máximo.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1317	17	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes.	<p>No es lógico que el presupuesto del sector salud se ajuste solo en la mitad del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República, pues presupone una gradual reducción del presupuesto, cuando por el contrario crece el envejecimiento de la población y las necesidades incrementales de tecnologías en salud son ascendentes. En esta medida se solicita al Ministerio de Salud que considere seriamente que el presupuesto debería estar incluso por encima de la meta de inflación establecida por el Banco de la República, o mínimo en línea.</p> <p>En contraste, el ajuste para las vigencias futuras debe tener en cuenta la caracterización e identificación de nuevos pacientes en las diferentes cohortes, prevención, la carga de enfermedad y el perfil de riesgo en salud de la población de cada asegurador. Hacerlo únicamente por IPC, desconoce las necesidades de uso de tecnologías no PBS, la siniestralidad de los pacientes, la movilidad de pacientes entre aseguradores y regímenes, entre otras.</p> <p>Así mismo, se sugiere que dado que esta metodología se basa en históricos de recobros/cobros, el Ministerio de Salud puede realizar ajustes de</p>	<p>Se soporta esta solicitud conforme al firme propósito de fortalecer la gestión del riesgo, lo cual involucra el fortalecimiento de la caracterización de pacientes y la identificación temprana de nuevos pacientes, estas desviaciones pueden estar por encima de un 7% según el tipo de cohorte.</p> <p>Además de desconocer los costos de carga de la enfermedad de pacientes alto costo que son trasladados entre aseguradores.</p> <p>La propuesta de ajuste de presupuesto en el segundo semestre del año, se realiza con el fin de reconocer el buen trabajo de las EPS /EOC que no solo logren un adecuado suministro de tecnologías no financiadas con recursos de la UPC, sino que además se castigue de alguna manera a aquellas que no hagan buen uso del mismo o que incorporen barreras injustificadas para limitar el acceso de la población a dichas tecnologías.</p>	<p>Respuesta 17. Las observaciones planteadas en este comentario en referencia con que "(...) No es lógico que el presupuesto del sector salud se ajuste solo en la mitad del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República (...)", fueron absueltas en las respuestas 12 y 13, reiterándose entonces lo allí mencionado.</p> <p>Adicionalmente, sobre su aseveración en cuanto que "(...) el ajuste para las vigencias futuras debe tener en cuenta la caracterización e identificación de nuevos pacientes en las diferentes cohortes, prevención, la carga de enfermedad y el perfil de riesgo en salud de la población de cada asegurador (...),debe señalarse que el riesgo derivado de tales aspectos debe ser atendido a través del mecanismo de protección colectiva (PBS-UPC), no obstante, también debe considerarse que para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información de prescripción histórica atendida a través de MIPRES, al interior de la cual se encuentran inmersos los diagnósticos relacionados con la carga de enfermedad.</p> <p>Finalmente, respecto de su comentario sobre el "(...) propósito de fortalecer la gestión del riesgo (...), vale recordar que dentro de la normatividad vigente ya se contempla la gestión del riesgo de las EPS, específicamente en los artículos 14 de la Ley 1122 de 2017 y 2.5.2.3.1.1 del Decreto 780 de 2016, por consiguiente el proyecto de resolución en comento, no desconoce ni exige de esta responsabilidad a las EPS, por lo contrario brinda elementos para una adecuada gestión del riesgo en salud a través de la asignación de presupuestos máximos. Así, las EPS dispondrán de herramientas como modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, el establecimiento de guías o protocolos en forma conjunta con las redes de prestación de servicios de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud. Adicionalmente se establecen otros elementos para no superar el presupuesto máximo como el Mecanismo Financiero y de Seguros, que sirven para mitigar el riesgo asociado a la gestión del Presupuesto Máximo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1318	18	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 8. Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente. El Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual. Para determinar el Presupuesto Máximo que se	No es claro el momento exacto en el que se hará el ajuste del presupuesto. En la vida real las EPS que entran en liquidación presentan una seria de fallas e inconsistencias en el suministro de atención y entrega de tecnologías no cubiertas con la UPC. Es por ello que se presupone que este valor será insuficiente para cubrir una población a la que no se han suministrado servicios satisfactoriamente. En ese orden, se solicita que el cálculo del presupuesto per cápita no se realice sobre la EPS origen, sino sobre el de la EPS destino. Solo así se puede asegurar que los afiliados que se trasladen a una EPS que está prestando buenos servicios mantengan ese nivel y no se desmejore por recibir población mal atendida con un per cápita más bajo. El ajuste percapita por grupo etario es insuficiente, este "ajuste de riesgo" sin incluir ajuste por carga de enfermedad, no reconoce la carga adicional por siniestralidad, alto costo o enfermedades huérfanas. Se considera realizar una ponderación adicional por estos conceptos.	El ajuste per cápita por grupo etario es insuficiente, este "ajuste de riesgo" sin incluir ajuste por carga de enfermedad, no reconoce la carga adicional por siniestralidad, alto costo o enfermedades huérfanas. Es así como, la dinámica de traslado de usuarios según información de EPS en los últimos 2 años ha estado cargada con un alto porcentaje de siniestralidad y no tiene en cuenta los costos per cápita de pacientes que hay para las patologías priorizadas por la CAC.	Respuesta 18. En cuanto a sus planteamientos relativos a que "El Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra (...)” y con respecto a su solicitud de “que el cálculo del presupuesto per cápita no se realice sobre la EPS origen, sino sobre el de la EPS destino (...)”, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.  El per cápita asignado alimentará el Presupuesto Máximo de la EPS destino durante esa vigencia, quedando entonces a cargo de la EPS destino el manejo de estos recursos, para lo cual EPS deben observar las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, ajustándose a sus costos de producción, en procura de la eficiencia de los recursos del Presupuesto Máximo por EPS.
1319	19	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 9. Definición del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 por cada EPS para el Régimen Contributivo	No hay un artículo que especifique los mismos parámetros para el régimen subsidiado, solicitamos que se hagan explícitos.		Respuesta 19. En atención a su observación acerca de que “los mismos parámetros para el régimen subsidiado, solicitamos que se hagan explícitos”, el Ministerio tiene previsto incorporar en un mismo proyecto de acto administrativo, la metodología para la definición del Presupuesto Máximo de la vigencia 2020 para los dos regímenes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1320	20	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos. 6. Los ingresos de la cuenta maestra no podrán superar el monto autorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social por concepto de presupuesto máximo.	En el artículo 10, literal 6 se limitan los ingresos de la cuenta maestra al presupuesto máximo, lo cual va en contra del artículo 13 numeral 1 que establece la posibilidad de ajuste del monto asignado a las EPS previa justificación del mismo, de acuerdo al riesgo determinado.		Respuesta 20. Acerca de su observación del Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos, se informa que se determinó eliminar este artículo del proyecto de resolución.
1321	21	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Art 12. Transferencia del Presupuesto Máximo. Parágrafo: A partir del segundo año, cada año se dispondrá del 5% de total de los Presupuestos Máximos de las EPS para financiar las contingencias o desviaciones de los Presupuestos Máximos de las EPS.	Dado que el Ministerio de salud va a transferir el presupuesto directamente a las EPS/EOC, ¿cómo va a garantizar el adecuado flujo de recursos a los demás agentes del mercado? En el caso de proveedores de servicios y/o proveedores de medicamentos cómo se va a asegurar que las EPS paguen oportunamente a los demás agentes de la cadena de suministro? En el año 2, las EPS recibirán no un 100% sino un 95% de su presupuesto máximo de acuerdo a la redacción. Por dicha razón, solicitamos considerar un presupuesto adicional equivalente al porcentaje requerido para el manejo de contingencias o desviaciones de los presupuestos máximos de las EPS.		<p>Respuesta 21. Sobre su inquietud relacionada con el “¿cómo va a garantizar el adecuado flujo de recursos a los demás agentes del mercado?”, para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>En cuanto a su observación atinente al artículo 12, que trata sobre la “Transferencia del Presupuesto Máximo.”, dicho artículo será modificado eliminándose el parágrafo donde se planteaba una apropiación del 5% para contingencias, para en su lugar, proponer que La ADRES transferirá a las EPS el 100% los recursos del Presupuesto Máximo dentro de la vigencia fiscal respectiva, de forma mensual y proporcional dentro de los 10 (diez) primeros días del mes según corresponda. En todo caso en la transferencia mensual respectiva La ADRES tendrá en cuenta los ajustes por traslados de afiliados entre EPS.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1322	22	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	CAPITULO II. TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo – Literal 2	"En el evento que existan recursos disponibles sobre los recursos devueltos o transferidos a la ADRES, una vez cubiertos las contingencias o desviaciones de los presupuestos máximos, La ADRES transferirá el 60% de dichos recursos a las EPS según corresponda o en forma proporcional al valor total transferido, cada tres años. Las EPS que hayan sido beneficiarias de los recursos del presente numeral no participaran en la transferencia de los recursos disponibles. El 40% restante alimentará los recursos para financiar contingencias y desviaciones en cada vigencia, ello para financiar posibles riesgos de superación de los Presupuestos Máximos, así como para financiar las tecnologías prevista en el artículo 20 de la presente resolución, y así sucesivamente".	El proyecto de resolución no es claro en la forma como se estimaría el ahorro, lo cual debe ser trazable en la cadena. No obstante, en términos de garantizar sostenibilidad, lo cual no es generar contención del gasto, sino hacer un uso eficiente del recurso garantizando el derecho fundamental a la salud; este tipo de medidas donde el 40% del "ahorro" queda en el asegurador sin que se asigne al mismo por cumplimiento de metas en salud, sino exclusivamente metas de contención de gasto, se configura en un incentivo perverso en el sistema que sumado a lo previamente explicado, puede tener impactos negativos en la calidad de la atención y más negaciones de servicios, dado que el estímulo descrito no está ligado a la eficiencia sino a la contención de gastos.	Respuesta 22. En atención a las observaciones recibidas respecto de la No superación del Presupuesto Máximo, particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en el proyecto de resolución.
1323	23	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	CAPITULO II. TRANSFERENCIA DE LOS RECURSOS PARA LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo	El borrador de Resolución contempla que "el porcentaje restante (40%) de lo ahorro generado por la EPS serán utilizados por las EPS para financiar los posibles riesgos de superación de los Presupuestos Máximos, así como para financiar las tecnologías previstas en el artículo 18 de la presente resolución".	En el numeral 2 del artículo 18, se mencionan los medicamentos no incluidos en nomas farmacológicas en el país, que forman parte de la innovación que llegará al país, por tanto, su financiación causa preocupación debido a que se cubrirían con el presupuesto máximo en el evento que las EPS generen ahorro – con una baja proporción en la distribución de ese rubro -. Por otra parte, de no darse lo anterior, existe incertidumbre sobre la vía de financiación, toda vez, que no se dispone de una metodología definida, estandarizada, trazable y objetiva para la definición de valor terapéutico.	Respuesta 23. Tal como se mencionó en la respuesta 19, en atención a las observaciones recibidas respecto del Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en el numeral 2., de este artículo del proyecto de resolución.
1324	24	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo	Se solicita eliminar el numeral 4 del artículo 13 que establece que las EPS deben "Priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiar con recursos de la UPC."	Esto sin duda restringe la autonomía médica y limita el acceso a las tecnologías no financiadas con recursos de la UPS.	Respuesta 24.  Con base en su solicitud de "eliminar el numeral 4 del artículo 13" del proyecto de resolución, que establece que las EPS deben "Priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud financiar con recursos de la UPC", es preciso anotar que este Ministerio tiene previsto incluir en el proyecto de resolución en el artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo., la precisión en cuanto a que las EPS en conjunto con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y personal de salud, buscarán priorizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud con recursos de la UPC, contemplando para ello primeros usos, evidencia científica, guías, protocolos, rutas de atención y posicionamiento terapéutico, entre otros. Todo esto, sin dejar de lado que se priorizará el uso de la mejor opción terapéutica para el paciente.  Ahora bien, revisando su planteamiento en cuanto a que este aparte de la norma propuesta "restringe la autonomía médica y limita el acceso a las tecnologías no financiadas con recursos de la UPS", el mismo no es de buen recibo, toda vez que el mecanismo de presupuesto máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, así, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.  En conclusión, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología(a)s en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1325	25	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo	<p>El artículo en cuestión deja explícito que los incentivos de la gestión del presupuesto máximo por EPS incluidos en el presente acto administrativo, solo contemplan incentivos financieros en busca de medidas frontales de contención del gasto que desconocen que la sostenibilidad financiera del sistema debe contemplar eficiencia en el uso de recursos y adicionalmente, medición de resultados y calidad en salud. De lo contrario, las medidas derivarán exclusivamente en contención del gasto que no significa sostenibilidad como se especifica en los literales 1 y 2, dejando el incentivo de ahorro ligado exclusivamente a un margen financiero, sin importar su relación con la atención integral del paciente y la búsqueda de su mejor estado de salud. Lo anterior genera una desviación frente a la triple meta en salud que ha sido el eje estratégico de este Ministerio. Adicionalmente se identifica un incumplimiento frente a la Ley del PND 1955 de 2019 que en su artículo 241 estipula la obligación del Min Salud a definir un mecanismo de pago por resultados en salud que genere</p>		<p>Respuesta 25.</p> <p>En referencia a las observaciones planteadas al Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, inicialmente debe precisarse que la propuesta de Presupuestos Máximos es una estrategia de varias, que se diseña de manera articulada a los mecanismos de protección (colectiva e individual), para lograr lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), artículos 240 sobre “Eficiencia del gasto asociado a la prestación del servicio y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC”, y 241 sobre “Incentivos a la calidad y los resultados en salud”.</p> <p>En desarrollo de lo anterior, el proyecto de resolución en comento, tiene contemplada la implementación de varias estrategias complementarias encaminadas a la No superación del presupuesto máximo, que en respuesta a sus observaciones, pueden resumirse de la siguiente manera:</p> <p>A su aseveración donde señala que el proyecto de resolución “(…) solo contemplan incentivos financieros en busca de medidas frontales de contención del gasto que desconocen que la sostenibilidad financiera del sistema debe contemplar eficiencia en el uso de recursos y adicionalmente, medición de resultados y calidad en salud (…), en implementación del artículo 241 de la Ley 1955 de 2019 el Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución que el presupuesto máximo pueda ajustarse en razón al cumplimiento de indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post que para el efecto establezca el Ministerio, buscando incentivar el logro de resultados en salud.</p> <p>Respecto a su señalamiento de “1. En el literal 1 no se define la metodología en la que las EPS o ADRES pueden realizar los ajustes a los valores de referencia, ni como se determina el riesgo de superar el presupuesto máximo de cada EPS”, vale advertir que al proyecto de resolución se incorporará la obligación para La ADRES de definir el procedimiento de ajuste respectivo, en caso que la EPS solicite revisión o ajuste del Presupuesto Máximo.</p> <p>En cuanto a la determinación del riesgo de superar el Presupuesto Máximo, el proyecto de resolución ya dispone de un artículo específico para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, en el cual contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>Vale precisar que los criterios bajo los cuales se definirá el riesgo de superación de los presupuestos máximos, devienen de la aplicación de lo establecido en el precitado artículo del proyecto de resolución, en virtud del cual La ADRES desarrollará, implementará y publicará en su página web el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo.</p> <p>En referencia a su observación al Numeral 3 del Artículo 13., al cual le atribuye apresuradamente el riesgo de dilatar el acceso de los usuarios a las prestaciones en salud y generar mayor volumen de tutelas, así como más gastos administrativos relacionados con estos procesos judiciales, todo en detrimento de la autonomía médica y la oportunidad de la atención, la misma no es conducente, toda vez que la prestación del servicio, inclusive en los casos donde medie mandato judicial, corresponde a procesos que se surten de manera previa a la eventual superación del Presupuesto Máximo y a la solicitud de revisión o ajuste del Presupuesto Máximo presentada por parte de la EPS, momentos distantes e independientes del proceso de atención integral en salud.</p> <p>Finalmente, en cuanto a su solicitud al Artículo 13, parágrafo 4, de incorporar los criterios de ajuste por riesgo y carga de enfermedad, debe señalarse que en lo relativo a la carga de enfermedad, el riesgo derivado de la misma debe ser atendido a través del mecanismo de protección colectiva (PBS-UPC), no obstante, también debe considerarse que para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información de prescripción histórica atendida a través de MIPRES, al interior de la cual se encuentran inmersos los diagnósticos relacionados con la carga de enfermedad.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1326	26	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 16. Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de atención,	El lograr el alcance de lo estipulado en el artículo 16 sobre la responsabilidad de las EPS para establecer "modelos de atención, gestión, concertar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes" sin conectarse al establecimiento de metas clínicas, de resultado en salud y de calidad en la atención; va en contra de la Ley del PND 1955 de 2019 que en su artículo 241 estipula la obligación del Min Salud a definir un mecanismo de pago por resultados en salud que genere incentivos a la calidad, no solo a resultados financieros. En el párrafo 1 del artículo en cuestión, se debe preservar que la auditoría no sea un elemento de construcción del acto médico con un criterio financiero exclusivamente.		Respuesta 26. Respecto a las observaciones planteadas a la definición de un mecanismo de pago por resultados, entendiendo que la aplicación de este se predica para todo el sistema, vale reiterar lo señalado en cuanto a que en implementación del artículo 241 de la Ley 1955 de 2019 el Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución que el presupuesto máximo pueda ajustarse en razón al cumplimiento de indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, de acuerdo a los mecanismos de ajuste ex – post que para el efecto establezca este Ministerio, buscando incentivar el logro de resultados en salud.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1327	27	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	TITULO III. SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD FINANCIADOS CON CARGO AL PRESUPUESTO MÁXIMO Artículo 16. Acceso.	Sugerencias o adiciones en la redacción del articulado (negrita y cursiva fuera del texto original)	Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo, las EPS administrarán, organizarán, gestionarán y prestarán directamente o contratarán con los diferentes actores del sistema de salud, según corresponda. Para el efecto podrán establecer modelos de atención, gestión <b>con enfoque de riesgo</b> , <del>generar</del> desarrollar guías o protocolos de atención y diferentes formas de pago con los diferentes agentes. En todo caso las EPS podrán contratar en forma integral el conjunto de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC y financiados con cargo al Presupuesto Máximo, considerando para el pago la respectiva fuente de financiación. En todo caso las EPS y las instituciones prestadoras de servicios no deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud, <b>incluyendo los servicios y tecnologías en salud para enfermedades raras, en virtud de los artículos 8 (integralidad) y 11 (sujetos de especial protección) de la Ley 1751 de 2015.</b> Parágrafo 1: Las EPS como responsables de la gestión realicen seguimiento, monitoreo y auditoría según lo estimen conveniente y de conformidad con los <del>mecanismos de contratación y</del>	Respuesta 27. Frente a su propuesta de complementar el artículo 16. Acceso, adicionando que la gestión de las EPS debe hacerse con “enfoque de riesgo”, debe advertirse que el Ministerio de Salud y Protección Social en virtud de la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, en la que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente (mecanismo de protección individual y mecanismo de protección colectiva), el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para garantizar el derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados, que parte de la prestación de lo cubierto por el PBS-UPC y se complementa con los Presupuestos Máximos. En ambos mecanismos, la gestión integral en salud supone un enfoque basado en los riesgos inherentes, tal como lo plantea su comentario.  De otra parte, en cuanto a la propuesta de citar la Ley 1751 de 2015 artículos 8., y 11., Parágrafo 1, los aspectos solicitados ya se encuentran contemplados en las normas enunciadas, así como en un artículo específico del proyecto de resolución sobre “Financiación de medicamentos para enfermedades huérfanas”, sin que se considere necesario ser reiterativo.
1328	28	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo.	Actualmente está pendiente la decisión del Consejo de Estado sobre el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, por lo cual la definición de valor terapéutico debe ser producto de la evaluación generada por el IETS, de acuerdo a las competencias dadas por el MSPS. Por lo tanto, mientras no se cuente con la reglamentación de dicho artículo, las nuevas tecnologías deben seguir cursando del método de recobro que se hace actualmente y acordé a las políticas de precios vigentes a lo largo de la cadena, que permita hacer trazabilidad y control de los mismos. Así mismo, el contar con periodos de recobros en nuevas tecnologías permite generar una línea de seguimiento sobre estas tecnologías para realizar los ajustes necesarios de los presupuestos máximos futuros.	Genera preocupación el incluir los medicamentos nuevos no incluidos en norma farmacológica, dentro de los presupuestos máximos sin que haya surtido efecto la evaluación técnica del IETS, ya que: 1. No tener un histórico para la inclusión en los presupuestos máximos puede limitar el acceso de los pacientes a estas nuevas tecnologías por variables administrativas. 2. La definición de valor terapéutico debe realizarse a través de un proceso estandarizado y único a nivel nacional, con altos estándares, experiencia clínica en la patología y siguiendo una metodología única que sea reproducible, donde el IETS tenga a su cargo el proceso técnico-científico-participativo que garantice la homogeneidad de los criterios de evaluación, con tiempos de evaluación y criterios de priorización que sean definidos y públicos.	Respuesta 28. En cuanto a sus observaciones planteadas al Artículo 18. Numeral 2., específicamente sobre la necesidad de considerar el concepto de superioridad terapéutica construido dentro de la gestión de la EPS y su propuesta de que “La definición de valor terapéutico debe realizarse a través de un proceso estandarizado y único a nivel nacional (...)”, el Ministerio incluirá ajustes al Artículo 18. Numeral 2., definiendo el procedimiento que permita establecer la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica del medicamento, la que en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado (la EPS en el caso planteado en su comunicación).  En cuanto a sus comentarios relacionados con el eventual efecto de lo propuesto en este artículo 18. que podría “(...) limitar el acceso de los pacientes a estas nuevas tecnologías por variables administrativas (...)”, tal afirmación no corresponde con la realidad, toda vez que el numeral propuesto en el proyecto de resolución precisamente permite a las EPS sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada, la cual además, es requisito para la expedición del correspondiente registro sanitario, por lo que necesariamente debe ser verificada por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. Esta disposición fue declarada condicionalmente exequible por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-620-16 de 10 de noviembre de 2016, Magistrada Ponente Dra. María Victoria Calle Correa, “en el entendido que el trámite previsto no lesione los elementos de disponibilidad y acceso a medicamentos y dispositivos médicos de la población”.  Tal como se viene aclarando, el Ministerio procederá a incluir ajustes en la redacción que incluya que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.  Vale advertir que en todo caso, si el medicamento, como resultado de la evaluación de tecnología: i) es inferior a otro se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud, ii) tiene equivalencia se financiará con cargo a los recursos de Presupuesto Máximo y será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición, iii) es superior y genera ahorros presentes y futuros en términos de ahorros para el sistema (reduce eventos adversos, evita reincidencias, reducción de días de internación, entre otros) respecto de la situación actual se considerará incluido dentro de los presupuesto máximos; por otra parte, en caso de ser superior y no generar ahorros al sistema a pesar de los beneficios del medicamento el Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la fracción adicional a incluir en el presupuesto máximo o su financiación por compra centralizada o por riesgo compartido.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1329	29	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo. Literal 2. Si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo, será la EPS en su	En el caso de medicamentos que no tienen comparador clínico y se establecen como medicamentos de superioridad terapéutica, cuál es la fuente de financiación establecida, dado que no están con cargo al presupuesto máximo?. Solicitamos hacer explícito el mecanismo de reembolso. Es necesario fijar un plazo máximo para la evaluación del IETS posterior a la expedición del registro sanitario y como lo dice el artículo la superioridad, igualdad o inferioridad deberá ser demostrada por el agente interesado aportando los estudios correspondientes de acuerdo a los manuales vigentes del IETS que puedan acortar los tiempos de verificación de los mismos.	Evitar barreras de acceso por parte de las EPS mientras se surte el proceso de evaluación retrasando el acceso a los pacientes de terapias que puedan ofrecer mejores resultados en salud y en calidad de vida.	<p>Respuesta 29. En cuanto a sus reiteradas observaciones planteadas al Artículo 18. Numeral 2., las mismas fueron absueltas en la respuesta 28. Sin embargo, vale señalar el Artículo 18 del proyecto de resolución establece que en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, exceptuando en complementariedad, a los determinados en el Artículo 19., del proyecto de resolución sobre "Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios".</p> <p>Adicionalmente, en cuanto al proceso de recobro de tecnologías en salud no cubiertas por el Presupuesto Máximo, tal como lo establecen el articulado, los servicios y tecnologías en salud susceptibles de financiar con recursos diferentes a los de la UPC y a los del 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.</p> <p>Sobre los "servicios sociales complementarios", vale precisar que por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p>
1330	30	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 18 - Parágrafo 5. "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, sin importar su superioridad."	Este valor de tratamiento no tiene medidas de temporalidad, ni unidades de medida (evento, per cápita, etc.) que permitan realizar la comparación objetiva entre tecnologías.	Es importante definir los parámetros para realizar una adecuada comparación de los costos entre los diversos tratamientos, al igual que definir el proceso que le permite al asegurador justificar que los son menores o iguales para induirlos con cargo al presupuesto máximo.	<p>Respuesta 30. La observación planteada no es procedente, teniendo en cuenta que para la aplicación del parágrafo citado, se parte de contar con una evaluación realizada por el IETS sobre el tratamiento a cubrir con un medicamento determinado, cuyo resultado muestra que su valor es menor o igual al tratamiento ya financiado con cargo al presupuesto máximo.</p> <p>En el caso planteado, donde el valor de un tratamiento no financiado con el Presupuesto Máximo resulte menor al valor cubierto, se haría evidente la gestión adelantada por la EPS en procura de garantizar la integralidad de la atención en salud y la eficiencia de los recursos del sistema.</p> <p>No obstante, el Ministerio procederá a incluir ajustes en la redacción que incluya que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.</p> <p>Vale advertir que en todo caso, entre tanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo; así mismo, 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. Por otra parte, 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.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1331	31	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo	Sugerencias o adiciones en la redacción del articulado (negrita y cursiva fuera del texto original). En esta frase: "Si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo", ¿cómo se define cual es el comparador que está incluido en el presupuesto máximo y quién es el competente para definir tal listado de tecnologías? Debe ser claro que no se hace referencia a comparador administrativo, ya que el criterio debe ser clínico.	El numeral 2, establece que - negrita y cursiva fuera del texto original- "si un medicamento no incluido en normas farmacológicas en el país o incluido a partir de la expedición de este acto administrativo no es superior terapéutica o clínicamente a otro ya incluido en el Presupuesto Máximo, acorde a la evaluación de valor terapéutico realizada por el IETS, será la EPS en su gestión a quien le corresponde determinar su adquisición con cargo al Presupuesto Máximo, por lo cual no será objeto de recobro/cobro. La superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. En todo caso, entre tanto se surte la verificación de la superioridad, igualdad o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el Presupuesto Máximo. Si el medicamento es inferior terapéuticamente se considerará como una exclusión de los recursos del sistema de salud. La ADRES financiará las evaluaciones de servicios y tecnologías en salud que deba realizar el IETS. Por lo tanto, en tanto no se cuente con la	Respuesta 31. En referencia a la solicitud planteada, debe reiterarse lo señalado por el Ministerio en respuestas anteriores, en cuanto a que el proyecto de resolución contempla todo un procedimiento a seguir para los medicamentos que no han sido incluidos en normas farmacológicas. Este procedimiento parte de precisar que son las EPS quienes deben sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada, la cual además, es requisito para la expedición del correspondiente registro sanitario, por lo que necesariamente debe ser verificada por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan. Así las cosas, en el presente proyecto de resolución, ya se cuenta con la alternativa metodológica solicitada en sus observaciones.  En virtud de esta metodología, propuesta en el artículo 18, numeral 2., el Ministerio procederá a incluir ajustes en la redacción para que se estipule que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.
1332	32	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Art 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios.	No están definidos los criterios para establecer los "procedimientos nuevos" en el país (del numeral vii).		Respuesta 32. Sobre la observación planteada, es importante precisar que los procedimientos nuevos quedan excluidos del presupuesto máximo y la vía para que sean considerados al interior del Sistema corresponde a la establecida en la Resolución 3804 de 2016, "Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS".  En consonancia con lo anterior, este Ministerio tiene previsto incluir en el proyecto de resolución, Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Complementarios., un ajuste al numeral vi, en el que se señale que los servicios y tecnologías en salud nuevos en el país tendrán financiada con cargo a la ADRES, la evaluación de tecnología en salud en su componente económico que realice el IETS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1333	33	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	CAPÍTULO I. MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS PARA PROPOSITO MEDICO ESPECIAL- APME Art 21. Prescripción. Parágrafo 2. Parágrafo 2. (negrita y cursiva fuera de texto original) "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	Si no se cuenta con GPC, GAI y protocolos para el país, deben contemplarse GPC, GAI y protocolos internacionales de referencia. a) ¿Cuál es la vigencia de las GPC, GAI y protocolos nacionales? ¿Cómo se garantiza la actualización oportuna de éstas para mejorar la calidad y la oportunidad de los pacientes? b) ¿A qué corresponden los "Informes de formulación"? c) En el parágrafo, 2 no es claro a que se refiere el término posicionamiento terapéutico. ¿Cómo define el MSPS el uso y posicionamiento terapéutico una buena práctica de prescripción?, no deberían ser las sociedades científicas las competentes para tal fin? Solicitamos definir estos conceptos. d) ¿Cuál es la definición y el alcance de los procesos de autorregulación de las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de salud?		<p>Respuesta 33. En consideración a las inquietudes planteada, me permito dar respuesta en el orden propuesto, a saber:</p> <p>Sobre "Cuál es la vigencia de las GPC, GAI y protocolos nacionales?" y su periodicidad de actualización, debe señalarse inicialmente que el artículo 21., parágrafo 2., señala que: "deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio (...)" Estas recomendaciones adoptadas por el Ministerio, están contenidas en las GPC, GAI y protocolos elaborados por esta entidad en concurrencia con el IETS y publicadas en la página institucional de ambas entidades, en estas guías se puede identificar la fecha de elaboración, año de publicación y la forma de actualización y los tiempos; no obstante, el parágrafo propuesto, no limita al uso de evaluaciones de tecnologías realizadas por el IETS que resulten orientadoras para la prescripción médica, por el contrario, amplía el espectro de referentes al señalar que es válido usar "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".</p> <p>De otra parte, en consideración a la dinámica del desarrollo del conocimiento científico y la imposibilidad de que el Ministerio pueda disponer de la totalidad de GPC o GAI permanentemente actualizadas, el texto del parágrafo atiende a estas limitaciones señalando que los destinatarios de la norma deben hacerlo "en lo posible y según criterio del médico tratante".</p> <p>Ahora bien, sobre su inquietud de: "A qué corresponden los "Informes de formulación?", los mismos se encuentran dentro de la metodología de elaboración de las GPC, GAI y protocolos, y constituyen el soporte a través del cual los estudios comparativos que se realizan, definen las ventajas y desventajas de una determinada tecnología frente a otra, utilizadas para una finalidad específica.</p> <p>Respecto a su solicitud de definición de posicionamiento terapéutico, el término se refiere al "análisis crítico informado en evidencia, de fuentes públicamente disponibles con respecto a una categoría terapéutica de fármacos (por ejemplo, agentes antihipertensivos) o una clase de fármacos (por ejemplo, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [IECA]) para respaldar un relacionamiento terapéutico entre medicamentos de la misma categoría o clase para optimizar la prescripción de dichas tecnologías en términos de sus beneficios, riesgos y costos. El alcance y la profundidad del proceso de posicionamiento terapéutico están determinados por las necesidades del sistema de salud. Los resultados finales del posicionamiento terapéutico del Minsalud y el IETS incluyen un informe completo (revisión de efectividad, seguridad y análisis económico) y un informe resumido para los profesionales de la salud". Tomado de: Cañon (et al). Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS y Ministerio de Salud y Protección Social. Documento no publicado.</p> <p>Finalmente, en cuanto a la pregunta de "¿Cuál es la definición y el alcance de los procesos de autorregulación de las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de salud? (...)", debe atenderse a lo señalado en el artículo 17. Autonomía Médica, de la Ley 1751 de 2015, en la cual se predica que el ejercicio médico debe estar cobijado por la garantía del profesional de la salud para decidir la intervención que amerite cada paciente, pero dentro de un marco de autorregulación, ética, racionalidad y considerando la evidencia científica. Esta autorregulación del profesional, se extiende a las sociedades científicas que los agremian, en virtud de la conciliación permanente de alternativas de manejo que se decantan al interior de las mismas.</p>
1334	34	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Parágrafo 2 del artículo 22 menciona: "Parágrafo 2. Cuando un medicamento financiado con cargo al Presupuesto Máximo tenga autorizado un uso incluido en la lista UNIRS, dicho uso de igual forma se considera financiado con cargo al Presupuesto Máximo."	En este aspecto instamos nuevamente al Ministerio de Salud a que defina e incluya en el presente acto administrativo, el alcance de este listado pues representa riesgo para los pacientes el uso de estas tecnologías sin que cuenten con el soporte de evidencia científica de seguridad y eficacia en dichos usos.		<p>Respuesta 34. En respuesta a su observación sobre la lista UNIRS en la que insta al Ministerio "(...) a que defina e incluya en el presente acto administrativo, el alcance de este listado pues representa riesgo para los pacientes el uso de estas tecnologías (...)", se aclara que la prescripción de un medicamento para el uso incluido en la lista UNIRS, aspecto propuesto en el Parágrafo 2 del artículo 22 del proyecto de resolución, hace parte de la normatividad que regula el tema (Artículo 96, Resolución 1885 de 2018), sin modificación alguna.</p> <p>El proyecto de resolución se limita a señalar que si ese uso del medicamento hace parte de los usos autorizados por el INVIMA en el listado UNIRS, su financiamiento está a cargo del Presupuesto Máximo.</p> <p>Vale resaltar que estos medicamentos de la lista UNIRS, aplican solo cuando constituyen la única alternativa terapéutica disponible para los pacientes, estando su prescripción supeditada al procedimiento vigente contenido en la mencionada resolución. ☐</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1335	35	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 25. Prestación Integral en Salud. 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, "2. Cualquier forma de administración de los mismos, conforme con la prescripción del profesional de la salud tratante. 3. Toda forma de almacenamiento, transporte,	Se solicita corregir la redacción del presente artículo, de forma que quede explícito, que los servicios para la oportuna y correcta administración de los medicamentos con cargo a los presupuestos máximos, al igual que el costo logístico asociado a su suministro (literales 2 y 3), no se encuentran incluidos dentro de los precios definidos para cada medicamento y se continuarán reconociendo de forma independiente de acuerdo a los requerimientos de administración	Nos preocupa que servicios necesarios e insustituibles para garantizar la correcta y oportuna administración, como la poliquimioterapia, que se reconoce adicional al costo del medicamento, bajo esta redacción estaría incluida en el precio techo de los medicamentos que sean vía IV. Esto pasa también con los costos logísticos que se estarían incluyendo, sin ningún ajuste en los precios máximos generando un cargo no pertinente al precio del medicamento, el cual es injustificado e improcedente.	Respuesta 35. En respuesta a su solicitud de "(...) corregir la redacción del presente artículo, de forma que quede explícito, que los servicios para la oportuna y correcta administración de los medicamentos con cargo a los presupuestos máximos, al igual que el costo logístico asociado a su suministro (literales 2 y 3) (...)", debe señalarse que para el cálculo de Presupuesto Máximo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con corte junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social.  De otra parte, esta medida no se constituye per se en una regulación de precios por cuanto para efectos del cálculo respectivo, dichos valores tienen en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene hasta el suministro y dispensación de la respectiva tecnología. Teniendo en cuenta esto, los valores reportados a la ADRES en el periodo de estudio contemplan todas las variables mencionadas en su observación, como la administración de los medicamentos y el costo logístico asociado a la dispensación final, por tanto estas variables ya se encuentran consideradas dentro del valor del cálculo.
1336	36	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Art 26. Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos y APME.	Es muy importante este parámetro, no obstante los presupuestos máximos de la presente resolución no fueron ajustados por la variable de continuidad del suministro, sino que corresponde a las cantidades aprobadas y recobradas por Adres. Por lo anterior, dentro del ajuste techo por asegurador, se debe incluir un factor que corresponda a la continuidad del suministro de medicamentos definida en el presente artículo. Cómo se va a generar el seguimiento y a garantizar el cumplimiento de este artículo.		Respuesta 36. En relación a su solicitud de "(...) incluir un factor que corresponda a la continuidad del suministro de medicamentos definida en el presente artículo. (...)", la misma no es procedente por cuanto para el cálculo del Presupuesto Máximo se tuvo en cuenta la información de prescripción histórica atendida a través de MIPRES, así como la base de datos de recobros/cobros de medicamentos y alimentos con propósito médico especial (APME), no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con corte junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, al interior de las cuales se encuentra inmerso el comportamiento de la continuidad en el suministro de los tratamientos.  En cuanto al seguimiento de la continuidad en el suministro de medicamentos y APME, el Ministerio tiene previsto incluir tales medidas en el proyecto de resolución, en el artículo sobre "Seguimiento, Control y Monitoreo de los Recursos.", donde para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, se contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.  Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.  Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1337	37	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 27. Fórmulas magistrales. Las EPS definirán la financiación de las preparaciones magistrales de conformidad con la fuente de financiación de los principios activos que la conforman. En todo caso deberán ser garantizadas por las EPS o por las entidades que hagan sus veces.	Se debe incluir que las formulas magistrales que serán financiadas con recursos públicos, deben contar para el caso de medicamentos con el registro sanitario aprobado por Invima, que permita garantizar su seguridad, eficacia y calidad, para ser suministrada a la población colombiana. De lo contrario, no pueden ser financiadas con recursos públicos.		Respuesta 37. Respecto a su solicitud de “incluir que las formulas magistrales que serán financiadas con recursos públicos, deben contar para el caso de medicamentos con el registro sanitario aprobado por Invima”, la misma no es procedente ya que en cumplimiento de la normatividad vigente, los servicios farmacéuticos están autorizados para preparar fórmulas magistrales siempre y cuando dispongan de los protocolos establecidos en la Resolución 1704 de 2007, destacando que en todo caso, los medicamentos utilizados en las mismas deben contar con registro INVIMA.
1338	38	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	CAPÍTULO II PROCEDIMIENTOS	Se sugiere, una adición en la redacción del articulado (negrita y cursiva fuera del texto original)	Artículo 32. “Analgesia, anestesia y sedación. La financiación con cargo al Presupuesto Máximo incluye la analgesia, anestesia y sedación, y los anestésicos, analgésicos, sedantes, relajantes musculares de acción periférica y reversores de anestesia y sedación que se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC; así no se encuentren explícitamente descritos en el anexo 3, en virtud del principio de integralidad, cuando se requieran para la realización o utilización de los servicios y tecnologías en salud contenidos en el presente acto administrativo. Estos servicios y tecnologías en salud se tendrán en cuenta en el presupuesto máximo para el régimen contributivo.”	Respuesta 38. En cuanto su solicitud de complementar el texto del Artículo 32. “Analgesia, anestesia y sedación”, con una referencia a la integralidad de la atención, la misma no es procedente por cuanto este aspecto ya se encuentra contemplado en este artículo al mencionarse que dichas tecnologías se asumen con cargo al Presupuesto Máximo cuando “se consideren necesarios e insustituibles para tal fin, y que no se encuentren financiados con recursos de la UPC”.  Así mismo, debe resaltarse que lo señalado en el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, sobre “La Integralidad.”, ha sido desarrollado a lo largo del proyecto de resolución en comentario, donde se manifiesta que la gestión y goce efectivo del derecho a la salud debe ser completa sin que pueda fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario (integralidad del proceso de atención en salud), sin que se considere necesario ser reiterativo.
1339	39	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 34. Trasplantes.	Solicitamos que se incluya de manera explícita la cobertura de los techos de recobro para las pruebas diagnósticas o genéticas que se requieran previo al uso de una tecnología en salud específica, así como los procedimientos para la administración de medicamentos que ameriten condiciones especiales, más allá del procedimiento de trasplante de órganos.		Respuesta 39. La solicitud planteada en esta observación, no es pertinente por cuanto el proyecto de resolución en el citado artículo ya plantea claramente la disposición de recursos del Presupuesto Máximo, en cuanto a destinarlos a la cobertura de trasplantes no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), incluyendo los estudios previos y medicamentos.  También ha de tenerse en cuenta que el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación de tecnologías en salud no cubiertas por el PBS-UPC, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1340	40	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica-ANDI	Art. 40. Seguimiento, control y monitoreo de los recursos	<p>El artículo especifica que el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo se publicará al mes siguiente a la expedición del presente acto administrativo, lo cual no es correcto, dado que es parte sustancial del mismo y debería ser muy claro para todos los actores del sistema como se realizará la verificación de la gestión de los recursos, cuales son los indicadores y sumado a esto, se generan otras inquietudes como:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cómo se realizará la trazabilidad del flujo de recursos hasta el proveedor de tecnologías? A la fecha es imposible realizarlo y es un factor crítico para evitar que se sigan generando ineficiencias en el sistema y que los recursos fluyan para cubrir las atenciones pertinentes dadas a los pacientes.</li><li>• La autoridad está solo en manos de ADRES y el seguimiento hace referencia ÚNICAMENTE a uso de recursos, lo cual no está alineado con la motivación de la resolución quedando faltantes fundamentales para garantizar sostenibilidad como son la medición de resultados en salud, que permitan el logro de los siguientes objetivos expuestos en los considerando: "Que en el marco de lo anterior, para incentivar la gestión de las</li></ul>		<p>Respuesta 40. Sobre su observación relacionada con que "(...) el proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo se publicará al mes siguiente a la expedición del presente acto administrativo, lo cual no es correcto, dado que es parte sustancial del mismo (...)", para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p> <p>Vale mencionar que en procura de lo anterior, y como parte del proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo, el Ministerio dispuso a la ciudadanía el proyecto de resolución "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado y se dictan otras disposiciones".</p> <p>En cuanto a su inquietud sobre conocer "Cómo se realizará la trazabilidad del flujo de recursos hasta el proveedor de tecnologías?", tal como se aclaró, es La ADRES como responsable del proceso, quien definirá los mecanismos del proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del Presupuesto Máximo, los cuales, en todo caso, en cumplimiento de lo propuesto en el citado artículo del proyecto de resolución, deben abarcar hasta los operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS.</p> <p>Sobre el comentario relacionado con que "La autoridad está solo en manos de ADRES y el seguimiento hace referencia ÚNICAMENTE a uso de recursos, lo cual no está alineado con la motivación de la resolución quedando faltantes fundamentales para garantizar sostenibilidad como son la medición de resultados en salud (...)", se itera que este Ministerio tiene contemplado incluir en el proyecto de resolución la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, con el cual los Presupuestos Máximos se podrán ajustar de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.</p> <p>Finalmente, sobre su reiterada solicitud de "Incluir en el seguimiento, control y monitoreo de los recursos la garantía de continuidad en el suministro de medicamentos y APME, de acuerdo a lo establecido en el artículo 26 (...)", la misma fue resuelta en la respuesta 33 del presente documento.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1341	41	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica-ANDI	TITULO IV. VERIFICACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS DEL PRESUPUESTO MÁXIMO	Se recomienda, una adición en la redacción del articulado (negrita y cursiva fuera del texto original)	Artículo 40 Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos "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, así como la adherencia y los resultados en salud. El seguimiento, Control y monitoreo se realizará determinando factores que permitan evidenciar la ejecución de estos recursos hará como mínimo a EPS, y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, y podrá incluir IPS. En todo caso, el Presupuesto Máximo se deberá monitorear como mínimo cada tres meses. En todo caso, si el valor ejecutado del Presupuesto Máximo de cada EPS en el transcurso de la vigencia se encuentra en riesgo de superar el Presupuesto Máximo, ADRES podrá realizar auditorías focalizadas. Para el proceso de auditoría que adelante la ADRES con relación al porcentaje de Presupuesto Máximo ejecutado por cada EPS, se tendrá en cuenta la base de datos de prescripción y suministros de MIPRES, y la	Respuesta 41. Respecto a su solicitud de incluir en el texto del proyecto de resolución, en el Artículo 40, sobre "Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos", la expresión "así como la adherencia y los resultados en salud", me permito señalar que la misma no es procedente por cuanto dicho artículo versa sobre las competencias de La ADRES en lo atiente a definir actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos desde la perspectiva administrativa y financiera.  No obstante, sobre este aspecto particular (adherencia al tratamiento y resultados en salud), tal como se ha mencionado, en el proyecto de resolución se incluirá la implementación de un mecanismo de ajuste ex post al Presupuesto Máximo de las EPS, basado en Indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS.  Como se aclaró, para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.  Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES genera alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.  Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1342	42	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Art. 41. Deber de la información. Parágrafo	<p>• La definición de “el mecanismo que permita que la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS se conecten y faciliten el reporte de información y el respectivo seguimiento, sin perjuicio de los reportes de información que deben realizar las EPS en el marco de lo dispuesto en el presente acto administrativo”, debe realizarse previo a la entrada en vigencia del acto administrativo, ya que es una medida fundamental para poder evaluar la ejecución de los presupuestos máximos. Y como en ocasiones anteriores, debe realizarse un piloto que permita probar el sistema y garantizar el flujo seguro y confiable de la información.</p> <p>• Porqué para el seguimiento de los presupuestos máximos se emplea como información la herramienta MIPRES, lo cual es muy consistente con la visibilización del consumo de tecnologías, pero esto mismo no se tiene en cuenta para la estimación de las cantidades con las cuales se fija el presupuesto máximo? Esto genera una subestimación del consumo y por ende, del techo, cual a la postre puede</p>		<p>Respuesta 42. En cuanto a su comentario relativo a la necesidad de que la conexión entre la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS “(...) debe realizarse previo a la entrada en vigencia del acto administrativo (...)”, y, que sobre la misma “debe realizarse un piloto que permita probar el sistema (...)”, el Ministerio tiene previsto realizar de manera simultánea con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, la definición del mecanismo que permita que la herramienta MIPRES y el sistema de información de las EPS se conecten.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1343	43	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Art. 42. Trámite de la información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué información será requerida?</li> <li>• Cómo fluirá la información entre ADRES y la Dirección de Regulación, Costos y tarifas del Aseguramiento en Salud? ¿Cuál es el alcance de la revisión de cada una de las partes? El proyecto de resolución "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado" no incluye seguimiento de resultados en salud, sino que se limita a la verificación de prestación de tecnologías que tampoco pueden ser un proxy de adherencia. Preocupa por tanto como se garantizaría el criterio de "eficiencia" consagrado en la Ley estatutaria en salud, al igual que como se puede asociar el uso de los recursos a la generación de resultados en salud con oportunidad, integralidad, calidad, eficiencia y equidad.</li> </ul>		<p>Respuesta 43. En relación con sus inquietudes frente a la información requerida y el flujo de la misma entre la ADRES y el Ministerio, debe aclararse inicialmente que el artículo 42. Trámite de la información, señala claramente que: "La ADRES y este ministerio recibirán la información dentro de los plazos establecidos, según el detalle, calidad y periodicidad que se defina, a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud."</p> <p>Cada una de las entidades adelantará la revisión de la información recibida y la retroalimentación correspondiente (a las EPS e interinstitucional), actividades que realizarán en cumplimiento de las responsabilidades asumidas dentro de sus competencias.</p> <p>En cuanto a sus observaciones relativas al proyecto de resolución "Por la cual se define la estructura de solicitud de información para el cálculo del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado y se dictan otras disposiciones", en cuanto a que en el mismo "no incluye seguimiento de resultados en salud [...]", debe tenerse en cuenta que la misma tiene como único propósito el definir la estructura de la información objeto de reporte.</p> <p>Por último, debe tenerse en cuenta que lo definido en el proyecto de resolución no comporta cambios sustanciales en la estructura de la información de las EPS, que ya reportan información para el estudio de suficiencia de UPC en ese sentido.</p>
1344	44	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Art 44. Servicios sociales complementarios. Parágrafo: Los servicios sociales complementarios serán financiados para las personas afiliadas al régimen contributivo de acuerdo a su capacidad de pago, para tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la progresividad, entretanto aplicará el artículo 45.	<p>Cómo se establece la financiación de éstos para el régimen subsidiado? Debe ser explícito en la presente resolución.</p>		<p>Respuesta 44. Tal como lo plantea esta observación, el Ministerio tiene previsto aclarar el proyecto de resolución unificando la aplicación de sus disposiciones para ambos regímenes, las contenidas en el Artículo en comento inclusive.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1345	45	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Art 45. Transitorio del presupuesto máximo anual o proporcional anual	Dado el cambio estructural del sistema que implica este acto administrativo y los pendientes para su completa implementación y seguimiento, es clave que exista transitoriedad y que la Resolución no emplee a partir de su publicación. Los impactos en términos de resultados en salud, integralidad en la atención, acceso oportuno y pertinente, y sostenibilidad de una implementación acelerada de esta resolución pueden ser nocivos para la salud de los colombianos. Aunque el nombre del artículo hace referencia, realmente no se define la transitoriedad de un proceso tan complejo y estructural como es la cobertura individual en el sistema de salud.	Se solicita al MSPS garantizar el acceso y oportunidad de las tecnologías en la presente resolución para los dos regímenes, subsidiado y contributivo, garantizando el derecho de la salud de los pacientes durante este cambio estructural.	Respuesta 45. Sobre el particular, debe resaltarse que el "Artículo 45. Transitorio. Del Presupuesto Máximo Anual o Proporcional Anual:", tiene el exclusivo propósito de establecer que el Presupuesto Máximo será asignado por el Ministerio, y girado por La ADRES, de manera proporcional en relación al número de meses que resten del año en el cual entre en vigencia el mecanismo.  La propuesta de Presupuestos Máximos es una estrategia que se diseña en el mecanismo de protección colectiva, y en virtud de ello y del conjunto de estrategias para lograr lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo (PND), no se requiere de un periodo de transición.
1346	46	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	Artículo 46. La presente resolución rige a partir de su publicación.	Hacer un piloto durante el primer semestre 2020. Este piloto podría escoger a 1 EPS del Contributivo y a 1 del Subsidiado	Teniendo en cuenta la relevancia de esta metodología para el Sistema de Salud en Colombia, consideramos importante que el proceso de implementación se realice con algunas aseguradoras del Régimen Contributivo y/o Subsidiado en el primer semestre del 2020; con el fin de evidenciar si hubo o no un impacto en el ahorro en el sector salud y validar la implementación de la metodología para el sistema de salud.	Respuesta 46. En cuanto a la solicitud planteada en el presente comentario, debe señalarse que la norma está diseñada para regir a partir de su publicación por lo que al momento no se tiene prevista la realización de una prueba piloto, ni un periodo de transición.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1347	47	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 1. METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPOSITO MEDICO ESPECIAL- APME Q: Cantidades totales de la EPS/EOC expresadas en UMC de cada Grupo Relevante Q.inicial: Cantidades iniciales de la EPS/EOC por cada Grupo Relevante QIBNR: Cantidades ajustadas de la EPS/EOC que a la fecha de	¿Qué criterio se tomó para tomar 2018 como Q inicial? Partir de recobros de las EPS ante ADRES para definir cantidades es inapropiado porque: 1. Valor queda sujeto a calidad y cantidad de recobros efectiva 2. ADRES ha reportado que no todas las EPS tienen buen rendimiento en recobros, con lo cual muchas tecnologías se consumieron, pero no han sido reportadas 3. La cantidad queda sesgada por una variable de orden administrativa 4. Dado el rezago en auditoria de ADRES, no debe castigarse la estimación de cantidad por estos temas administrativos Por lo anterior, la recomendación es tomar cantidades reales de prescripciones en MIPRES que reflejan y se sincronizan mejor con el acto médico y dan mayor fidelidad al dato y menos supuestos que subestimen el valor final.		<p>Respuesta 47. En referencia con su inquietud relacionada con “¿Qué criterio se tomó para tomar 2018, como Q inicial?”, y su aseveración: “Partir de recobros de las EPS ante ADRES para definir cantidades es inapropiado porque: (...)”, me permito hacer las siguientes precisiones:</p> <p>En principio debe considerarse que la información de La ADRES utilizada en Presupuestos Máximos corresponde a la contenida en las bases origen de reconocimiento y pago efectivo de tecnologías no cubiertas por el PBS-UPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.</p> <p>En cuanto a las vigencias utilizadas, debe señalarse que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio 2019), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR (Incurred But Not Reported) en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio.</p> <p>De otra parte, el Presupuesto Máximo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios; para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio de 2019. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores producto de estas auditorias, las estimaciones de las cantidades que la componen (inicial, ajustada y delta), se tiene previsto ajustar la forma de cálculo, pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa, con el propósito de mantener un crecimiento razonable de estas cantidades.</p> <p>Sobre sus observaciones en cuanto a contemplar como fuente de información las prescripciones MIPRES, es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recobro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES.</p> <p>Esta metodología es susceptible de cambio a futuro, contemplando nuevas fuentes de información como la mencionada en su propuesta.</p> <p>Finalmente, en el proyecto de norma se tiene previsto incluir, en el Artículo sobre “Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes.”, que, el Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. El reporte se deberá realizar en los tiempos y condiciones establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	
1348	48	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 1.  <i>“Precio de recobros”, se usan una multiplicidad de tecnologías como comparadores con precios diferentes. Al despejar la variable Precio recobro está mal despejada y por ende da valores erróneos.</i>	El Precio de recobro es variable entre EPS porque incluye copago/cuota moderadora y comparador administrativo que debido a la carencia de los mismos, se usan una multiplicidad de tecnologías como comparadores con precios diferentes. Al despejar la variable Precio recobro está mal despejada y por ende da valores erróneos.		<p>Respuesta 48. En respuesta a su comentario sobre “El Precio de recobro es variable entre EPS porque incluye copago/cuota moderadora y comparador administrativo (...)”, debe precisarse que tal como lo señala el Artículo 3, Definiciones., “22. Valor de recobro/cobro: corresponde al valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías 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, tampoco el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este Ministerio, ni al valor calculado para los servicios y tecnologías financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas.”. Así las cosas, no es cierta la apreciación planteada, toda vez que para efectos del cálculo se tomó el valor total de la factura (variable Valor Total recobrado de la base de datos de recobro/cobro).</p> <p>Sobre el despeje de “la variable Precio recobro”, el Ministerio se encuentra revisando los anexos técnicos en su conjunto, proceso en el cual se tiene previsto incorporar el ajuste planteado.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1349	49	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 1. Valor Máximo: Corresponde al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro. , , ≤ $P_{i,n,t}^{*} \leq VGR_{it}$ , $PRI_{it} \leq P_{i,n,t}^{*}$	Esto corresponde al valor de referencia pero se lista de forma diferente en el texto (VR , VGR, etc.). Se solicita homogenizar la descripción. La propuesta es: por qué se tienen que hacer estimaciones de valor si hay medicamentos para los cuales si tienen precio regulado por control directo o VMR, ese debería ser su precio como insumo para el cálculo del techo. No debe haber un $P_{i,n,t}^{*}$ , ya que esto además se configura en una nueva regulación de precio que está por fuera de la regulación vigente, afectando la trazabilidad y competitividad del mercado.		<p>Respuesta 49. En cuanto a la observación relacionada con la enunciación del valor de referencia al interior de la fórmula de Valor Máximo como VGR, efectivamente la cita corresponde al Valor de Referencia (VR). El Ministerio se encuentra revisando los anexos técnicos en su conjunto, proceso en el cual se tiene previsto incorporar el ajuste planteado.</p> <p>Ante su propuesta de “por qué se tienen que hacer estimaciones de valor si hay medicamentos para los cuales si tienen precio regulado por control directo o VMR, ese debería ser su precio como insumo para el cálculo del techo (...)”, se debe precisar que la metodología propuesta en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, parte de reconocer el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos, aspecto que a todas luces es insostenible, por ello, en busca de la eficiencia se propone para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC , tener en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES).</p> <p>El Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p> <p>Finalmente, es importante señalar que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p>
1350	50	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 1. $P_{i,n,t}^{*}$ 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 ( , , (+1) ) por Grupo * $P_{i,n,t}^{*}$ Relevante de cada EPS o EOC según lo establecido en el literal b) de la presente metodología . Es decir, el Valor Máximo corresponde	Este segundo ajuste el precio ( $P_{i,n,t}^{*}$ ) además de impactar negativamente al proveedor de tecnologías bajo una metodología que excede el alcance de regulación de precios y sumado a esto, de forma critica, desconoce el impacto para la salud de los colombianos, al hacer ajustes financieros frente a variables que en marco de la pertinencia clínica tienen justificación para generar consumos mayores. Esto afecta directamente la autonomía médica, y desconoce la motivación de este tipo de medidas que es mejorar la calidad en la atención con pertinencia y medición de resultados en salud. Se evidencia una intencionalidad frente a contención de costo donde partiendo de supuestos muy fuertes como estos, se busca ajustar el monto y no establecer la sensibilidad del cálculo del presupuesto techo. Algunos temas a considerar son: 1. Existe aún gran incertidumbre frente a la caracterización poblacional en términos epidemiológicos, con lo cual esta medida desconoce esta variabilidad natural dada por el proceso de gestión		<p>Respuesta 50. En consideración a las observaciones planteadas, que en su concepto se derivan del “(...) segundo ajuste el precio (<math>P_{i,n,t}^{*}</math>) (...)” contemplado en la metodología descrita en el Anexo 1 del proyecto de resolución, resulta necesario precisar, reiterando:</p> <p>1.- La propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>En cuanto a la regulación de precios de medicamentos por parte de la CNPMDM, éste órgano fijó los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.</p> <p>2.- Ahora bien, revisando su planteamiento en cuanto a que este aparte de la norma propuesta “restringe la autonomía médica y limita el acceso a las tecnologías no financiadas con recursos de la UPS”, el mismo no es de buen recibo, toda vez que el mecanismo de presupuesto máximo no modifica aspectos atinentes a la autonomía de los profesionales de la salud, así, el proceso de atención en salud continuará realizándose respetando la decisión médica frente las necesidades del paciente, tal como se debe hacer, independientemente de la fuente de su financiación (mecanismos de protección colectivo o individual), pero siempre considerando las guías, protocolos y evidencia científica, así como la disponibilidad y acceso a las tecnologías y servicios de salud autorizados en el país para su práctica habitual, en todas las fases de atención: promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad, la rehabilitación de sus secuelas y la paliación.</p> <p>En conclusión, es el médico tratante el competente para prescribir la o las tecnología(s) en salud pertinente(s), en los términos requeridos, realizando la especificidad necesaria para el cumplimiento de la finalidad del servicio y el goce efectivo del derecho a la salud (Artículo 15, Ley 1751 de 2015, Ley 23 de 1981 y Artículo 3 de la Resolución 3512 de 2019).</p> <p>3.- Respecto a sus comentarios relacionados con “(...) Se evidencia una intencionalidad frente a contención de costo donde partiendo de supuestos muy fuertes como estos (...)” y, “Existe aún gran incertidumbre frente a la caracterización poblacional en términos epidemiológicos, con lo cual esta medida desconoce esta variabilidad natural dada por el proceso de gestión del riesgo que es dispar entre EPS (...)”, en principio es importante mencionar que el Sistema de Salud garantiza el derecho fundamental a la salud, de conformidad con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria de salud) a través de la prestación de tecnologías en salud o servicios complementarios estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, así como el acceso a las prestaciones de salud, a través principalmente de tres mecanismos de protección: i) mecanismo de protección colectiva que mancomunada riesgos individuales, a través del aseguramiento social. Los beneficios que contiene este mecanismo se establecen con base en un análisis a priori de las necesidades de la población, ii) mecanismo de protección individual mediante el cual se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago tanto de tecnologías en salud no garantizadas mediante el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) como de servicios complementarios debidamente autorizados y iii) mecanismo de exclusiones mediante el cual se excluyen algunos servicios y tecnologías de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.</p> <p>El mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) cubre las prestaciones de salud que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) y se encuentran descritas en el texto de la Resolución 3512 de 2019 y sus anexos: 1 “Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC”, 2 “Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” y 3 “Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” los cuales hacen parte integral del mismo acto administrativo.</p> <p>El mecanismo de protección individual comprende el conjunto de tecnologías en salud que no se encuentran descritas en el mecanismo de protección colectiva, y que están autorizadas en el país por autoridad competente (INVIMA, Resoluciones de Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de habilitación entre otras) y servicios complementarios debidamente autorizados. Este mecanismo financia dichas prestaciones a través de las entidades territoriales para los afiliados al régimen subsidiado y a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).</p> <p>De otra parte, el mecanismo de exclusiones establecido como protección del derecho fundamental a la salud mediante el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 comprende el conjunto de tecnologías que se excluyen de la financiación con recursos públicos asignados a la salud y que se encuentran descritas en la Resolución 244 de 2019.</p> <p>Conforme lo anterior, el financiamiento de las tecnologías en salud que permiten la atención integral de la población y la gestión integral del riesgo en salud por parte de las EPS, está estructurado bajo fuentes de recursos y mecanismos diferentes y complementarios entre sí.</p> <p>Finalmente, es importante resaltar que la iniciativa contenida en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, no es viable evaluarla de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del sistema. Es así como este Ministerio reitera lo manifestado en varias ocasiones, en cuanto a que se avanza de manera gradual en la profundización del derecho a la salud a través del citado conjunto de estrategias de las cuales hace parte los Presupuestos Máximos, y en señal de ello no todo debe estar a cargo de determinado mecanismo, así, el diseño de éstos se hace conforme a la evolución y transición requerida para lograr la integralidad de la atención en salud de los usuarios.</p> <p>4.- Finalmente, en cuanto a su propuesta de “(...) hacer un piloto que permita en vida real testear los porcentajes de variación que pueden presentarse en poblaciones y por ende consumo de tecnologías (...), no es posible acceder a la realización de una prueba piloto, ni a un periodo de transición, de una parte porque, es menester la implementación de presupuestos máximos para el uso de recursos de la salud con mayor eficiencia y control; y, de otra parte es un proceso que se ha socializado y trabajado con el conjunto de actores del SGSSS desde 2019, por tanto, todos ya conocen y están preparados para la entrada en rigor de este acto.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1351	51	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 1.  des Ajustadas Ajustador cantidades entregadas = pero no reportadas QIBNR in t	De donde salen estas cantidades entregadas pero no reportadas, si no está tomando MiPres como fuente? Si se hace por la estimación de Chain Ladder, como está la ficha técnica que sustenta la sensibilidad del método? : Que porcentaje de datos por año existen y cuantos fueron faltantes? Esto porque la calidad de la estimación depende de estas variables de forma sustancial.		<p>Respuesta 51. En cuanto a su inquietud referente a la implementación de la metodología Chain-Ladder, debe precisarse que la metodología es clara en mencionar que para el cálculo de las cantidades ajustadas se utilizaron los años 2015 a 2018 con corte 30 de junio de 2019. Esta metodología es de amplio reconocimiento y su forma de aplicación puede ser consultada en diferentes fuentes a través de internet, no obstante, en el proyecto de resolución y sus anexos, se describe cómo se utiliza y cómo se aplica, incluyendo la explicación que sustenta el método.</p> <p>Adicionalmente, vale aclarar que la fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores, proviene del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrado, en otras palabras, lo suministrado. Es preciso señalar que, la información es suficiente y válida, que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97% del valor respectivo, con lo cual se precisa el porcentaje de datos existentes y faltantes que usted solicita.</p>
1352	52	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 1. Cálculo del Presupuesto Máximo - Modelo estimado	En la descripción del modelo estimado se habla de que se parte de la información disponible de recobros/cobros con lo cual estimar un delta sobre esta base parte de una subestimación de Q. Nuevamente se propone que se calcule con base en MiPres El cálculo QUMC en su definición es contradictoria con lo establecido en la definición de Qdelta (Ver página 26 y 31), ya que el cálculo solo considera el histórico de recobro de cada grupo relevante y una función de "actividades" que se desconoce su alcance, pero en ninguna parte hace ajuste por perfil de riesgo, incidencia, movilidad y traslados. Con lo cual, el espíritu del delta no cumple con la función señalada en el presupuesto máximo. El modelo econométrico propuesto para las cantidades delta, debe mostrar por términos de transparencia las salidas de los modelos por EPS/EOC y grupo relevante que permitan analizar la robustez y representatividad del modelo (r2, r2 ajustado, valor p, errores residuales, test de validación de los modelos, etc.).		<p>Respuesta 52. Sobre sus planteamientos relacionados con una eventual subestimación de Q al utilizarse para el cálculo la información de recobros/cobros, y su propuesta de utilizar la base MIPRES, la misma fue tratada en la respuesta 44, de la cual reitero que los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores producto de estas auditorías y las estimaciones de las cantidades que la componen (inicial, ajustada y delta), se tiene previsto ajustar la forma de cálculo, que pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa, subsanando eventuales subestimaciones del Q.</p> <p>Sobre sus observaciones en cuanto a contemplar como fuente de información las prescripciones MIPRES, es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recbro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES.</p> <p>Esta metodología es susceptible de cambio a futuro, contemplando nuevas fuentes de información como la mencionada en su propuesta.</p> <p>En referencia con su observación donde señala que: "el cálculo solo considera el histórico de recobro de cada grupo relevante y una función de "actividades" que se desconoce su alcance, pero en ninguna parte hace ajuste por perfil de riesgo, incidencia, movilidad y traslados", debe señalarse que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio 2019), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR (Incurred But Not Reported) en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Este comportamiento general de los Q a lo largo de las vigencias enunciadas, incorpora indirectamente las variaciones del perfil de riesgo, incidencia, movilidad y traslados.</p> <p>Finalmente, sobre su afirmación relacionada con "El modelo econométrico propuesto para las cantidades delta, debe mostrar por términos de transparencia las salidas de los modelos por EPS/EOC y grupo relevante (...)", se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos (etapas y formulaciones relativas al cálculo del VR, cantidades totales prospectivas, Delta, entre otros), de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximo en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>
1353	53	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 1.  Cantidades Delta in t Qdelta in t Qinitial n t f Frecuencia	Solicitamos conocer la función que define el precio y las cantidades delta		<p>Respuesta 53. En relación con lo solicitado, debe aclararse que la definición del precio y cantidades delta utilizó la metodología Chain- Ladder, metodología de amplio reconocimiento cuya su forma de aplicación puede ser consultada en diferentes fuentes a través de internet, y tomando para el cálculo de las cantidades ajustadas la información de recobros/cobros de los años 2015 a 2018 con corte 30 de junio de 2019.</p> <p>Vale señalar que la implementación de esta metodología Chain-Ladder, se encuentra descrita ampliamente en el proyecto de resolución, donde se especifica en detalle la definición de los valores de referencia que se usaron para el cálculo de los presupuestos máximos. Así mismo, se especifica el concepto y la metodología de cálculo de las cantidades delta.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1354	54	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 2. METODOLOGÍA PARA LA DETERMINACIÓN DEL VALOR DE REFERENCIA PARA LOS GRUPOS RELEVANTES DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL- APME. 5. Solicitamos se publiquen las notas técnicas que sustentan la distribución de los datos, el porcentaje de datos de recobro que conformaron el universo de información. Como fuente de información principal se tomarán los recobros/cobros que correspondan al periodo de referencia con el último corte de información disponible de	Partir de recobros de las EPS ante ADRES para definir cantidades es inapropiado porque: 1. Valor queda sujeto a calidad y cantidad de recobros efectiva 2. ADRES ha reportado que no todas las EPS tienen buen rendimiento en recobros, con lo cual muchas tecnologías se consumieron, pero no han sido reportadas 3. La cantidad queda sesgada por una variable de orden administrativa 4. Dado el rezago en auditoria de ADRES, no debe castigarse la estimación de cantidad por estos temas administrativos 5. Solicitamos se publiquen las notas técnicas que sustentan la distribución de los datos, el porcentaje de datos de recobro que conformaron el universo de información. Como fuente de información principal se tomarán los recobros/cobros que correspondan al periodo de referencia con el último corte de información disponible de		<p>Respuesta 54. En referencia con su reiterada inquietud relacionada con: "Partir de recobros de las EPS ante ADRES para definir cantidades es inapropiado porque: 1. Valor queda sujeto a calidad y cantidad de recobros efectiva: (...)", la misma fue absuelta en la respuesta 44 del presente documento, sin perjuicio de lo cual me permito hacer las siguientes precisiones:</p> <p>En principio debe considerarse que la información de La ADRES utilizada en Presupuestos Máximos corresponde a la contenida en las bases origen de reconocimiento y pago efectivo de tecnologías no cubiertas por el PBS-UPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.</p> <p>En cuanto a las vigencias utilizadas, debe señalarse que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio 2019), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR (Incurred But Not Reported) en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio.</p> <p>De otra parte, el Presupuesto Máximo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios; para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio de 2019. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas), para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias y valores producto de estas auditorías y las estimaciones de las cantidades que la componen (inicial, ajustada y delta), se tiene previsto ajustar la forma de cálculo, pasará de ser una sumatoria a ser multiplicativa.</p> <p>Sobre sus observaciones en cuanto a contemplar como fuente de información las prescripciones MIPRES, es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recobro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES.</p> <p>Esta metodología es susceptible de cambio a futuro, contemplando nuevas fuentes de información como la mencionada en su propuesta.</p> <p>Finalmente, sobre su solicitud de que se " (...) publiquen las notas técnicas que sustentan la distribución de los datos, el porcentaje de datos de recobro que conformaron el universo de datos y el porcentaje de faltantes sujetos a ajuste y proyección (...)", el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Es preciso mencionar que con esta medida se pretende mejorar el flujo de recursos, no obstante, las EPS deben observar las notas técnicas resultantes de los análisis del perfil epidemiológico de su población, sus necesidades en salud y las frecuencias de uso, para la contratación con su red de prestadores de servicios de salud, ajustándose a sus costos de producción, en procura de la eficiencia de los recursos del Presupuesto Máximo por EPS.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1355	55	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	2. 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	Solicitamos consolidar la definición de valor de referencia, ya que se lista de forma diferente en el texto (VR, VGR, etc.). Se solicita homogenizar la descripción. Sumado a lo anterior, el anexo 1 expone una definición de VR y una metodología de cálculo diferente a lo expuesto en el anexo 2 y a la definición de la página 6. Lo anterior debe estar en consonancia con la regulación de precios vigente, con lo cual si un medicamento tiene precio regulado por control directo o VMR, ese debería ser su precio como insumo para el cálculo del techo. De lo contrario se estarían generando regulaciones con metodologías paralelas que exceden las disposiciones legales vigentes y generan desequilibrios comerciales y afectación a la competencia. De otro lado, en la regulación de precios vigente se establecen mercados relevantes diferentes que fueron aceptados en marco del artículo 23 de la Circular 03 de 2013 permitiendo que medicamentos con el mismo principio activo pero diferente FF o presentación comercial bajo ciertos criterios quedaran con precios regulados diferentes. El		<p>Respuesta 55. En cuanto a su solicitud de “(...) consolidar la definición de valor de referencia (...)”, tal como se advirtió en la respuesta 45., se enunció erradamente el valor de referencia al interior de la fórmula de Valor Máximo como VGR, cuando efectivamente la cita corresponde al Valor de Referencia (VR). El Ministerio tiene previsto realizar este ajuste.</p> <p>De otra parte, respecto de su observación relacionada con que “(...) el anexo 1 expone una definición de VR y una metodología de cálculo diferente a lo expuesto en el anexo 2 y a la definición de la página 6. Lo anterior debe estar en consonancia con la regulación de precios vigente, con lo cual si un medicamento tiene precio regulado por control directo o VMR, ese debería ser su precio como insumo para el cálculo del techo (...)”, y la siguiente en cuanto a: “(...) en la regulación de precios vigente se establecen mercados relevantes diferentes que fueron aceptados en marco del artículo 23 de la Circular 03 de 2013 permitiendo que medicamentos con el mismo principio activo pero diferente FF o presentación comercial bajo ciertos criterios quedaran con precios regulados diferentes (...)”, inicialmente es necesario precisar que este Ministerio no identifica las diferencias metodológicas planteadas en su comunicación, y reitera que, tal como se mencionó en la respuesta 47, la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Ahora bien, se debe iterar lo ya aclarado en la respuesta 45., en cuanto a que la metodología propuesta en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, parte de reconocer el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos, aspecto que a todas luces es insostenible, por ello, en busca de la eficiencia se propone para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC, tener en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES).</p> <p>El Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p> <p>Se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>
1356	56	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 2. 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	El proyecto de resolución en su artículo 3 incluye la definición de VR, no obstante, como ya se mencionó previamente dicho VR debe corresponder al precio de control directo establecido en las circulares vigentes de control de precios o VMR según lo establecido en la regulación pertinente. Por lo tanto, el Anexo 2 en el paso 5 debe precisar que dicha metodología corresponde a VMR, para aquellos medicamentos que cumplan con dichas consideraciones. Debe haber uniformidad de criterio, ya que de lo contrario, se genera confusión al mercado y excede el alcance de la resolución.		<p>Respuesta 56. Lo planteado recalca lo solicitado por Usted en múltiples observaciones precedentes, en cuanto a utilizar los precios existentes en la regulación vigente para efectos de cálculo de presupuestos máximos, solicitud que no es conducente en razón a la metodología utilizada para Presupuestos Máximos al interior de la cual, contempla valores de referencia (VR) los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos. Por lo anterior, el proyecto de resolución no genera confusión al mercado, ni excede su alcance reglamentario.</p> <p>Sobre los grupos relevantes y oferentes, es necesario aclarar que dentro de la construcción de la metodología de cálculo de valores de referencia y la selección de los percentiles, como se expone en el anexo número 2 del proyecto de acto administrativo, se realizó de acuerdo al número de oferentes del grupo relevante, lo cual no realiza distinción alguna entre los grupos relevantes respecto a la fijación del estadístico de tendencia central o de posición que define el valor de referencia, sino que busca disminuir la alta dispersión identificada en los recobros. Siguiendo este contexto, en el percentil diez para el caso de los grupos relevantes con un único oferente, se encontró que existen recobros con un valor inferior o igual a este percentil, identificando lo mismo para los grupos relevantes con dos o más oferentes, que tienen asignado el percentil 25 como valor de referencia.</p> <p>Es importante resaltar que el percentil seleccionado busca propender por un uso racional de los recursos que simultáneamente permita una alineación con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera del SGSSS, en concordancia con el artículo 5 de la Ley 1966 de 2019, donde se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el SGSSS., que reza: “En ningún caso la administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), podrá reconocer y pagar servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC, salvo los recursos destinados al saneamiento de pasivos estipulado en la presente ley, cuando estos sean superiores a los valores y techos máximos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de una metodología que tenga en cuenta los valores recobrados o cobrados, y considerando incentivos por el uso eficiente de los recursos (...)”.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1357	57	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 3 LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO	No resulta claro cómo se establecerá el reconocimiento y pago de tecnología que no cuentan con un comparador explícitamente definido en el ANEXO 3 "listado de los valores de referencia de medicamentos utilizados como referente para el cálculo del presupuesto máximo", por tanto, podrían presentarse discrecionalidad en la interpretación e implementación de la norma.		<p>Respuesta 57. En respuesta a las inquietudes planteadas sobre "(...) No resulta claro cómo se establecerá el reconocimiento y pago de tecnología que no cuentan con un comparador explícitamente definido en el ANEXO 3 (...)”, debe inicialmente considerarse que el listado no hace referencia a la cobertura si no que es un referente de valores para el calculo del presupuesto maximo por lo anterior tener en cuenta a los artículos 18 y 19 en relación a las tecnologías con cargo al presupuesto máximo.</p> <p>Así mismo, vale resaltar que en la metodología propuesta contempla la utilización de valores de referencia (VR), con el alcance definido en el Artículo 3, numeral 21., que señala: “corresponde al valor por Unidad Mínima de Concentración UMC de cada grupo relevante (...)”. La aplicación del valor de referencia (VR), se predica sobre un determinado grupo relevante, el cual siguiendo lo definido en el Artículo 3, numeral 11, para medicamentos, señala “(...) 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, así como a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.(...)”.</p> <p>Así, cuando se incluye un medicamento (y un valor de referencia) en el Anexo 3. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO, debe tenerse en cuenta que no se definen coberturas, y la alusión del principio activo y forma farmacéutica, refleja la conformación de grupos relevantes.</p> <p>También es importante recordar que los Presupuesto Máximos se calcularon a partir de una información de vigencias consolidadas, donde se documenta el histórico de uso de servicios incorporándose en el análisis el comportamiento incidente y prevalente de las tecnologías en salud, con lo cual la estimación de Presupuestos Máximos, contempla de manera indirecta estos aspectos.</p>
1358	58	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 3 LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO	Se observa que el Listado del Anexo 3 deja por fuera varias Moléculas NO PBS que actualmente son usadas y recobradas al sistema de salud. Esto incluye principios activos NO PBS que actualmente se encuentran en Regulación de Precios en la Circulares 04, 05, ambas de 2013. Circular 07, 08, ambas de 2018 y Circular 09 de 2019. Así mismo las Moléculas que se encuentran en la Resolución 3078 de 2019 con sus precios actualizados. Algunos medicamentos contenidos en el anexo 3, no fueron sometidos a consulta pública de acuerdo a lo establecido en la metodología de calculo del valor máximo de recobro. Así mismo, no fue compartida la base de datos con lo cual no es posible replicar el ejercicio de los valores de referencia aquí publicados. Solicitamos aclarar y publicar la base del cálculo respectivo de los medicamentos que aparecen en el anexo No 1 como productos con Valor Máximo de recobro, pero no están incluidos en la resolución 3078 de 2019.	El Ministerio debe Garantizar que ha tenido en cuenta para el presupuesto el 100% de las Moléculas NO PBS que actualmente son usadas por los pacientes en Colombia. Por lo tanto, las nuevas moléculas que empezaron su comercialización en 2019, al igual que las que tienen aprobación INVIMA en el 2019 y que serán usadas en el 2020, deben estar excluidas del presupuesto máximo y su reconocimiento, una vez se cumpla el criterio de pertinencia clínica, deberá estar dado por el proceso de recobro/cobro. Adicionalmente el Ministerio debe tener presente los precios a valor presente 2020 de las tecnologías No PBS.	<p>Respuesta 58. Las observaciones planteadas al Anexo 3. LISTADO DE LOS VALORES DE REFERENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS COMO REFERENTE PARA EL CÁLCULO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO., en el presente comentario, han sido resueltas a lo largo del presente documento, siendo necesario insistir por parte de este Ministerio en lo siguiente:</p> <p>La propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. Estos valores de referencia no son equiparables a los VMR (Resolución 3078 de 2019) o a los PRI (CNPMDM) aludidos en su comentario, dado que tienen un alcance diferente.</p> <p>De otra parte, la metodología de Presupuesto Máximos tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios; para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018 con corte junio de 2019. No obstante, para efectos del Q inicial se tomó la vigencia 2018 por contener la información más completa, correspondiente a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas).</p> <p>Sobre su inquietud respecto a que el “(...) Listado del Anexo 3 deja por fuera varias Moléculas NO PBS que actualmente son usadas y recobradas al sistema de salud (...)”, vale advertir que los medicamentos que no fueron recobrados a la ADRES en 2018, fueron considerados para establecer los valores de referencia en sus cantidades y valores para las vigencias 2015 a 2017, sin embargo, no se encuentran descritos en el Anexo 3.</p> <p>Respecto a su observación “(...) las nuevas moléculas que empezaron su comercialización en 2019, al igual que las que tienen aprobación INVIMA en el 2019 y que serán usadas en el 2020, deben estar excluidas del presupuesto máximo y su reconocimiento (...)”, debe adaptarse que el presupuesto máximo se calcula para todas las tecnologías recobradas entre 2015 y 2018. Sin embargo pensando en situaciones como la mencionada en su solicitud, se identificaron en el primer semestre de 2019 tecnologías en salud recobradas sin precedente de recobro en los años mencionados, las cuales se incorporaron en el presupuesto máximo estimando un valor de referencia.</p> <p>Su propuesta de que " deben estar excluidas del presupuesto máximo", no es viable puesto que el presupuesto máximo se calcula para todas las tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, tal como lo ordena la Ley 1955 de 2019, que reza: "ARTÍCULO 240. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. 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 Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)". Por lo anterior, no es posible hacer puntos de corte ni excepción alguna con los parámetros de inclusión para las estimaciones del presupuesto máximo.</p> <p>En cuanto a su solicitud de “(...) aclarar y publicar la base del cálculo respectivo de los medicamentos que aparecen en el anexo No 1 como productos con Valor Máximo de recobro, pero no están incluidos en la resolución 3078 de 2019. (...)”, la misma se encuentra publicada en la página del Ministerio y puede ser consultada a través del siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/bd-recobro-cobro-calculo-vm.zip">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/bd-recobro-cobro-calculo-vm.zip</a></p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1359	59	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 5	La metodología para definir los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios, no contiene los anexos técnicos que soportan los valores de referencia del Anexo 5. Por lo cual solicitamos la publicación de la ficha técnica, como se publica para otro tipo de procesos, por ejemplo, medicamentos. Pág. 116, servicios complementarios tiene un conglomerado que no se encuentra definido en el acto administrativo y el numeral "otros" (25-29) no se encuentra definido.		<p>Respuesta 59. En atención a su solicitud de ampliar información sobre los conglomerados asignados a los servicios complementarios, es necesario mencionar que dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento.</p> <p>Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). El número de grupos depende de la heterogeneidad observada y el método determina la mejor alternativa según la medida de silueta.</p> <p>Sobre la "(...) publicación de la ficha técnica, como se publica para otro tipo de procesos, por ejemplo, medicamentos (...)", debe señalarse que el Presupuesto Máximo es global y que los valores presentados en el proyecto de resolución, corresponden a valores de referencia para efectos del cálculo, por ello no se expresa el Presupuesto Máximo por tecnología. Para evitar confusiones sobre los valores de máximos y de referencia, se contempla la posibilidad de no incluir en el proyecto de resolución los valores de referencia o valores máximos (anexos 2, 4 y 5), y en su lugar se prevé sacar una nota técnica para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo.</p> <p>En referencia con su comentario de "(...) servicios complementarios tiene un conglomerado que no se encuentra definido en el acto administrativo y el numeral ""otros"" (25-29) no se encuentra definido.", se precisa que las prestaciones no clasificadas en el agrupamiento inicial, por tratarse de servicios que no correspondían por su descripción a uno de los grupos de servicios complementarios de la tabla de referencia MIPRES, se categorizaron como "OTROS".</p> <p>De otro modo, por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p>
1360	60	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 6 PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE LA VIGENCIA 2020 PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	El Valor de 3.635.986.134.556 se observa insuficiente. La fijación del presupuesto máximo por EPS del Régimen Contributivo muestra una disparidad que no guarda relación con el número de afiliados existentes, lo cual demuestra que hay inequidades y posibles errores en la metodología de cálculo de dichos valores, dado que está hecha sobre la base de recobros. Es por esto que entre EPS que tienen números de afiliados similares el presupuesto de Techo para NO PBS es diferente, con lo cual a las EPS que han hecho mayores recobros les corresponde mayor presupuesto y a las que no han hecho efectiva gestión del NO PBS un presupuesto menor. Esto demuestra lo inequitativo que va a ser el acceso a las tecnologías NO PBS en contra de la igualdad y cobertura universal que menciona la constitución y que ha sido ratificada por la corte constitucional en varias sentencias previas. Es por ello que la solución de fondo debería ser, llegar a un plan único de beneficios en donde se incluyan todas las tecnologías autorizadas en el país	El Ministerio debe asegurar que no se omita ninguna EPS dentro del listado del Anexo 6. Así mismo que el presupuesto que tiene cada EPS está cumpliendo con la Carga de Enfermedad por grupo de Edad, con los parámetros de movilidad y de afiliación en el momento de la implementación, así como con las necesidades en medicamentos NO PBS que tiene la población afiliada a cada entidad independiente si se encuentra o no en los históricos de recobros. Se debe incluir en presupuesto el ingreso de nuevas tecnologías con registro sanitario 2019 y los medicamentos que no han sido dispensados por barreras de acceso del sistema y que se registran en la Superintendencia de salud como PQRS.	<p>Respuesta 60. Sobre los planteamientos presentado en este comentario, en particular respecto a que "El Valor de 3.635.986.134.556 se observa insuficiente. La fijación del presupuesto máximo por EPS del Régimen Contributivo muestra una disparidad que no guarda relación con el número de afiliados existentes, lo cual demuestra que hay inequidades y posibles errores en la metodología de cálculo de dichos valores, dado que está hecha sobre la base de recobros. (...)” debe reiterarse lo ya precisado en cuanto a que en el sistema existe la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, para la que se tienen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes de financiación para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, y en el que las EPS son funcionalmente las responsables de la gestión de la salud de los pacientes. En esta vía, el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>Sobre la metodología de Presupuestos Máximos, la información tomada para el cálculo de valor de referencia corresponde a los reportes realizados (base SIL_MYT) por las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y las demás entidades recobrantes por la prestación de tecnologías no incluidas en el PBSUPC.</p> <p>Esta información de las vigencias 2015 a 2018 con corte junio de 2019, corresponde a información de vigencias consolidadas que dan cuenta del histórico de uso de servicios independientemente de las entidades involucradas incorporándose en el análisis el comportamiento incidente y prevalente de las tecnologías en salud. Así mismo, como otra medida de estimación prospectiva, en la metodología, se establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas.</p> <p>Respecto a su planteamiento de "El Ministerio debe asegurar que no se omita ninguna EPS dentro del listado del Anexo 6. Así mismo que el presupuesto que tiene cada EPS está cumpliendo con la Carga de Enfermedad por grupo de Edad, con los parámetros de movilidad y de afiliación en el momento de la implementación, así como con las necesidades en medicamentos NO PBS que tiene la población afiliada a cada entidad independiente si se encuentra o no en los históricos de recobros (...)”, se precisa que efectivamente, todas las EPS fueron incluidas en los escenarios de cálculo no obstante, en los casos planteados en el Artículo 7. Metodología para definir el Presupuesto máximo para EPS que no presentan información, para las EPS que no tengan información de recobros/cobro para poder determinar un Presupuesto Máximo, se les asignará un presupuesto per cápita por la población afiliada a dicha EPS.</p> <p>Hay que tener en cuenta que el Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto, la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual, el cambio radica en el incentivo a la mayor eficiencia y gestión para las EPS, por lo que dando aplicabilidad a los postulados constituciones y legales, en especial la Ley 1751 de 2015 y el propio artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, resulta claro que en ningún caso el cumplimiento del Presupuesto Máximo puede afectar la prestación del servicio de salud.</p> <p>Finalmente, ante su comentario sobre "(...) Se debe incluir en presupuesto el ingreso de nuevas tecnologías con registro sanitario 2019 y los medicamentos que no han sido dispensados por barreras de acceso del sistema y que se registran en la Superintendencia de salud como PQRS (...)", vale advertir que el presupuesto máximo se calcula para todas las tecnologías recobradas entre 2015 y 2018. Sin embargo pensando en situaciones como la mencionada en su solicitud, se identificaron en el primer semestre de 2019 tecnologías en salud recobradas sin precedente de recobro en los años mencionados, las cuales se incorporaron en el presupuesto máximo estimando un valor de referencia. De otra parte, a futuro esta metodología es susceptible de cambio, siendo probable considerar nuevas fuentes de información como la mencionada en su comunicado (PQRS de la Supersalud).</p>
1361	61	24/01/2020	202042300094242 202042300094082 202042300094112	Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica- ANDI	ANEXO 7 ESTRUCTURA DE COSTOS PARA EL TRASLADO DE AFILIADOS PARA LA VIGENCIA 2020	Ponderación de la Estructura de Costos por grupos etáreos.	La Estructura de Costos debe estar en línea con los cambios en movilidad que tenga cada entidad en el momento de la implementación, al igual que con el perfil de riesgo de la población. Una estructura de costos por grupo etéreo, desconoce la dinámica del gasto en salud y sus variaciones que no son estáticas, ni unidimensionales	<p>Respuesta 61. Previendo lo señalado en este comentario, este Ministerio ya contempló los efectos de la dinámica de movilidad dentro del sistema, incorporando al proyecto de resolución en el Artículo sobre "Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente", la posibilidad de ajustar mensualmente el Presupuesto Máximo debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual. En cuanto a su aseveración, esta asignación del per cápita precisamente busca reconocer las diferencias y variaciones de la dinámica del gasto en salud dentro de un grupo poblacional.</p> <p>Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1362	1	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	GENERAL	Solicitar, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el concepto de Abogacía de la Competencia a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) con respecto del Proyecto de Resolución en estudio.	Los hechos: El Proyecto de Resolución en estudio incide sobre la competencia y el mercado. El proyecto actual de regulación impone precios de referencia/ valores máximos de medicamentos que no son precios de regulación afecta gravemente y una vez más nuestro derecho constitucional a la libre empresa y a la competencia. Fundamentos: 1. Doctrina Constitucional: La Corte Constitucional no solo ha considerado la libre competencia económica como un derecho sino también como "principio rector de la economía". En ese sentido la Sentencia C-535/97, señaló: "La libre competencia, desde el punto de vista subjetivo, se consagra como derecho individual que entraña tanto facultades como obligaciones. En una perspectiva objetiva, la libre competencia adquiere el carácter de pauta o regla de juego superior con arreglo a la cual deben actuar los sujetos económicos y que, en todo momento, ha de ser celosamente preservada por los poderes públicos, cuya primera misión institucional es la de mantener y propiciar la existencia de mercados libres. La Constitución asume que la libre competencia económica	<p>Respuesta 1: Sobre su propuesta de "Solicitar, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el concepto de Abogacía de la Competencia a la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) con respecto del Proyecto de Resolución en estudio. Los hechos: El Proyecto de Resolución en estudio incide sobre la competencia y el mercado. El proyecto actual de regulación impone precios de referencia/ valores máximos de medicamentos que no son precios de regulación afecta gravemente y una vez más nuestro derecho constitucional a la libre empresa y a la competencia. (...)", la misma no es procedente en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos, de acuerdo con las normas que rigen el asunto, dado que el concepto de abogacía de la competencia debe solicitarse a la SIC sí, en la elaboración del proyecto de acto administrativo, se identifican circunstancias que pudieran afectar la libre competencia en los mercados.</p> <p>Para el caso de Presupuestos Máximos, dentro del proceso de construcción del proyecto de resolución, este Ministerio revisó el formato definido por la Superintendencia de Industria y Comercio "Evaluación de la incidencia sobre la libre competencia de los proyectos de actos administrativos con fines regulatorios", y concluyó que las reglas propuestas no afectan la libre competencia, ya que las medidas no pretenden regular los precios del mercado de estos servicios y tecnologías, sino que consisten en establecer valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado, no realiza fijación del VMR y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena, valor que es igual para los servicios y tecnologías que compartan el mismo principio activo y forma farmacéutica (grupo relevante), independientemente de su presentación comercial, teniendo en cuenta que el efecto terapéutico está dado por los primeros y no por la segunda, procurando de esta manera la mejor utilización de los recursos disponibles para los servicios y tecnologías a ser financiados con el Presupuesto Máximo.</p> <p>Es importante señalar que los Valores de Referencia como parte del caculo de estimación del presupuesto máximo son un componente que en la metodologia junto con las cantidades expresadas según la medida de cada grupo relevante, permiten establecer el monto de presupuesto máximo a transferir a cada EPS para la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación</p> <p>Para el cálculo de valor de referencia se toma todo el valor facturado por las entidades recobrantes a la ADRES por el suministro de la tecnología en salud al paciente y al no constituirse en una regulación del mercado, permiten que el precio de compra y venta de medicamentos pueda ser definido por quien corresponda.</p> <p>En el mismo sentido, respecto del proyecto de resolución que está en consulta pública de la ciudadanía y que pretende adoptar los Presupuestos Máximos, no se avizora la necesidad del requerimiento de concepto previo, dado que, al analizar cada uno de los presupuestos del artículo 3 del Decreto 2897 de 2010, compilado en el artículo 2.2.2.30.1 del Decreto 1074 de 26 de mayo de 2015, se advierte que su objeto no tienen que ver con los elementos indispensables que predicen la incidencia en los mercados. En efecto, el proyecto de resolución:</p> <p>i) No limita la variedad de competidores en los mercados: Los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos son objeto de aplicación a las EPS, EOC e IPS y se fijan a nivel de grupo relevante y no a nivel de entidad recobrante en particular. Dado que no constituye un precio de mercado, no impone restricciones a la entrada y salida de competidores, ni a los valores de negociación de dichos agentes. Adicionalmente, los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos, no se hace distinción por marca comercial.</p> <p>ii) No impone conductas a los agentes del mercado: El establecer Presupuestos Máximos a partir de valores de referencia (VR), no constituye un precio de mercado ni regula el funcionamiento del mismo, no afecta la posibilidad de que las EPS puedan comprar y escoger dichos servicios y tecnologías entre los diferentes proveedores existentes en el mercado, a su vez no tiene como alcance regular las relaciones contractuales de negociación entre los diferentes agentes de la cadena de comercialización de medicamentos, solamente indica el valor con el cual se realizó el cálculo de Presupuestos Máximos con los cuales las EPS deben financiar las tecnologías no PBS-UPC, a partir de valores de referencia para determinados servicios y tecnologías por pertenecer a un grupo con las mismas características.</p> <p>iii) No limita la capacidad de las empresas para competir: Tal como se señaló, los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos se fijan a nivel de grupo relevante y no a nivel de entidad recobrante en particular, de tal manera que cualquier entidad recobrante que quiera obtener el pago de determinado servicio o tecnología, si este pertenece a un grupo relevante, se pagará al valor determinado para ese grupo, independientemente de la entidad que lo esté cobrando, por lo que no se genera una condición de superioridad o de ventaja entre los competidores.</p> <p>iv) No limita la libre elección de los consumidores: Los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ente, no regulan las relaciones entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Adicionalmente, es preciso advertir que de ninguna forma limita la libre elección de los consumidores finales, que en este caso corresponden a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud afiliados al Régimen Contributivo, ya que el objeto de los valores de referencia (VR) aplica exclusivamente en el cálculo de los Presupuestos Máximos con los cuales las EPS deben financiar las tecnologías no PBS-UPC, y por tanto no reduce o suprime beneficios para los consumidores, ni afecta su posibilidad de comprar y escoger entre empresas y productos.</p>	
1363	2	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Observación de carácter general. Transparencia por parte de la autoridad regulatoria.	Para efectos de evaluar la propuesta de la autoridad regulatoria es necesario contar por parte del regulado con toda la información sobre la cual se fundamenta. Se solicita a la autoridad regulatoria publicar toda la información pertinente que soporta la propuesta normativa.	El Ministerio de Salud y Protección Social no ha hecho pública la base de datos de los recobros por medicamentos, alimentos con propósitos médicos especiales (APME) ni procedimientos del periodo 2015 a 2019. Igualmente, y en particular para los APME, no ha publicado el listado individualizado de las presentaciones comerciales no financiadas con cargo a la UPC, incluidos en cada uno de los 13	<p>Respuesta 2. Sobre su solicitud de "(...) publicar toda la información pertinente que soporta la propuesta normativa (...)", es importante señalar que desde el 24 de diciembre de 2019 en aras de la transparencia y legitimidad, este Ministerio publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en la página web del ministerio en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>, subsitio Otros Estudios.</p> <p>De otro lado, en relación a su inquietud de "(...) no ha hecho pública la base de datos de los recobros por medicamentos, alimentos con propósitos médicos especiales (APME) ni procedimientos del periodo 2015 a 2019. Igualmente, y en particular para los APME, no ha publicado el listado individualizado de las presentaciones comerciales no financiadas con cargo a la UPC, incluidos en cada uno de los 13 grupos relevantes o categorías de APME (...)", la metodología define, para el caso de los APME agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto ni presentación comercial. En el enlace arriba señalado, está la información necesaria para replicar la metodología del modelo Econométrico. ☐</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1364	3	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana Maria Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	APME's	La información utilizada para el análisis es de los años 2015, 2016 y 2017. No se tuvo en cuenta los años 2018 y 2019, desconociendo la dinámica de la demanda que se viene teniendo con la implementación de MiPres. Igualmente, se desconoce el hecho de que en los últimos años han entrado al mercado nuevos productos que hacen que la distribución de la demanda cambie sustancialmente. Los datos utilizados tienen un rezago de dos años, por lo cual no brinda información sobre la dinámica de la demanda de productos de nutrición, los precios y las referencias que actualmente se prescriben.		<p>Respuesta 3. En atención a sus observaciones sobre "(...) No se tuvo en cuenta los años 2018 y 2019, desconociendo la dinámica de la demanda que se viene teniendo con la implementación de MiPres. Igualmente, se desconoce el hecho de que en los últimos años han entrado al mercado nuevos productos que hacen que la distribución de la demanda cambie sustancialmente. (...)", es importante aclarar que la información de La ADRES utilizada en Presupuestos Máximos corresponde a la contenida en las bases origen de reconocimiento y pago efectivo de tecnologías no cubiertas por el PBS-UPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.</p> <p>Sobre sus observaciones en cuanto a contemplar como fuente de información las prescripciones MIPRES, es necesario precisar que no todas las prescripciones desembocan en el cobro/recobro de la tecnología, sin embargo, la metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES.</p> <p>Esta metodología es susceptible de cambio a futuro, contemplando nuevas fuentes de información como la mencionada en su propuesta.</p> <p>De otra parte, en el proyecto de norma se tiene previsto incluir, en el Artículo sobre "Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes.", que, el Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base en el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. El reporte se deberá realizar en los tiempos y condiciones establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Finalmente, tal como se mencionó en la respuesta 52, sobre el detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas a los APME, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p>
1365	4	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana Maria Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	APME's	La base de datos suministrada por el Ministerio no permite identificar los productos analizados por categoría. Sumado a lo anterior, al analizar la información de 2015 y parte del 2016 se tienen grandes inquietudes frente a la calidad y cantidad de datos analizados.		<p>Respuesta 4. Sobre sus inquietudes relacionadas con la base de datos y la identificación de los productos analizados, debe reiterarse lo señalado en la respuesta 60 en cuanto a que la metodología define, para el caso de los APME, agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto ni presentación comercial.</p> <p>La información necesaria para replicar la metodología del modelo Econométrico se encuentra en el enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>, subsitio Otros Estudios.</p>
1366	5	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana Maria Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	APME's	De los años incluidos dentro de la base se tiene cerca de 550.230 datos, al analizar la información de nutrición de la base de datos de MiPres de los años 2018 y 2019, se tiene un total de prescripciones de 493.691 (YTD) (2018: 228.243 y 2019: 265.448). Lo anterior, muestra que la información analizada representa sólo cerca del 50% del total de la demanda de productos, haciendo que los VMR asignados por categoría no representen el valor real de mercado.		<p>Respuesta 5. Sobre el particular, debe señalarse que la información tomada para el cálculo de valor de referencia corresponde a los reportes realizados (base SIU_MYT) por las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y las demás entidades recobrantes por la prestación de tecnologías no incluidas en el PBSUPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.</p> <p>De otra parte, se debe precisar que la metodología propuesta en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, parte de reconocer el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos, aspecto que a todas luces es insostenible, por ello, en busca de la eficiencia se propone para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC , tener en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES).</p> <p>El Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1367	6	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Última frase Undécimo Considerando, del primer párrafo de la página 3, en referencia al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad": "En ningún caso, el cumplimiento del Presupuesto Máximo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio." Y Décimo Segundo Considerando	CONSULTA: ¿Cómo el Ministerio de Salud dará manejo a los desabastecimientos asociados a la no oferta de medicamentos en el canal institucional en función que para algunos productos los Valores Máximos de Recobro (VMR) y los Valores de Referencia actuales resultan menores a los costos de producir y comercializar algunos productos? Y si bien es cierto, se ha afirmado que estos valores no representan precios máximos de venta, las instituciones deciden no comprar a precios inferiores a los valores de referencia que propone el Ministerio. Ejemplos de desabastecimiento: Propafenona y Colagenasa, entre otras decenas de productos. Se solicita al Ministerio de Salud y Protección Social retirar los valores de referencia del proyecto actual de Resolución. Se solicita al Ministerio de Salud y Protección Social retirar los valores de referencia del proyecto actual de Resolución. En caso que no lleguen a sersean retirados, se solicita aclarar de forma explícita que los valores son de referencia y NO constituyen un precio de regulación. Como también se solicita al Ministerio de Salud y Protección Social aclarar que el precio final de compra y venta de medicamentos dependerá de los ejercicios de negociación entre los actores de la cadena de comercialización de	La información de precios de referencia para negociar puede ser consultada por cualquier actor a través de la fuente oficial SISMED: precios mínimos, promedio y máximos; y las bases de datos de la regulación de precios máximos de venta de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (CNPMDM). La regulación de los precios es competencia de la CNPMDM. De no darse esta claridad explícita se provocarán desabastecimientos temporales y definitivos en numerosos casos, además del desincentivo de ingreso de más competidores, anulando las ventajas de tarifas, innovación y calidad de producto y servicio que trae el ingreso de competidores en cada mercado relevante.	Respuesta 6. En referencia con sus planteamientos sobre el efecto de los valores de referencia (VR) en la oferta de algunos medicamentos ocasionando "(...) desabastecimientos asociados a la no oferta de medicamentos en el canal institucional en función que para algunos productos los Valores Máximos de Recobro (VMR) y los Valores de Referencia actuales resultan menores a los costos de producir y comercializar algunos productos (...)” y frente a su solicitud de "(...) aclarar de forma explícita que los valores son de referencia y NO constituyen un precio de regulación (...)”, este Ministerio señala categóricamente que en efecto, en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos éste Ministerio establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado, no realiza fijación del VMR y en tal sentido dichos valores no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena. En tal virtud, no se tiene previsto un efecto de desabastecimiento de productos derivado de la implementación de Presupuestos Máximos.  De otra parte, coincidimos en su planteamientos sobre la posibilidad de los diferentes actores de utilizar en sus negociaciones la información disponible en SISMED y las funciones de la CNPMDM en la regulación de precios de medicamentos; éste órgano fijó los Precios de Referencia Internacional (PRI) de los mercados relevantes los cuales fueron tomados como valores de referencia para el cálculo del Presupuesto Máximo, destacándose entonces que es éste órgano rector el encargado de fijar los precios de medicamentos en ejercicio de sus competencias.
1368	7	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Definición de grupo relevante para Alimentos de Propósitos Médicos Especiales. Artículo 3, Numeral 11, artículo	Establecer una definición explícita que permita al regulado conocer a priori en cuál categoría quedará agrupado el producto o fórmula de su interés.	El proyecto de normativa no establece una definición precisa de las categorías o grupos relevantes de los APME. El nombre de cada una de las 13 categorías o grupos relevantes no permite establecer a priori los APME que caben en una u otra categoría. Se requiere establecer explícitamente las características específicas de cada APME incluido en cada categoría o grupo relevante. Los límites entre una categoría y otra deben ser explícitos. Así mismo, debe considerarse la diferenciación con los micronutrientes y los valores	Respuesta 7. Respecto de la agrupación utilizada en aplicación de la definición de grupo relevante para Alimentos de Propósitos Médicos Especiales, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.  Finalmente, también se tiene previsto incluir en las notas técnicas correspondientes, el detalle que permita conocer los criterios utilizados en la construcción de las categorías definidas por el Ministerio para realizar la agrupación de los APME.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1369	8	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Artículo 5. Fuentes de Información para el cálculo de Presupuesto Máximo. “(...) se tomó como insumo la Base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios sociales complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la	Nuevamente se reitera al Ministerio de Salud sean excluidos los valores de recobro inferiores al precio mínimo de venta de los medicamentos, el cual puede ser consultado en SISMED o pueden ser proporcionados por las compañías en los casos que los valores de referencia para el cálculo de los presupuestos máximos sean inferiores a los precios mínimos de venta y en algunos casos inferiores a los costos. Estas desviaciones pueden ser explicadas bien por errores de reporte o porque existen precios reportados a ADRES inferiores posterior a la transacción primaria (descuentos, acuerdos comerciales, bonificaciones, etc) por los cuales el laboratorio proveedor de la tecnología no debería ser afectado. Algunos de los mercados relevantes que presentan este fenómeno de poseer un VMR o valor de referencia menor al precio histórico de venta/costo del producto son: 1. Bosutinib (tabletas) 2. Propafenona (tabletas) 3. Colagenasa (crema) 4. Etoricoxib (tabletas) 5. Claritromicina (tabletas) 6. Claritromiciona (gránulos) 7. Betahistina (tabletas) 8. Rifaximina (tabletas) 9. Zolmitriptan (solución nasal) 10. Valaciclovir (tabletas) 11. Hidrocodona + naproxeno (tabletas)	Los valores de referencia para el cálculo de los presupuestos máximos resultan inferiores a los precios mínimos de venta y en algunos casos inferiores a los costos.	<p>Respuesta 8. Sobre su propuesta de que sean “(...) excluidos los valores de recobro inferiores al precio mínimo de venta de los medicamentos, el cual puede ser consultado en SISMED (...)”, la misma no es procedente por cuanto, tal como se ha venido señalando, el Ministerio propuso la metodología contenida en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, reconociendo el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos e insostenibles, por ello, en busca de la eficiencia, para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC, se tienen en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES). Así las cosas, el Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p> <p>También vale precisar que la metodología de Presupuestos Máximos contempla la detección y eliminación de valores atípicos tal como se describe en el paso No. 4 del Anexo 2, Metodología para la determinación del Valor de Referencia para los grupos relevantes de Medicamentos y Alimentos con Propósito Médico Especial - APME.</p> <p>En cuanto a la aseveración de que “(...) Estas desviaciones pueden ser explicadas bien por errores de reporte o porque existen precios reportados a ADRES inferiores posterior a la transacción primaria (descuentos, acuerdos comerciales, bonificaciones, etc) (...)”, debe precisarse que tal como lo señala el Artículo 3, Definiciones., “22. Valor de recobro/cobro: corresponde al valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías 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, tampoco el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este Ministerio, ni al valor calculado para los servicios y tecnologías financiadas con recursos de la UPC utilizadas o descartadas.”. Así las cosas, para efectos del cálculo se tomó el valor total de la factura (variable Valor Total recobrado de la base de datos de recobro/cobro).</p> <p>Por último, en cuanto a su solicitud de “(...) publicar la base de datos de recobro/cobro para poder replicar los ejercicios. Los valores de referencia para el cálculo de los presupuestos máximos resultan inferiores a los precios mínimos de venta y en algunos casos inferiores a los costos.”, debe enfatizarse en que la metodología de Presupuestos Máximos se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información de La ADRES contenida en las bases origen de reconocimiento y pago efectivo de tecnologías no cubiertas por el PBS-UPC, fuente primaria que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta. La gestión de la información de recobro/cobro es competencia de La ADRES, incluyendo la publicación de las bases de datos, este Ministerio es un usuario de dicho reporte.</p> <p>No obstante, en aras de la transparencia y legitimidad, este Ministerio publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>, subsitio Otros Estudios.</p>
1370	9	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Artículo 7. Presupuesto máximo para EPS que no tiene recobros/cobro.	Se solicita unificar la base para ajustar el precio a la inflación.	A diferencia del PRI, no ajusta el precio a la inflación observada (año anterior) si no que lo hará sobre meta de inflación (lo que se estima para el año que viene) generando incertidumbre.	<p>Respuesta 9. Sobre su observación al Artículo 7. Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes, en particular la relativa al mecanismo de ajuste del mismo, el Ministerio modificará este artículo del proyecto de resolución en los siguientes términos:</p> <p>“Del Presupuesto Máximo Anual de las vigencias siguientes. El Presupuesto Máximo por EPS para las vigencias siguientes se ajustará con base:</p> <p>1. En el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República para los valores de referencia, PRI, valores máximos o valores promedio de las EPS, siempre y cuando no supere los VR.</p> <p>2. En el reporte de las cantidades y valores realizados por el módulo de suministros de la herramienta MIPRES. El reporte se deberá realizar en los tiempos y condiciones establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>En el evento que no se disponga de información del suministro y valores de los servicios y tecnologías en salud objeto del presente acto administrativo y para cada Grupo Relevante el Ministerio de Salud y Protección Social calculará el Presupuesto Máximo con base en el punto medio del rango meta de la inflación establecida por el Banco de la República. Adicionalmente, La ADRES para financiar posibles contingencias y desviaciones futuras descontará un 2.5% del valor del Presupuesto Máximo de la EPS que no envíe la información respectiva.</p> <p>La ADRES comunicará al Ministerio de Salud y Protección Social el Presupuesto Máximo Final por cada EPS.”</p>
1371	10	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo.	La metodología planteada puede generar incentivos perversos para que el asegurador haga selección adversa de los pacientes, o que por vía administrativa demore o niegue la entrega de nuevas tecnologías, o que interpreten como de alto costo con el propósito de generar ahorros que irían directamente a su margen de utilidad.		<p>Respuesta 10. En atención a las observaciones recibidas respecto del Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo, particularmente sobre el efecto de tales medidas en la gestión que deben realizar las EPS, se determinó eliminar integralmente el tema del ahorro contenido en el numeral 2., de este artículo del proyecto de resolución.</p> <p>Sobre su comentario relacionado con que “La metodología planteada puede generar incentivos perversos para que el asegurador haga selección adversa de los pacientes”, debe considerarse que en esencia este comportamiento aqueja a todo el sistema y debe ser tratado en el ámbito de la operación del aseguramiento por cuanto trasciende los propósitos del presente proyecto de resolución, sin perjuicio de lo cual, la norma propuesta dispone en el artículo denominado como “Del traslado del Presupuesto Máximo en la vigencia corriente”, de medidas de ajuste debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, reconociéndole a las EPS el valor correspondiente para la atención de lo cubierto por el mecanismo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1372	11	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Artículo 13. No superación del Presupuesto Máximo. Para que no se presente la superación del Presupuesto Máximo las EPS deben gestionar entre otros aspectos modelos de atención, las formas de contratación, la conformación de redes de prestación de servicios de salud, los valores de referencia para efectos del cálculo de los presupuesto s máximos, (...) Parágrafo 1: los agentes	Frente al deber que le asiste al Ministerio de Salud y Protección Social de surtir del procedimiento de Abogacía de la Competencia establecido en el artículo 7° de la Ley 1340 de 2009 y demás normas concordantes. La Resolución que se pretende expedir tiene incidencia sobre la libre competencia, razón por la cual debe sujetarse al procedimiento de abogacía de la competencia según lo dispuesto en el 7° de la Ley 1340 de 2009. Lo anterior, de conformidad con las razones que se indican en la justificación:	Según lo dispuesto en el artículo 6° del Proyecto Regulatorio, Metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS en los Regímenes Contributivo y Subsidiado, la metodología para establecer el Presupuesto Máximo para cada EPS, depende sustancialmente de los valores de referencia de medicamentos y productos APME definidos en los Anexos 3 y 4 del mismo Proyecto. De la mano con lo anterior, el proyecto le impone a las EPS y a los agentes que intervienen en la cadena de valor los deberes previstos en los parágrafos 1 a 3 del Artículo 13. Aunque la Resolución no establece expresamente precios máximos regulados para medicamentos ni para productos APME, indirectamente termina teniendo este efecto, al establecer unos precios de referencia que se plantea "deben" ser tenidos en cuenta por las EPS. De hecho, de acuerdo con los parágrafos primero y tercero de la referida norma, el deber de tener en cuenta los valores de referencia no se limita únicamente a las EPS, sino que también se traslada a los importadores, productores y demás agentes comercializadores de estos productos, como agentes de la cadena de formación de valor. De lo anterior se colige que, en la práctica la regulación terminará incidiendo de manera directa sobre	Respuesta 69. Sobre su comentario acerca del "deber que le asiste al Ministerio de Salud y Protección Social de surtir del procedimiento de Abogacía de la Competencia establecido en el artículo 7° de la Ley 1340 de 2009 y demás normas concordantes. (...)", la misma no es procedente en la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos, de acuerdo con las normas que rigen el asunto, dado que el concepto de abogacía de la competencia debe solicitarse a la SIC sí, en la elaboración del proyecto de acto administrativo, se identifican circunstancias que pudieran afectar la libre competencia en los mercados.  Para el caso de Presupuestos Máximos, dentro del proceso de construcción del proyecto de resolución, este Ministerio revisó el formato definido por la Superintendencia de Industria y Comercio "Evaluación de la incidencia sobre la libre competencia de los proyectos de actos administrativos con fines regulatorios", y concluyó que las reglas propuestas no afectan la libre competencia, ya que las medidas no pretenden regular los precios del mercado de estos servicios y tecnologías, sino que consisten en establecer valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo, los cuales no constituyen un precio de mercado, no realiza fijación del VMR y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena, valor que es igual para los servicios y tecnologías que compartan el mismo principio activo y forma farmacéutica (grupo relevante), independientemente de su presentación comercial, teniendo en cuenta que el efecto terapéutico está dado por los primeros y no por la segunda, procurando de esta manera la mejor utilización de los recursos disponibles para los servicios y tecnologías a ser financiados con el Presupuesto Máximo.  En el mismo sentido, respecto del proyecto de resolución que está en consulta pública de la ciudadanía y que pretende adoptar los Presupuestos Máximos, no se avizora la necesidad del requerimiento de concepto previo, dado que, al analizar cada uno de los presupuestos del artículo 3 del Decreto 2897 de 2010, compilado en el artículo 2.2.2.30.1 del Decreto 1074 de 26 de mayo de 2015, se advierte que su objeto no tienen que ver con los elementos indispensables que predicen la incidencia en los mercados. En efecto, el proyecto de resolución:  i) No limita la variedad de competidores en los mercados: Los Presupuestos Máximos son objeto de aplicación a las EPS, EOC e IPS y se fijan a nivel de grupo relevante y no a nivel de entidad recobrante en particular. Dado que no constituye un precio de mercado, no impone restricciones a la entrada y salida de competidores, ni a los valores de negociación de dichos agentes. Adicionalmente, los valores de referencia utilizados para calcular Presupuestos Máximos, no se hace distinción por marca comercial.  ii) No impone conductas a los agentes del mercado: El establecer Presupuestos Máximos a partir de valores de referencia (VR), no constituye un precio de mercado ni regula el funcionamiento del mismo, no afecta la posibilidad de que las EPS puedan comprar y escoger dichos servicios y tecnologías entre los diferentes proveedores existentes en el mercado, a su vez no tiene como alcance regular las relaciones contractuales de negociación entre los diferentes agentes de la cadena de comercialización de medicamentos, solamente indica el valor con el cual se realizó el cálculo de Presupuestos Máximos con los cuales las EPS deben financiar las tecnologías no PBS-UPC, a partir de valores de referencia para determinados servicios y tecnologías por pertenecer a un grupo con las mismas características.  iii) No limita la capacidad de las empresas para competir: Tal como se señaló, los Presupuestos Máximos se fijan a nivel de grupo relevante y no a nivel de entidad recobrante en particular, de tal manera que cualquier entidad recobrante que quiera obtener el pago de determinado servicio o tecnología, si este pertenece a un grupo relevante, se pagará al valor determinado para ese grupo, independientemente de la entidad que lo esté cobrando, por lo que no se genera una condición de superioridad o de ventaja entre los competidores.  iv) No limita la libre elección de los consumidores: Los Presupuestos Máximos no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ente, no regulan las relaciones entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Adicionalmente, es preciso advertir que de ninguna forma limita la libre elección de los consumidores finales, que en este caso corresponden a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud afiliados al Régimen Contributivo, ya que el objeto de los valores de referencia (VR) aplica exclusivamente en el cálculo de los Presupuestos Máximos con los cuales las EPS deben financiar las tecnologías no PBS-UPC, y por tanto no reduce o suprime beneficios para los consumidores, ni afecta su posibilidad de comprar y escoger entre empresas y productos.  En conclusión, de acuerdo con lo anterior, los Valores de referencia y el Presupuesto Máximo calculado con base en ellos, no constituyen de manera alguna un precio de mercado, y no regulan el valor sobre el cual se comercializan los grupos relevantes de medicamentos, ni interfieren sobre las transacciones comerciales entre los diferentes agentes del sector.
1373	12	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Artículo 18. Medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios financiados con cargo al Presupuesto Máximo.	Se solicita aclarar el tratamiento que recibirán los nuevos productos.	No es claro ¿qué pasa con la entrada de nuevos productos? ¿Deben clasificarse dentro de las categorías definidas y estarán inmediatamente cubiertas por el presupuesto máximo para cada EPS?	Respuesta 12. En cuanto a su solicitud de "(...) aclarar el tratamiento que recibirán los nuevos productos (...)", se reitera que los procedimientos nuevos quedan excluidos del presupuesto máximo y la vía para que sean considerados al interior del Sistema corresponde a la establecida en la Resolución 3804 de 2016, "Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS".  En consonancia con lo anterior, este Ministerio tiene previsto incluir en el proyecto de resolución, Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Complementarios., un ajuste al numeral vi, en el que se señale que los servicios y tecnologías en salud nuevos en el país tendrán financiada con cargo a la ADRES, la evaluación de tecnología en salud en su componente económico que realice el IETS.  En referencia con su inquietud de "(...) No es claro ¿qué pasa con la entrada de nuevos productos? ¿Deben clasificarse dentro de las categorías definidas y estarán inmediatamente cubiertas por el presupuesto máximo para cada EPS?", el Ministerio incluirá ajustes al Artículo 18. Numeral 2., definiendo el procedimiento que permita establecer la superioridad, equivalencia o inferioridad terapéutica del medicamento, la que en primera instancia deberá ser demostrada por medio de una evaluación de tecnología en salud por el agente interesado.  Este ajuste al numeral 2., permite a las EPS sustentar ante el IETS la evaluación de tecnología en salud realizada; además, aporta información válida que sirve para la toma de decisiones por parte del profesional de la salud; este ajuste en esencia contempla que debe: i) mediar una evaluación de tecnología en salud y contar con evidencia científica, ii) el tiempo de evaluación será de 3 meses, iii) el IETS y el ministerio definirán la metodología y criterios en caso de estar operando el artículo 72 antes mencionado, iv) la ruta de lo que suceda si el resultado de la evaluación determina un efecto terapéutico inferior o superior.  Vale advertir que en todo caso, entre tanto se determina la superioridad, equivalencia o inferioridad del medicamento, el mismo se encontrará financiado por el presupuesto máximo; así mismo, 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. Por otra parte, 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.
1374	13	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Sociales Complementarios.	Se solicita aclarar cómo aplicará a futuro la metodología especialmente por disponibilidad de datos en la base de recobros/cobros.	El Ministerio aún está en proceso de actualización para codificación de procedimientos (por ejemplo, monitoreo flash de glucosa que se pedirá crear en 2020), para lo cual no deja claro cómo aplicará a futuro la metodología especialmente por disponibilidad de datos en la base de recobros/cobros.	Respuesta 13. Sobre su solicitud de "(...) aclarar cómo aplicará a futuro la metodología especialmente por disponibilidad de datos en la base de recobros/cobros (...)", debe precisarse que en el proyecto de resolución se han dispuesto dos acciones: i) según se propone en el artículo 42, el Ministerio ha contemplado un proyecto de acto administrativo que define la estructura de solicitud de información que a futuro las EPS deben reportar para el estudio y seguimiento a los presupuestos máximos, donde será MIPRES la fuente de seguimiento, y ii) en el mismo artículo 42 del proyecto de resolución de Presupuestos Máximos, se señala los plazos para el reporte de información por parte de las EPS de forma bimestral e indica que "En todo caso, las Empresas Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado reportarán la información que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, para adelantar el estudio y seguimiento de los Presupuestos Máximos".  Respecto a su inquietud relacionada con "El Ministerio aún está en proceso de actualización para codificación de procedimientos (por ejemplo, monitoreo flash de glucosa que se pedirá crear en 2020), para lo cual no deja claro cómo aplicará a futuro la metodología especialmente por disponibilidad de datos en la base de recobros/cobros.", se reitera que los procedimientos nuevos quedan excluidos del presupuesto máximo y la vía para que sean considerados al interior del Sistema corresponde a la establecida en la Resolución 3804 de 2016, "Por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS".  En consonancia con lo anterior, este Ministerio tiene previsto incluir en el proyecto de resolución, Artículo 19. Medicamentos, APME, Procedimientos no financiados con cargo al Presupuesto Máximo y Servicios Complementarios., un ajuste al numeral vi, en el que se señale que los servicios y tecnologías en salud nuevos en el país tendrán financiada con cargo a la ADRES, la evaluación de tecnología en salud en su componente económico que realice el IETS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1375	14	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Artículo 19. Numeral VI) Los APME que no cumplan lo descrito en el parágrafo 3 del Artículo 22 del presente acto administrativo.	El Artículo 22 no tiene paragrafo 3. Es pertinente ajustar el texto para que queden los criterios		Respuesta 14. En consideración a su comentario sobre la inexistencia de un parágrafo 3 en el artículo 22 del proyecto de resolución de Presupuesto Máximo, en efecto el Ministerio ajustará la redacción, toda vez que el citado parágrafo 3, pertenece al artículo 21, correspondiente a los APME no financiados con cargo al Presupuesto Máximo.
1376	15	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Artículo 21. Prescripción	El listado de APMEs debe ser público y estar disponible en la página de Invima o del Ministerio de Salud, con sus respectivas actualizaciones. Se debe tener un listado por producto que indique a qué categoría pertenece. Se solicita aclarar que para APMEs no existe denominación común internacional y que la prescripción seguirá realizándose de acuerdo a las categorías descritas en MiPres por marca comercial y diferenciando entre productos líquidos y en polvo. Propuesta: Artículo 21. Prescripción. La prescripción se realizará (...) condiciones descritas en este acto administrativo. Dado que para APMEs no existe denominación común internacional, la prescripción seguirá realizándose de acuerdo a las categorías descritas en MiPres por marca comercial y diferenciando entre productos líquidos y en polvo. (Texto propuesto subrayado).	No todos los productos están registrados como lo dicta la resolución de VR, ya que desde final de 2017 los registros se alinearon a la guía de criterios técnicos de APME en donde los parámetros de clasificación son diferentes; incluso varios APMEs fueron evaluados y aprobados antes de la publicación de esta guía con una denominación diferente dentro del registro sanitario y en algunos casos estos productos están en MiPres aun cuando todavía tienen descripciones ajustadas a alimentos convencionales.	Respuesta 15. Respecto a sus observaciones es necesario señalar que la metodología de Presupuestos Máximos define, para el caso de los APME agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial.  De otra parte, el listado de APME se encuentra en el INVIMA y puede ser consultado a través de su página web, la cual permite consultas de registros sanitarios y revisar los productos de interés de cualquier ciudadano.  En la actualidad tenemos 152 alimentos para propósito médico especial parametrizados para su prescripción a través de MIPRES; es cierto, que cada uno de estos son productos sumamente especializados y de gran importancia para la terapia nutricional, que además brindan alternativas completas a los grupos de soporte nutricional en el ámbito clínico, siendo estos equipos de expertos profesionales quienes al final del día definen cual será el producto y/o terapia nutricional que responde a las necesidades específicas de cada paciente.  En este sentido, es importante mencionar que para el proceso que actualmente adelanta este Ministerio, relacionado con la definición del Presupuesto Máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial; partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016, 2017, en estado aprobado, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.  Es así, que este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Entidades Obligadas a Compensar (EOC) por parte de La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (La ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME).  Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional; claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, el origen de la proteína puede ser diferente, así como los procesos tecnológicos utilizados para su fabricación. Es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.
1377	16	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Artículo 21 Parágrafo 2	Se solicita clarificar que aplica tanto para medicamentos como para APMEs. Propuesta: Parágrafo 2. La prescripción de medicamentos y de APMEs deberá tener en cuenta en lo posible y según criterio del médico tratante, las recomendaciones (...) (Texto propuesto subrayado)		Respuesta 16. En cuanto a su propuesta de incluir a los APME en el alcance del parágrafo 2 del artículo 21 del proyecto de resolución, que señala: “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 (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); (...)", la misma es acogida y se ajustará en la redacción del texto, en razón a que los APME al igual que los medicamentos, solo pueden ser prescritos por el personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia, que en este caso está limitado al médico tratante.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1378	17	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Artículo 24. Registro sanitario. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a un medicamento o a 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.	Se solicita mayor claridad en este punto. Actualmente hay productos evaluados como APMEs bajo distintos parámetros y cuya denominación no está de acuerdo a la definición adoptada en la Guía de APME de 2017 y se encuentran en MIPRES.		<p>Respuesta 17. En atención a sus observaciones es necesario precisar que el método econométrico corresponde al de datos panel. Se realizan pruebas para definir el modelo y corresponde al de efectos fijos. El número de observaciones corresponde a la información de los años 2015 a 2018 para los grupos relevantes identificados.</p> <p>De otro lado, tener grupos relevantes con el mismo principio activo y forma farmacéutica es una forma de agrupar las tecnologías que son comparables, luego incluir el criterio de la misma unidad de medida permite agrupar tecnologías para calcular las tasas de crecimiento en los recobros. Esto permite identificar cómo se comportan los grupos relevantes en la prestación de las tecnologías de la población cubierta en el sistema de salud.</p> <p>La interpretación del coeficiente estimado corresponde a la tasa de crecimiento anual de las diferentes unidades de medida de los grupos relevantes del modelo planteado. Para identificar la tasa de crecimiento anual de los grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida se aplica el antilogaritmo, se le resta uno y a este resultado se multiplica por 100, según lo establecido en la resolución.</p> $\left[ \frac{\Delta}{TASA\ DELTA} \right]_{(j,t)} = \left[ \frac{1}{\left( \frac{Exp(\Phi)_{j,t}}{Exp(\Phi)_{j,t-1}} - 1 \right) * 100} \right]$ <p>Ahora, la interpretación corresponde a la tasa de crecimiento porcentual anual en Unidades Mínimas de Concentración (UMC) de cada una de las diferentes unidades de medida que tienen los grupos relevantes.</p> <p>Como se ha mencionado, los datos de las cantidades de los recobros/cobros presentan distintas características, por ello se construyeron los grupos relevantes que comparten el mismo principio activo y forma farmacéutica junto con las Unidades Mínimas de Concentración. Esto permite identificar grupos con similares características. La fortaleza de la metodología de datos panel nos permite identificar el comportamiento de cada uno de los grupos relevantes construidos y se incluye el criterio de la unidad de medida que contribuyen a agrupar tecnologías similares en principio activo, forma farmacéutica y unidad de medida. Al realizar las estimaciones se utilizan las variables en logaritmos para disminuir la varianza de los datos y estimar las tasas de crecimiento anual de los grupos identificados con igual unidad de medida. Una vez realizadas las estimaciones se corrigen los posibles problemas de varianza y correlación relacionados con las características de los datos pero que en ningún momento desvirtúan la especificación y forma funcional del modelo establecido.</p> <p>El modelo no utiliza diferencias de las variables del modelo por lo cual no es válida la interpretación que se hace en la pregunta. Ahora, para los años en que un grupo relevante aparece con valor cero, no es que la información no exista, sino que en ese año no se presentaron recobros en ese grupo relevante y precisamente una de las bondades del método de estimación corresponde a que el modelo es fuertemente balanceado en los datos y grupos. El número de años del modelo corresponde a cuatro que corresponde a la información de los años 2015, 2016, 2017 y 2018.</p> <p>El modelo no es un modelo de demanda y corresponde a los modelos de crecimiento, de los cuales existe literatura de teoría económica para su profundización.</p> <p>El modelo no incluye variables dicotómicas porque la variable tiempo de los grupos relevantes con la misma unidad de medida tienen implícita la variable dicotómica que permite identificar esta característica en el modelo.</p>	
1379	18	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	ANEXO 1 METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPOSITO MEDICO ESPECIAL- APME	Se solicita al Ministerio de Salud y Protección Social divulgar la metodología empleada y sus detalles, entre ellos los que se relacionan en el comentario a continuación en la columna Justificación, pero sin limitarse a los mismos.	Conocer el detalle de la metodología empleada brindará seguridad y facilitará la solución a muchas de las dificultades planteadas en estos comentarios. En cuanto al modelo estimado: - No se presenta la metodología econométrica de estimación y el número de observaciones utilizadas. Por el coeficiente Alpha se presume que el estimador es efectos fijos. - Calcular la tasa delta por grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida carece de sentido al agrupar tecnologías con propósitos y niveles de demanda distintos. - ¿Cómo se miden las actividades asociadas a la entrega de medicamentos? - ¿Cuál es la interpretación del coeficiente phi como tasa de crecimiento por grupo relevante? - ¿Este coeficiente mide como un incremento en la tasa de crecimiento de determinado grupo (que comparta la misma unidad de medida) aumenta el logaritmo de las Unidades Mínimas de Concentración por grupo relevante? - Según lo expuesto en la metodología, la estimación del panel de datos se realiza para todos los grupos relevantes lo cual genera una alta heterocedasticidad en el término de error, esto invalida el uso de esos parámetros para la toma de decisiones. Incluir medicamentos de alto costo o con	<p>Respuesta 18. En atención a sus observaciones es necesario precisar que el método econométrico corresponde al de datos panel. Se realizan pruebas para definir el modelo y corresponde al de efectos fijos. El número de observaciones corresponde a la información de los años 2015 a 2018 para los grupos relevantes identificados.</p> <p>De otro lado, tener grupos relevantes con el mismo principio activo y forma farmacéutica es una forma de agrupar las tecnologías que son comparables, luego incluir el criterio de la misma unidad de medida permite agrupar tecnologías para calcular las tasas de crecimiento en los recobros. Esto permite identificar cómo se comportan los grupos relevantes en la prestación de las tecnologías de la población cubierta en el sistema de salud.</p> <p>La interpretación del coeficiente estimado corresponde a la tasa de crecimiento anual de las diferentes unidades de medida de los grupos relevantes del modelo planteado. Para identificar la tasa de crecimiento anual de los grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida se aplica el antilogaritmo, se le resta uno y a este resultado se multiplica por 100, según lo establecido en la resolución.</p> $\left[ \frac{\Delta}{TASA\ DELTA} \right]_{(j,t)} = \left[ \frac{1}{\left( \frac{Exp(\Phi)_{j,t}}{Exp(\Phi)_{j,t-1}} - 1 \right) * 100} \right]$ <p>Ahora, la interpretación corresponde a la tasa de crecimiento porcentual anual en Unidades Mínimas de Concentración (UMC) de cada una de las diferentes unidades de medida que tienen los grupos relevantes.</p> <p>Como se ha mencionado, los datos de las cantidades de los recobros/cobros presentan distintas características, por ello se construyeron los grupos relevantes que comparten el mismo principio activo y forma farmacéutica junto con las Unidades Mínimas de Concentración. Esto permite identificar grupos con similares características. La fortaleza de la metodología de datos panel nos permite identificar el comportamiento de cada uno de los grupos relevantes construidos y se incluye el criterio de la unidad de medida que contribuyen a agrupar tecnologías similares en principio activo, forma farmacéutica y unidad de medida. Al realizar las estimaciones se utilizan las variables en logaritmos para disminuir la varianza de los datos y estimar las tasas de crecimiento anual de los grupos identificados con igual unidad de medida. Una vez realizadas las estimaciones se corrigen los posibles problemas de varianza y correlación relacionados con las características de los datos pero que en ningún momento desvirtúan la especificación y forma funcional del modelo establecido.</p> <p>El modelo no utiliza diferencias de las variables del modelo por lo cual no es válida la interpretación que se hace en la pregunta. Ahora, para los años en que un grupo relevante aparece con valor cero, no es que la información no exista, sino que en ese año no se presentaron recobros en ese grupo relevante y precisamente una de las bondades del método de estimación corresponde a que el modelo es fuertemente balanceado en los datos y grupos. El número de años del modelo corresponde a cuatro que corresponde a la información de los años 2015, 2016, 2017 y 2018.</p> <p>El modelo no es un modelo de demanda y corresponde a los modelos de crecimiento, de los cuales existe literatura de teoría económica para su profundización.</p> <p>El modelo no incluye variables dicotómicas porque la variable tiempo de los grupos relevantes con la misma unidad de medida tienen implícita la variable dicotómica que permite identificar esta característica en el modelo.</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1380	19	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos-ANDI	ANEXO 2 METODOLOGÍA PARA LA DETERMINACIÓN DEL VALOR DE REFERENCIA PARA LOS GRUPOS RELEVANTES DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL-APME.	Consistente con la propuesta formulada para el Artículo Z1, se solicita mantener la clasificación empleada en MiPres dividiendo productos líquidos y en polvo, evitando así confusiones tanto para los prestadores como a los aseguradores y operadores logísticos.	Dado que la clasificación hecha fue solamente teniendo en cuenta la naturaleza de la proteína y la densidad calórica se quedan por fuera otros parámetros que afectarían ese VR, como la cantidad de proteína, la adición de nutrientes específicos en formulas especializadas que pueden ocasionar distorsión de los cálculos en ciertas categorías haciendo que se tenga un valor de VR sobrestimado o subestimado según los productos que hayan sido clasificados en las categorías que abarcan la mayoría de las fórmulas como son las polimérica normocalórica/ hipercalórica en polvo y líquido, donde está la mayoría de las fórmulas estándar y especializadas. La normatividad sanitaria vigente actual no define las Categorías relacionadas en el ANEXO 4. Adicionalmente, la presente propuesta de Resolución tampoco las define. La información actual disponible que utiliza la Autoridad Sanitaria para clasificar los APMEs está incluida en los "Criterios Técnico para la presentación de solicitudes de alimentos para propósitos médicos especiales", la cual en su numeral 5 establece una clasificación de APMEs "de acuerdo a las características de los nutrientes, composición, y uso específico", las cuales son: 1. Fórmulas poliméricas 2. Fórmulas oligoméricas	Respuesta 19. En atención a su solicitud de “mantener la clasificación empleada en MiPres dividiendo productos líquidos y en polvo, evitando así confusiones tanto para los prestadores como a los aseguradores y operadores logísticos (...)”, la misma no es procedente por cuanto ya se dispone de dicha distinción; además en virtud de que, tal como se ha venido señalando sobre la metodología aplicada para calcular el Presupuesto Máximo en el caso de los APME, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, el origen de la proteína puede ser diferente, así como los procesos tecnológicos utilizados para su fabricación. Es por eso que con este ejercicio, no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo con sus principales características nutricionales.  Sobre la metodología utilizada, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.
1381	20	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos-ANDI	ANEXO 2 “Metodología para la determinación del valor de referencia para los grupos relevantes de Medicamentos y Alimentos con Propósito Médico Especial-APME”. Numeral 2, Paso 1: Estandarización	Se solicita aclarar la metodología usada para el cálculo del Valor de Referencia para los APME. Así mismo, se solicita compartir los Grupos Relevantes de APME usados en el Paso 1 Estandarización del Anexo 2 de acuerdo al "uso específico del producto de soporte nutricional"	Los valores de referencia descritos en el Anexo 4 para categorías específicas son muy bajos. No es clara la metodología y/o el agrupamiento usado (Grupos Relevantes) para llegar a este valor.	Respuesta 20. En cuanto a su solicitud de “[...] aclarar la metodología usada para el cálculo del Valor de Referencia para los APME. (...) compartir los Grupos Relevantes de APME usados en el Paso 1 Estandarización del Anexo 2 de acuerdo al “uso específico del producto de soporte nutricional” [...] Los valores de referencia descritos en el Anexo 4 para categorías específicas son muy bajos. No es clara la metodología y/o el agrupamiento usado (Grupos Relevantes) para llegar a este valor.”, en cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.  Tal como se ha manifestado previamente, desde el 24 de diciembre de 2019 en aras de la transparencia y legitimidad, este Ministerio publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en la página web del ministerio en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> , subsitio Otros Estudios.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS	
1382	21	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Anexos 4 y 5 Proceso formal de consulta pública de las bases de datos con que fueron calculados los Valores de Referencia de Procedimientos, Servicios Complementarios y Alimentos con Propósito Médico Especial (APMES).	La metodología para definir los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios, no contiene los anexos técnicos que soportan los valores de referencia del Anexo 5. Por lo cuál solicitamos la publicación de la ficha técnica, como se publica para otro tipo de procesos, por ejemplo, medicamentos.	Para el caso de Procedimientos, Servicios Complementarios y Alimentos con Propósito Médico Especial (APMES), no hubo un espacio de consulta pública formal, suficiente y que, de forma transparente, permitiera evidenciar el origen de los cálculos de Valor de Reconocimiento (VR). Al hacerse públicos los VR, la revisión y garantía de precisión de la información es de vital importancia ya que estos se convierten en un referente de negociación y compra en el sistema. En la práctica este fenómeno se ha hecho evidente con la implementación de la Resolución 1019 de 2019 para el caso de medicamentos. Es claro que los valores de referencia no son los mismos VMR, pero para efectos de mercado, su uso como base de negociación y como referente de “valor máximo en el mercado” es el mismo. En el caso de APMES se observan VR extremos que no hacen sentido con la categoría, y que requieren ser revisados, como es el caso de <del>Fórmulas poliméricas, hipercalóricas</del>	Respuesta 21. En consideración a las inquietudes y propuestas planteadas en su comentario, en particular sobre la relacionada con que “(...) La metodología para definir los valores de referencia de procedimientos y servicios sociales complementarios, no contiene los anexos técnicos que soportan los valores de referencia del Anexo 5 (...)”, debe iterarse que para evitar confusiones sobre los valores máximos y de referencia, se contempla la posibilidad de no incluir en el proyecto de resolución los valores de referencia o valores máximos (Anexos 3, 4 y 5), y en su lugar se prevé sacar una nota técnica para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo.  Respecto de su señalamiento de que “(...) No hubo un espacio de consulta pública formal, suficiente y que, de forma transparente, permitiera evidenciar el origen de los cálculos de Valor de Reconocimiento (VR) (...)”, debe saber que, el proceso de socialización se surte con la publicación de este proyecto de resolución, la recepción de las observaciones y comentarios de la ciudadanía y grupos de interés, junto con las respuestas que sobre el particular se otorguen, en cumplimiento del Numeral 8, Artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.  Además, una vez se determine el texto definitivo del acto administrativo será publicado en el diario oficial para que sea de público conocimiento de la ciudadanía, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 8 de la Ley 1437 de 2011.  De otra parte, sobre su aseveración de que “(...) Al hacerse públicos los VR, la revisión y garantía de precisión de la información es de vital importancia ya que estos se convierten en un referente de negociación y compra en el sistema.(...)”, el Ministerio insiste en que la propuesta de resolución de Presupuestos Máximos establece valores de referencia para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo exclusivamente, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.  Finalmente, en relación con su planteamiento sobre los valores de referencia para APMES donde “(...) se observan VR extremos que no hacen sentido con la categoría, y que requieren ser revisados, como es el caso de fórmulas poliméricas hipercalóricas en polvo y las oligoméricas normocalóricas en líquido.”, debe señalarse que para manejar una eventual dispersión de valores, en el Anexo 2. “Metodología para la determinación del valor de referencia para los grupos relevantes de Medicamentos y Alimentos con Propósito Médico Especial- APME”, se abordan las alternativas para manejar la dispersión de los datos (Ver Paso 4. Detección de Valores Atípicos), las cuales comportan lo siguiente “Los datos atípicos son valores de la variable que se ubican en los extremos y afectan la estimación 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.”.  Cabe resaltar que los grupos relevantes comentados en su observación no son comparables, toda vez que cada grupo relevante se conforma por productos con características similares a su interior, pero con características diferentes frente los demás grupos relevantes APME.	
1383	22	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Anexo 4. Listado de valores de referencia de Alimentos con Propósitos Médicos Especiales	Unificar conceptos normativos incluidos. Por ejemplo, “categoría” y “grupo relevante” Se debe tener un listado explícito que indique en qué categoría queda cada producto.	Por claridad normativa evitar conceptos no definidos. El concepto de “categoría” utilizado en el Anexo 4 aparece en la normativa como alternativa a “grupo relevante”, sin estar definido en el proyecto de manera que al regulado le corresponde intuir que se trata de un concepto alternativo y sinónimo, sin estar explícitamente establecido como tal. La definición de grupos relevantes no se alinea de manera completa a ninguna clasificación de las manejadas para registrar los APMES en Colombia o para obtener su recobro. En la actual guía de APMES existe la siguiente clasificación: Formulas Poliméricas, modulares Fórmulas oligoméricas, Fórmulas monoméricas, Fórmulas modulares y fórmulas para enfermedades específicas. Estas últimas fueron eliminadas de la clasificación propuesta para calcular los VR, pese a que en comunicaciones del Ministerio hacia el Invima se ratifica por ellos esta clasificación. Desde finales de 2017 se obtiene la aprobación de un APME con base en esta clasificación. La condición de normocalórico e hipercalórico no está definida en esta guía, los fabricantes toman como referencia este criterio de la Unión Europea u otro referente según el origen del producto. Muchos productos no incluyen en su denominación la naturaleza de	Respuesta 22. Respecto a su observación sobre la utilización del término “Categoría” en el Anexo 4, se precisa que el mismo es equivalente al de “Grupo Relevante”, y será ajustado.  De otra parte, sobre sus comentarios relacionados con que “(...) Se debe tener un listado explícito que indique en qué categoría queda cada producto (...)”, debe advertirse nuevamente que la metodología define, para el caso de los APME agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial, conforme lo cual no es dable publicar el nivel de detalle solicitado.  En cuanto a aseveración de que la “(...) definición de grupos relevantes no se alinea de manera completa a ninguna clasificación de las manejadas para registrar los APMES en Colombia o para obtener su recobro (...)”, debe enfatizarse que el alcance de las condiciones de Prescripción de APME planteadas en el proyecto de resolución, corresponde al escenario de Presupuestos Máximos, por lo que en su construcción se realizó un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial; partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí.  Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional; claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, el origen de la proteína puede ser diferente, así como los procesos tecnológicos utilizados para su fabricación. Es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.  En cuanto a sus comentarios respecto a que “(...) Desde finales de 2017 se obtiene la aprobación de un APME con base en esta clasificación. La condición de normocalórico e hipercalórico no está definida en esta guía, (...)”, y, “(...) Muchos productos no incluyen en su denominación la naturaleza de la proteína ni la densidad energética porque no fueron evaluados antes de la nueva guía, por lo que no es claro cómo se revisaron los productos para calcular los VR si en el listado del Invima (...)”, es importante mencionar que para la definición de los grupos relevantes APME se tuvo en cuenta los alimentos que tienen características similares en su composición calórica y especificidades de los macro y micronutrientes, así como el uso específico que se ha otorgado a algunos de éstos. Los criterios para el otorgamiento de registros sanitarios, como alimentos para propósito médico especial fueron definidos en el año 2016 conjuntamente con el INVIMA, de manera que hoy en día los productos que cumplen con los criterios de la definición propuesta en el artículo sobre “Prescripción”, parágrafo 3.ii., cuentan con su registro sanitario como APME; algunos muy pocos que se encuentran en MIPRES, y que aunque cumplen con los criterios de APME, no tienen tal descripción en el registro sanitario, se encuentran en proceso de actualización del mismo ante la entidad competente que es el INVIMA.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1384	23	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Anexo 4	Socialización de los criterios/racionales técnicos empleados para la agrupación de las diferentes fórmulas nutricionales en cada una de las 13 categorías definidas.	Los comercializadores de APMES además de la reunión de socialización en el Ministerio, no tuvieron un espacio de tiempo suficiente de consulta pública que de forma transparente permitiera entender el proceso, criterio y estándares de referencia por el cual se llegó a la definición de los 13 grupos relevantes.	<p>Respuesta 81. Sobre su solicitud de “socialización de los criterios/racionales técnicos empleados para la agrupación de las diferentes fórmulas nutricionales en cada una de las 13 categorías definidas (...)”, se reitera lo señalado en la respuesta 79 en cuanto a que el proceso de socialización se surte con la publicación de este proyecto de resolución, la recepción de las observaciones y comentarios de la ciudadanía y grupos de interés, junto con las respuestas que sobre el particular se otorguen, en cumplimiento del Numeral 8, Artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</p> <p>En atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>Respecto a su observación de que “(...) Los comercializadores de APMES además de la reunión de socialización en el Ministerio, no tuvieron un espacio de tiempo suficiente de consulta pública que de forma transparente permitiera entender el proceso (...)”, considerando varias apreciaciones similares, el plazo para recibir las observaciones fue extendido. De otra parte, en aras de la transparencia y legitimidad, el Ministerio de Salud publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a>, subsitio Otros Estudios.</p>
1385	24	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Anexo 4	Consulta pública de la conformación de grupos relevantes para Alimentos con Propósito Médico Especial (APMES). Los 13 grupos relevantes en los cuales se propone sean agrupados todos los registros sanitarios de Alimentos con Propósitos médicos especiales (Anexo 4) no se ajusta a la definición de grupo relevante.	Los comercializadores de APMES no tuvieron un espacio de consulta pública que de forma participativa e incluyente permitiera definir de una manera deliberativa y técnica los grupos relevantes para APMES. Al ser un determinante del cálculo de VR y del cálculo de presupuestos máximos, ampliar la discusión sobre los grupos relevantes en APMES es de vital importancia para garantizar la precisión en la estimación. A diferencia de medicamentos y procedimientos médicos, que cuentan con estándares de agrupación bien definidos y de alta especificidad (ATC-5 o CUPs), los APMES carecen de un estándar de agrupamiento único, ameritando mayor discusión y entendimiento de las definiciones. Igualmente, algunas empresas consideran que existen productos APMES que no están bien representados o diferenciados dentro de los grupos relevantes definidos y que estos no permitirían lograr el mismo nivel de diferenciación que se alcanza con los estándares semánticos ATC-5 y CUPs (para medicamentos y procedimientos respectivamente). Es importante entender como las marcas y presentaciones comerciales disponibles en Colombia fueron agrupadas en los grupos relevantes. Al ser los VR un referente público para negociaciones y compras en el sistema de salud, la falta de	<p>Respuesta 24. Sobre su comentario de que “Los comercializadores de APMES no tuvieron un espacio de consulta pública que de forma participativa e incluyente permitiera definir de una manera deliberativa y técnica los grupos relevantes para APMES (...)”, se reitera lo señalado en la respuesta 79 en cuanto a que el proceso de socialización se surte con la publicación de este proyecto de resolución, la recepción de las observaciones y comentarios de la ciudadanía y grupos de interés, junto con las respuestas que sobre el particular se otorguen, en cumplimiento del Numeral 8, Artículo 8 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</p> <p>En cuanto a sus planteamientos respecto a que “(...) los APMES carecen de un estándar de agrupamiento único, ameritando mayor discusión y entendimiento de las definiciones. Igualmente, algunas empresas consideran que existen productos APMES que no están bien representados o diferenciados dentro de los grupos relevantes definidos (...)”, el Ministerio recalca la vocación de la estrategia de Presupuestos Máximos, cuya metodología de cálculo es un ejercicio de programación presupuestal que, con base en lo expuesto en la propuesta de resolución, establece unos recursos con destinación específica (No PBS-UPC) para cada EPS.</p> <p>Dichos recursos deben ser objeto de gestión por parte de cada EPS, de tal manera que las cantidades asignadas en el presupuesto máximo no sean excedidas, ya que como se expuso estas reflejan todos los determinantes de la demanda por estos servicios, entre ellos el perfil epidemiológico de los afiliados a cada EPS y las tecnologías requeridas para atenderlo, que se proyectan de acuerdo a un delta o crecimiento esperado con base a la estimación econométrica descrita en la propuesta de resolución.</p> <p>Dado que el monto en dinero del presupuesto máximo es una suma fija, cualquier desviación de las cantidades, se debe ajustar en los valores de referencia. Aquí es importante iterar que el valor de referencia no es un precio regulado. Así mismo, el precio de negociación hace parte del acuerdo de voluntades entre la EPS y sus proveedores.</p> <p>Es por lo anterior que para el caso de los Grupos Relevantes APME se hicieron agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; y dado que se trata de un ejercicio de presupuestal, objeto de gestión por parte de las EPS, vale reiterar que no se hace el cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial, conforme lo cual no es dable publicar el nivel de detalle solicitado.</p>
1386	25	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	Anexo 4. Listado de valores de referencia de Alimentos con Propósitos Médicos Especiales	Revisar los APME incluidos en cada categoría para efectos del calculo de su valor de referencia y publicar las variables induidas en el cálculo.	Los valores referenciados por gramo son excesivamente bajos y no tiene consistencia con el mercado respecto a las características de nutrientes y composición y uso específico en el soporte nutricional, Existen rangos en la clasificación que presentan una variación entre \$2.263 por gramo y \$10. Al regulado le resulta imprescindible conocer los micro datos a partir de los cuales se realizaron los cálculos para poder evaluar y	<p>Respuesta 25. Sobre su solicitud de “Revisar los APME incluidos en cada categoría para efectos del cálculo de su valor de referencia y publicar las variables incluidas en el cálculo. Los valores referenciados por gramo son excesivamente bajos y no tiene consistencia con el mercado respecto a las características de nutrientes y composición y uso específico en el soporte nutricional (...)”, debe advertirse que ante varias apreciaciones similares, el Ministerio reviso minuciosamente la metodología aplicada, partiendo especialmente de la información utilizada (recobros/cobros en estado aprobado, años 2015, 2016 y 2017), información auditada por La ADRES que da cuenta de la facturación efectivamente recibida, de la cual se tomó la variable Valor Total del recobro (sin descuentos).</p> <p>Partiendo de estos valores reportados por las EPS, se aplicó la metodología descrita en el proyecto de resolución, incluyendo la detección de valores atípicos, conforme lo cual el Ministerio reafirma la fiabilidad de los resultados presentados, cuyos valores corresponden a la realidad reportada por las EPS.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1387	26	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	anexo 4	Las formulas APME para niños lactantes y pequeños deberían ser separadas de las categorías donde caen APMES para niños mayores y adultos.	Las necesidades energéticas de los niños lactantes son diferentes a las del resto de la población y muchos APMES para niños de este grupo etáreo no cumplen el criterio establecido para densidad energética. En la Resolución 719 estos alimentos están en una subcategoría diferente. Revisando los referentes internacionales no encontramos una clasificación que se ajuste a esta propuesta. Se listan a continuación algunos referentes a considerar para generar regulación específica para esta categoría: <ul style="list-style-type: none"><li>• Proposal for a new practicable categorization system for food for special medical purposes e Enteral nutritional products, Clinical Nutrition ESPEN 10 (2015) e219ee223.</li><li>• Basics in clinical nutrition: Commercially prepared formulas, e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism 4 (2009) e212–e215.</li><li>• Suggestions for terminology in clinical nutrition, e-SPEN Journal 9 (2014) e97ee108.</li><li>• National food safety standard Guideline for Formulas for special medical purposes intended for infants, National Standards on Food Safety of P. R. China.</li><li>• ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition, Clinical Nutrition 36 (2017) 49e64.</li><li>• Enteral Nutrition Formula Selection: Current Evidence and</li></ul>	Respuesta 26. Acerca de sus planteamientos sobre "Las formulas APME para niños lactantes y pequeños deberían ser separadas de las categorías donde caen APMES para niños mayores y adultos (...) En la Resolución 719 estos alimentos están en una subcategoría diferente(...)", y "Revisando los referentes internacionales no encontramos una clasificación que se ajuste a esta propuesta(...)", nuevamente se precisa que el alcance de las condiciones de Prescripción de APME planteadas en el proyecto de resolución, corresponden al escenario de Presupuestos Máximos, por lo que en su construcción se realizó un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial; partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí. Los grupos relevantes APME corresponden entonces a agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial. Conforme lo anterior, no es procedente su propuesta de separar las formulas APME para niños lactantes y pequeños.  De otra parte, se insiste en que el Ministerio conoce la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional; claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, el origen de la proteína puede ser diferente, así como los procesos tecnológicos utilizados para su fabricación. Es por eso que con este ejercicio de incorporación de APME a Presupuestos Máximos no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.	
1388	27	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	anexo 4	Al analizar la base de datos utilizada en la construcción de los valores de referencia se observa que en el grupo relevante Fórmula modular únicamente se utilizaron cinco (5) datos y en el grupo Fórmula para tratamiento de la desnutrición aguda infantil dos (2) datos. Proyectar el comportamiento y establecer un valor de referencia con poca información no permite entender adecuadamente la variable (precio de dichos grupos relevantes). Sumado a lo anterior, la estimación de los VMR para categorías tales como: Fórmula especial para enfermedades huérfanas (polvo), Fórmula especial para enfermedades huérfanas (líquido) y Fórmula oligomérica hipercalórica (líquido), se realizó con menos de 1.000 observaciones por cada categoría (635, 924 y 400, respectivamente), siendo un número de observaciones muy pequeño que no tienen representatividad dentro del total de prescripciones de cada categoría.		Respuesta 27. Ante sus apreciaciones relacionadas con "(...) Al analizar la base de datos utilizada en la construcción de los valores de referencia se observa que en el grupo relevante Fórmula modular únicamente se utilizaron cinco (5) datos y en el grupo Fórmula para tratamiento de la desnutrición aguda infantil dos (2) datos Proyectar el comportamiento y establecer un valor de referencia con poca información no permite entender adecuadamente la variable (precio de dichos grupos relevantes) (...)", debe señalarse nuevamente que para la incorporación de los APME en el mecanismo de Presupuestos Máximos, el Ministerio tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social.  En esta información de vigencias consolidadas, se documenta el histórico de uso de servicios, APME inclusive), independientemente de las entidades involucradas, se constituye en la mejor información disponible, y la misma cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.	



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1389	28	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	anexo 4	<p>Establecer una clasificación de grupos para los APME es complejo debido a la amplia variedad de productos de soporte nutricional requeridos por personas con diferentes condiciones de salud. Este listado debe estar alineado y ser consistente con los criterios técnicos para los APME usados por la SEAB-INVIMA para sus evaluaciones, así mismo con la regulación o normatividad internacional sobre los APME. Es necesario revisar y construir nuevamente este listado, a través de una mesa técnica de expertos en diferentes áreas de conocimiento: nutricionistas, químicos, médicos especialistas, economistas, ingenieros de alimentos, entre otros. También es importante la participación de las diferentes partes interesadas: industria, academia, gobierno, ONGs, asociaciones médicas y de pacientes, entre otros. Según el comentario anterior de la propuesta, se requiere una mesa técnica de expertos para revisar y construir nuevamente este listado de categorías.</p>	<p>Los valores de referencia (que son la base del cálculo del PM) presentan un error en su cálculo estimado para cada grupo relevante de APME, por las siguientes razones:</p> <p>1. En Colombia no existe una regulación, hasta el momento, que establezca las diferentes categorías de APMEs, su clasificación y requisitos particulares. Por tal razón, los nombres de los alimentos otorgados a través de los registros sanitarios del INVIMA no siempre indican ni sirven para establecer la categoría estipulada en el presente proyecto. Aunque se ha hecho un intento por definir estas categorías desde hace algunos años, el INVIMA únicamente cuenta con un documento guía donde establece los criterios técnicos para las presentaciones de APMEs ante la SEAB. Dichos lineamientos se han aplicado desde el 2018 en adelante, sin embargo, no tienen carácter vinculante por no haber sido adoptados a través de resolución o decreto. Por otra parte, los registros sanitarios de APMEs concedidos en 2017 y años anteriores (con vigencia de 5 años) no siguen ningún tipo de clasificación con respecto a los nombres o categorías de APMEs. Esto quiere decir que existen registros vigentes de alimentos APMEs que no siguen los lineamientos del INVIMA, ni están obligados, hasta tanto no culmine</p>	<p>Respuesta 28. En referencia con su planteamiento de que “En Colombia no existe una regulación, hasta el momento, que establezca las diferentes categorías de APMEs, su clasificación y requisitos particulares. (...) Es necesario revisar y construir nuevamente este listado, a través de una mesa técnica de expertos en diferentes áreas de conocimiento: nutricionistas, químicos, médicos especialistas, economistas, ingenieros de alimentos, entre otros. También es importante la participación de las diferentes partes interesadas: industria, academia, gobierno, ONGs, asociaciones médicas y de pacientes, entre otros. Según el comentario anterior de la propuesta, se requiere una mesa técnica de expertos para revisar y construir nuevamente este listado de categorías”, debe considerarse inicialmente que para orientar la incorporación de los APME en el escenario de Presupuestos Máximos, se prevé ajustar el parágrafo 3, del artículo sobre “Prescripción” de APMEs, para señalar que El APME no financiado con cargo a la UPC deberá cumplir dos 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, 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.</p>
1390	29	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	anexo 4	<p>Se solicita revisar las inconsistencia que presentan los VMR fijado para las categorías Fórmula polimérica hipercalórica y Fórmulas oligoméricas normocalóricas En relación con el grupo relevante Fórmula oligomérica normocalórica en polvo, la metodología para eliminar los valores atípicos implica la eliminación del 28% de las observaciones. Esto situación revela la heterogeneidad tan amplia que existe en los valores de recobro que pueden ser consecuencia de una agrupación inadecuada. De la misma forma, para la categoría Fórmula Monomérica en polvo, la metodología para eliminar los valores atípicos implica la eliminación del 17% de las observaciones, evidenciando la alta heterogeneidad en los valores recobrados.</p>	<p>El VMR fijado para la categoría Fórmula polimérica hipercalórica debe estar errado, dado que productos que quedarían dentro de ese grupo y que son comercializados en el canal trade presentarían VMR de presentaciones comerciales 10 veces por encima del precio en el canal trade (farmacias). Igualmente, el VMR para formulas oligoméricas normocalóricas es extremadamente bajo, donde productos incluidos en esa categoría y que son comercializados en farmacias, tendrían un costo comercial (VMR por presentación) 10 veces por debajo del precio en el canal trade</p>	<p>Respuesta 29. En cuanto a su solicitud de “(...) revisar las inconsistencia que presentan los VMR fijado para las categorías Fórmula polimérica hipercalórica y Fórmulas oligoméricas normocalóricas (...)”, debe precisarse inicialmente que el Ministerio dentro del cálculo de Presupuestos Máximos no fija VMR, los cuales son potestad exclusiva de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM, sino Valores de Referencia (VR), para efectos del cálculo del Presupuesto Máximo exclusivamente, los cuales no constituyen un precio de mercado y en tal sentido no tienen como alcance incidir en la cadena de comercialización de los medicamentos, por ende, no regulan las relaciones contractuales entre los agentes que hacen parte de dicha cadena.</p> <p>Ahora bien, tal como se ha precisado, para el caso de los APME se realizaron agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; no se hace cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial. Por esta razón, los grupos relevantes APME no son comparables, toda vez que cada grupo relevante se conforma por productos con características similares a su interior, pero con características diferentes frente los demás grupos relevantes APME, del mismo modo y en consecuencia, el VR resultante solo es aplicable a los productos de su propia agrupación.</p> <p>En cuanto a las diferencias entre agrupaciones de APME y la existencia de Valores de Referencia (VR) “extremadamente bajos”, el Ministerio recalca la vocación de la estrategia de Presupuestos Máximos, cuya metodología de cálculo es un ejercicio de programación presupuestal que, con base en lo expuesto en la propuesta de resolución, establece unos recursos con destinación específica (No PBS-UPC) para cada EPS.</p> <p>Dichos recursos deben ser objeto de gestión por parte de cada EPS, de tal manera que las cantidades asignadas en el presupuesto máximo no sean excedidas, ya que como se expuso estas reflejan todos los determinantes de la demanda por estos servicios, entre ellos el perfil epidemiológico de los afiliados a cada EPS y las tecnologías requeridas para atenderlo, que se proyectan de acuerdo a un delta o crecimiento esperado con base a la estimación econométrica descrita en la propuesta de resolución.</p> <p>Dado que el monto en dinero del presupuesto máximo es una suma fija, cualquier desviación de las cantidades, se debe ajustar en los valores de referencia. Aquí es importante iterar que el valor de referencia no es un precio regulado y que el precio de negociación hace parte del acuerdo de voluntades entre la EPS y sus proveedores.</p> <p>En relación con sus observaciones relacionadas con que “el grupo relevante Fórmula oligomérica normocalórica en polvo, la metodología para eliminar los valores atípicos implica la eliminación del 28% de las observaciones. Esto situación revela la heterogeneidad tan amplia que existe en los valores de recobro que pueden ser consecuencia de una agrupación inadecuada”, debe advertirse nuevamente que la metodología para establecer los Grupos Relevantes APME realizó una agrupación basada en tres características (categoría, unidad de medida y presentación), que ante apreciaciones similares recibidas en la consulta pública, fue nuevamente revisada desde la metodología aplicada para tal agrupación, hasta la información utilizada (recobros/cobros en estado aprobado, años 2015, 2016 y 2017), información auditada por La ADRES que da cuenta de la facturación efectivamente recibida, de la cual se tomó la variable Valor Total del recobro (sin descuentos).</p> <p>Partiendo de estos valores reportados por las EPS, se aplicó la metodología descrita en el Anexo 2. Del proyecto de resolución, incluyendo la detección de valores atípicos (paso 4. Anexo 2.), conforme lo cual el Ministerio reafirma la fiabilidad de los resultados presentados en el Anexo 4., cuyos valores corresponden a la realidad reportada por las EPS.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ámbos regímenes.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1391	30	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	anexo 4	En el grupo Fórmula polimérica hipercalórica en unidad de mililitro el valor de referencia publicado es \$38,09, no obstante, la estimación evidencía un valor de \$38.30.		Respuesta 30. Ante la eventual diferencia planteada en su estimación del Valor de Referencia (VR) del grupo fórmula polimérica hipercalórica (líquido) de \$38.30, frente al VR propuesto en el Anexo 4., de \$38,09, el Ministerio revisó nuevamente los cálculos propuestos para la estimación del VR de todos los grupos relevantes APME, encontrando para el caso del grupo aludido los mismos resultados presentados en el proyecto de resolución. En consecuencia, para este grupo se mantiene el VR de \$38,09.
1392	31	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	anexo 4	En el grupo Fórmula especial para enfermedades huérfanas en unidad de mililitro el valor de referencia publicado es \$ 154.95, no obstante, la estimación evidencía un valor de \$161.30.		Respuesta 31. Realizando la validación del cálculo de valor de referencia -VR en aplicación de la metodología del anexo número 2, el Ministerio de Salud y Protección Social mantiene el VR para el grupo relevante ID "2.- Fórmula especial para enfermedades huérfanas en unidad de mililitro" en \$154,95, tal como aparece en el Anexo número 4 del proyecto de Resolución.  Es importante mencionar, que una vez excluidos los registros de los valores atípicos en UMC en aplicación de la metodología, quedan un total de 919 registros.  Los índices de precios tomados para llevar a precios constantes del año de vigencia 2020 los valores recobrados del respectivo año corriente, son los siguientes:  De acuerdo a la variación del IPC serie histórica publicada por el Banco de la República:  Para 2016: 1.057 Para 2017: 1.041 De acuerdo a la inflación esperada dentro del marco fiscal de mediano plazo: Para 2018: 1.033 De acuerdo a la meta de inflación establecida por el Banco de la República: Para 2019: 1.030 Para 2019: 1.031  Es importante reiterar que el procesamiento de la base de datos descrita fue realizado en el software de minería de datos IBM SPSS Modeler 18.2 y la generación del resultado de VMR fue realizado en el programa estadístico IBM SPSS Statistics
1393	32	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	anexo 4	En el grupo Fórmula polimérica hipercalórica en polvo todos los productos recobrados tienen una concentración de 300 gramos, sin embargo, actualmente en el sistema de salud se prescriben productos de fórmula polimérica hipercalórica en polvo con presentaciones de más de 400 gramos, los cuales no son tenidos en cuenta dentro del análisis.		Respuesta 32. En atención a su comentario en el que plantea que "(...) actualmente en el sistema de salud se prescriben productos de fórmula polimérica hipercalórica en polvo con presentaciones de más de 400 gramos, los cuales no son tenidos en cuenta dentro del análisis.", tal como se ha venido aclarando, para la incorporación de los APME en el mecanismo de Presupuestos Máximos, el Ministerio tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, y 2017 con fecha de corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social.  Al tomar todo el reporte de información de vigencias consolidadas, se documentó el histórico de uso de servicios, con los diferentes productos APME inclusive (si fueron objeto de recobro), independientemente de las entidades involucradas, constituyéndose así en la mejor información disponible, que cuenta con las variables suficientes y necesarias para la aplicación de la metodología propuesta.
1394	33	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	anexo 4	Generar grupo relevante independiente para Inmunonutrición	Es una categoría independiente, identificable y diferenciada en MIPRES. "Formulas Inmunomoduladoras Arginina, Glutamina, w3, ácidos grasos, nucleótidos y antioxidantes." La inmunonutrición es una intervención especializada respaldada en guías de práctica clínica internacionales que se enfoca en atenuar la respuesta fisiológica y proveer una adecuada suplementación nutricional para contrarrestar los efectos del catabolismo intra y postoperatorio, generados como consecuencia de la intervención quirúrgica. Sus componentes individuales basados en Arginina, Glutamina, w3, ácidos grasos, nucleótidos y antioxidantes, así como su acción biológica, no pueden ser	Respuesta 33. En cuanto a su propuesta de "Generar grupo relevante independiente para Inmunonutrición (...)", en el momento la misma no es procedente, toda vez que para el proceso que actualmente adelanta este Ministerio, relacionado con la definición del Presupuesto Máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, ya se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial APME; partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016, 2017, en estado aprobado, que fueron financiados con recursos públicos de la salud. Conforme lo señalado, para el caso de los Grupos Relevantes APME se hicieron agrupaciones por categoría, unidad de medida y presentación; y dado que se trata de un ejercicio de presupuestal, objeto de gestión por parte de las EPS, vale reiterar que no se hace el cálculo a nivel de producto, ni presentación comercial  En este punto, el Ministerio recalca la vocación de la estrategia de Presupuestos Máximos, cuya metodología de cálculo es un ejercicio de programación presupuestal que, con base en lo expuesto en la propuesta de resolución, establece unos recursos con destinación específica (No PBS-UPC) para cada EPS.  Dichos recursos deben ser objeto de gestión por parte de cada EPS, de tal manera que las cantidades asignadas en el presupuesto máximo no sean excedidas, ya que como se expuso estas reflejan todos los determinantes de la demanda por estos servicios, entre ellos el perfil epidemiológico de los afiliados a cada EPS y las tecnologías requeridas para atenderlo, que se proyectan de acuerdo a un delta o crecimiento esperado con base a la estimación econométrica descrita en la propuesta de resolución.
1395	34	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI	APME's	Ampliación del tiempo de consulta	El tiempo estipulado para revisión y observaciones a la metodología de cálculo de los VR de APMES, Procedimientos y Servicios Complementarios es demasiado corto considerando que para el caso de medicamentos el plazo fue mayor. Esto permitió poder plantear ajustes técnicos	Respuesta 34. En cuanto a su solicitud de "Ampliación del tiempo de consulta (...). El tiempo estipulado para revisión y observaciones a la metodología de cálculo de los VR de APMES, Procedimientos y Servicios Complementarios es demasiado corto", considerando varias apreciaciones similares, el plazo para recibir las observaciones fue extendido.  De otra parte, en aras de la transparencia y legitimidad, el Ministerio de Salud publicó oportunamente y mantiene dispuesta la información necesaria para replicar la metodología en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> , subsitio Otros Estudios.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1396	35	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana Maria Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI		1. La definición de las categorías de APMEs debe reflejar las características e indicaciones propias de los productos: En este aspecto, desde la ANDI nos permitimos solicitar una categorización clara de los productos acorde con referentes técnicos internacionales que considere, además de la diferenciación de polvo o líquido, su contenido de proteínas, calorías, macro y micronutrientes, así como los rangos de edad para los que están destinados y las indicaciones especiales. Estos aspectos resultan decisivos al momento de la prescripción por su efecto en el estado nutricional, al tiempo que inciden en su valor de mercado. En este sentido nos permitimos solicitar la publicación y consulta de los criterios de conformación de las categorías APME que han servido de base para el cálculo del VMR.		<p>Respuesta 35. En atención a su solicitud respecto de "la publicación y consulta de los criterios de conformación de las categorías APME que han servido de base para el cálculo del VMR", es necesario señalar que, tal como se ha expuesto sobre la metodología aplicada para calcular el Presupuesto Máximo en el caso de los APME, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, el origen de la proteína puede ser diferente, así como los procesos tecnológicos utilizados para su fabricación. Es por eso que con este ejercicio, no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo con sus principales características nutricionales. La metodología utilizada fue explicada ampliamente en las respuestas 19 y 25 del presente documento.</p> <p>En cuanto a la conformación de los grupos relevantes, para la misma se tiene en cuenta el listado de Registros Sanitarios de Alimentos para Propósito Médico Especial – APME, que se encuentra publicado en la página web del INVIMA, en la cual es posible realizar consultas de registros sanitarios y así mismo revisar los productos de interés de cualquier ciudadano.</p>
1397	36	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana Maria Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI		2. La información empleada para estimar los VMR de los APME no coincide con la totalidad del periodo de referencia que señala el proyecto de Resolución y no es suficiente para un cálculo confiable de los Valores Máximos de Recobro: Aunque el proyecto de resolución en su Artículo 5 establece como fuente de información "(...) la Base de datos de recobros/cobros de (...), alimentos con propósito médico especial, (...) no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social." , la fuente para el análisis de la información estadística conocida el pasado 26 de diciembre indica que, para la estimación de los VMR de los productos APME revisados por las empresas, sólo se utilizaron datos de 2015 — 2017. En ese contexto, a partir de la información utilizada y de los resultados obtenidos, se corrobora la necesidad de ahondar en la disponibilidad de la totalidad de la información para el diseño del proyecto y de revisar dichos resultados y su información fuente, toda vez que este horizonte temporal analizado es insuficiente para determinar la dinámica de la demanda, por cuanto no permite obtener resultados representativos a partir de las pruebas estadísticas. Sumado a lo anterior, cuando se realiza un análisis por categoría se evidencia en algunas de ellas un		<p>Respuesta 36. En respuesta a sus observaciones, tal como se ha venido señalando, el Ministerio propuso la metodología contenida en el Anexo 1., para establecer el presupuesto máximo por EPS de medicamentos y alimentos con propósito medico especial- APME, reconociendo el comportamiento actual de estas tecnologías por las cuales se están pagando valores dispersos e insostenibles, por ello, en busca de la eficiencia, para identificar el Valor Máximo por Grupo Relevante y por EPS o EOC, se tienen en cuenta tres conceptos: el VR, el PRI (precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM) y el Par (valor recobrado/cobrado por los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC presentados ante la ADRES). Así las cosas, el Valor Máximo corresponderá al menor valor por UMC entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro.</p> <p>Sea el momento de reiterar que la información utilizada para el cálculo de Presupuestos Máximos, corresponde a la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 con fecha de corte a junio 30 de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social y no solo hasta la vigencia 2017. En esta información de vigencias consolidadas, se documenta el histórico de uso de servicios independientemente de las entidades involucradas, con lo cual la estimación de Presupuestos Máximos se basa en la totalidad de la información disponible, con las variables suficientes y necesarias para aplicar la metodología propuesta.</p> <p>Ante su observación de "(...) cuando se realiza un análisis por categoría se evidencia en algunas de ellas un porcentaje elevado de datos atípicos como atípicos, que refleja una alta heterogeneidad de la información (...), también vale precisar que la metodología de Presupuestos Máximos contempla la detección y eliminación de valores atípicos tal como se describe en el paso No. 4 del Anexo 2, Metodología para la determinación del Valor de Referencia para los grupos relevantes de Medicamentos y Alimentos con Propósito Médico Especial - APME.</p> <p>Finalmente, el listado de APMES se encuentra en el INVIMA, a través de su página web, la cual permite las consultas de registros sanitarios y así mismo revisar los productos de interés de cualquier ciudadano. ☐</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1398	37	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI		3. Desde las Cámaras Farmacéutica y de Alimentos de la ANDI consideramos necesario que el Ministerio conceda a las empresas del sector de APME la oportunidad de evaluar conjuntamente con el Ministerio de Salud la orientación y demás características específicas de Proyecto: Las empresas que representan esta categoría fueron convocadas con carácter informativo por el Ministerio de Salud en la fase última previa a la expedición del borrador de Metodología, que incluyó los cálculos VMR y la construcción del Presupuesto Máximo. Tuvimos para este fin un espacio de conversación con el Ministerio seguido por el plazo de la consulta pública. En medicamentos este proceso tuvo muchos más espacios de construcción, primero para los VMR y posteriormente para presupuestos máximos. Entendemos la decisión del Gobierno de reglamentar todas las tecnologías y servicios en el No PBS , pero como señalamos en esta comunicación, la categoría tiene sus características y fines particulares, carece incluso de reglamentación técnica propiamente dicha y sus productos se rigen por los "Criterios Técnicos para la Presentación de Solicitudes de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APMEs", expedidos por el Invima a fines de 2017, donde coexisten productos sujetos a reglamentaciones anteriores, lo que hace que, además de las características propias de cada		Respuesta 37. Conforme a su solicitud de conformar una mesa técnica para Presupuestos Máximos de APMEs se recalca lo dicho en la respuesta 28, en la que se manifestaron las razones por las cuales dentro del mecanismo de Presupuestos Máximos en el componente APME, no es procedente su propuesta de conformar dicha mesa técnica, por cuanto los análisis planteados para ser desarrollados, ya se surtieron a través de la metodología aplicada.
1399	38	24/01/2020	202042300094242	Camilo Montes Pineda y Ana María Vesga Gaviria	Camara de la industria farmacéutica y Camara de la Industria de Alimentos- ANDI		solicitamos respetuosamente la conformación de una Mesa Técnica para presupuesto máximo de APMEs; en la que se analice en detalle la orientación del Proyecto de Resolución, las características de la categoría, las diferencias entre productos y la información disponible		Respuesta 37. Conforme a su solicitud de conformar una mesa técnica para Presupuestos Máximos de APMEs se recalca lo dicho en la respuesta 28, en la que se manifestaron las razones por las cuales dentro del mecanismo de Presupuestos Máximos en el componente APME, no es procedente su propuesta de conformar dicha mesa técnica, por cuanto los análisis planteados a ser desarrollados ya se surtieron a través de la metodología aplicada.
1400	1	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS GENERALES	Existe la necesidad de lograr una sostenibilidad financiera del sistema que requiere un control del gasto, ante el rápido crecimiento de prestaciones que no están a cargo de la UPC. Los techos al gasto son medidas pragmáticas, rápidas de implementar, pero de baja aceptación por los actores del sistema y con riesgo de daño a la población si su implementación no es monitoreada y ajustada según la evolución.		<p>En virtud de su comentario, se precisa que en el presente acto normativo se establece el seguimiento y monitoreo para ser realizado como mínimo a EPS, operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS, cada tres meses, por parte de La ADRES, respecto a la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia de la iniciativa de Presupuestos Máximos, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previniendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, instancia que a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generandose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>
1401	2	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS GENERALES	La resolución parece asumir que incluir un presupuesto máximo, es un incentivo necesario y suficiente para lograr una mayor eficiencia en la utilización de los recursos por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).		<p>El presupuesto máximo hace parte de las estrategias del Gobierno Nacional y está enmarcado en los tres ejes relacionados con la salud poblacional, experiencia de la atención y costo per cápita, y es un mecanismo para profundizar el desarrollo de la salud a través de una mejor gestión en lo que se refiere al conjunto de tecnologías financiadas bajo esta figura.</p> <p>La iniciativa de presupuestos máximo es parte de una estrategia integral que busca en su conjunto profundizar el ejercicio del derecho a la salud y a contribuir al acceso a las tecnologías y servicios de salud. Dicha iniciativa en lo fundamental desarrolla de forma objetiva la ley Estatutaria.</p> <p>Está estrategia cambia la forma como se gestionaban un conjunto de servicios y tecnologías en salud, las que hoy se prescriben por la herramienta MIPRES. Se avanza de un mecanismo individual que en la operación causaba problemas en el flujo de recursos, en la financiación de parte de los actores, interpretación del derecho, ambiguo en las responsabilidades y gestión fraccionada a uno integral, con un flujo de recursos expedito, evitando ambigüedades en la garantía del derecho. Se avanza de un mecanismo individual a uno colectivo.</p> <p>Por otra parte se debe partir del hecho que las personas residentes en el país tenemos derechos a las tecnologías y servicios en salud que estén autorizadas en el país. El acto administrativo en consulta pública precisa que tecnologías se financian con una fuente determinada, evita ambigüedades e interpretaciones subjetivas.</p> <p>Este acto administrativo soluciona desde la perspectiva de los medios un problema que hoy afecta la gestión de la salud en la cadena, es la disponibilidad de recursos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1402	3	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS GENERALES	Las ganancias en eficiencia, se logran a través de inversión en mejorar los procesos y nuevas tecnologías que permitan reducir los costos. La resolución no menciona estas inversiones en mejoras de eficiencias.		<p>En atención al comentario respecto de las ganancias en la eficiencia, es pertinente señalar que las inversiones en mejoras de eficiencias se encuentran implícitas en la presente iniciativa dado que en virtud a la necesidad de profundizar en la atención integral de la salud, y a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, y que las EPS son funcionalmente las responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público), el gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, ello para profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>El propósito de la mencionada disposición normativa (artículo 240) consiste, entonces, en establecer un presupuesto a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC).</p> <p>Así, al equiparar el mecanismo individual con el colectivo, se fortalecerá la gestión de la EPS y profundizará la atención integral del paciente.</p>
1403	4	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS GENERALES	Por otro lado, la relación asegurador-prestador no está adecuadamente regulada. Estas relaciones hasta el momento se destacan por la desconfianza entre las partes. Es poco probable que en este clima se logren las mejoras de eficiencia a las que se aspira, sin antes mejorar la confianza entre las partes y la provisión de herramientas de negociación y contratación acordes a los objetivos a lograr.		<p>El objetivo del proyecto de resolución es fijar presupuestos máximos y modificar la forma de gestionar las tecnologías No PBS, aspecto que radica en avanzar en la mejora de las relaciones entre los agentes, en virtud de que mejore el flujo de los recursos al tenerlos de forma ex ante, pero de ninguna manera pretende solucionar todos los aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se debe tener en cuenta que este acto administrativo no soluciona los problemas de oferta (disponibilidad de camas, de hospitales, de médicos especialistas) esto es propio de la aplicación de la política de prestación de servicios de salud y de la autonomía universitaria (en el caso disponibilidad de médicos especialistas).</p> <p>Este acto administrativo si crea las condiciones para mejorar la gestión de la salud, pues se integra en la práctica con las tecnologías y servicios UPC. Las gestionará un mismo actor.</p> <p>En conclusión este acto administrativo profundiza el cumplimiento de la ley Estatutaria, acerca lo que hoy era individual al Aseguramiento, crea las condiciones para la integralidad, fortalece la autonomía médica y crea las condiciones para una mejor gestión</p>
1404	5	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS GENERALES	Aunado a lo anterior, hasta el momento los medicamentos, dispositivos y procedimientos por fuera del plan de beneficios, han sido pagados de una manera que semeja un sistema de seguro de reembolso sin deducibles o copagos. Las EPS aprendieron que era administrativamente más barato hacer el recobro, que establecer una relación con los prestadores de servicios para poner un límite o establecer una lista de medicamentos, dispositivos o procedimientos preferidos.		<p>La finalidad del presupuesto máximo es la de evitar las brechas, facilitar el acceso integral a los servicios y tecnologías en salud para toda la población con lo cual se pretende modificar el estado de las cosas actuales.</p>
1405	6	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS GENERALES	Un riesgo que aparece con la decisión de implementar presupuestos máximos, es que el control del gasto se logre a través de la negación o demora en la prestación de los servicios, en lugar de mejoras en eficiencia. En contraste, la negación o demora en la prestación de los servicios tiene un menor costo de transacción, por lo que la regulación propuesta crea un incentivo a preferir la segunda sobre la primera, si no se acompaña de las medidas necesarias para desvanecer este incentivo. Elegir la negación o demora en la prestación de servicios, podría ser una decisión que afectará de manera negativa a los usuarios, quienes son la razón de ser y el centro del sistema.		<p>En las actuaciones normativas siempre existe un riesgo, pero el supuesto que usted prioriza no es el acertado.</p> <p>Lo anterior en virtud a que la naturaleza del aseguramiento es prevenir el siniestro y en forma adicional esta iniciativa avanza hacia la integralidad de la gestión del riesgo. Por otra parte, para reducir el riesgo, el proyecto de resolución propone además varias alternativas, como el seguimiento, monitoreo, auditoria, por parte de La ADRES, sin perjuicio de la facultad de inspección, vigilancia y control que la superintendencia Nacional de Salud ejerza según sus competencias, toda vez que su institucionalidad no se afecta con este proyecto normativo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1406	7	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS GENERALES	Los pacientes o usuarios del sistema son los más vulnerables a las decisiones de gestión que harán las EPS, la cual no se pueden predecir completamente en el momento, y que pueden, en consecuencia, retrasar o reducir el acceso de los pacientes a diagnósticos o tratamientos. Por lo anterior, es necesarios, por tanto, mecanismos de vigilancia y control estrictos y explícitos para las EPS que desincentiven prácticas que perjudiquen a los usuarios, la está que le corresponde a la superintendencia nacional de salud. Se reitera entonces, que es necesario que se incluyan y desarrollen mecanismos de seguimiento que permitan establecer si el lograr mantenerse dentro del presupuesto se hizo por mejoras en la eficiencia o por negación o demora en la prestación de los servicios.		Al parecer el IETS con las observaciones plantea la necesidad de mantener el estado actual de las cosas y mezclando si se quiere, aspectos propios del aseguramiento con la naturaleza de esta propuesta. Se reitera que la iniciativa no modifica la inspección, vigilancia y control que por naturaleza debe hacer la Superintendencia Nacional de Salud, además se establece claramente el seguimiento y monitoreo para ser realizado como mínimo a EPS, operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS, cada tres meses. ☒
1407	8	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS GENERALES	La evaluación del valor de las nuevas tecnologías tiene que ir más allá de la seguridad y eficacia de los medicamentos nuevos y considerar otras dimensiones, que benefician a los pacientes, pero también que tengan en cuenta las perspectivas de los demás actores del sistema.		Sobre esta observación se espera que El IETS realice una propuesta al respecto, pues el articulado del proyecto normativo determina que El IETS debe realizar las evaluaciones respectivas y 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.
1408	9	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS GENERALES	En el último considerando del proyecto de resolución, refleja una política dirigida al control del gasto y sostenibilidad financiera para lo cual establece algunas medidas de seguimiento a que estos objetivos se cumplan. Pero, aunque menciona la relación del control del gasto con el logro de objetivos del sistema y las metas de mejora en los resultados en salud y experiencia de los usuarios con el sistema, no define un marco de evaluación y seguimiento a cómo el control del gasto afecta, de manera positiva o negativa, el logro de estos objetivos. El último considerando tiene implícito el supuesto de que implementar las medidas de control de gasto con presupuestos máximos es condición suficiente para lograr los objetivos de mejora en salud y garantizar el derecho a la salud, por lo tanto, asume que no sería necesario evaluar si este supuesto es adecuado.		Se recalca que este proyecto no modifica la institucionalidad, ni las reglas, ni competencias de los actores y agentes del Sistema. Se recuerda que la función de evaluar las políticas públicas es del DNP. Por otra parte, se incluirá un texto encaminado a que se incentiven los resultados en salud en el marco del sistema de salud y no solamente de esta fuente. Esto en virtud que los resultados en salud de la población no dependen exclusivamente de esta iniciativa.  Respecto de las evaluaciones, sería interesante que agentes como El IETS por iniciativa propia y de acuerdo a sus competencias, realizara las evaluaciones independientemente de las solicitudes de los demás agentes, y así avanzar en esquemas más propositivos.  Se debe señalar que el propósito de la norma no es el control del gasto, lo es el de la sostenibilidad, unido a la mejor gestión en beneficio del paciente.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1409	10	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS DE LA METODOLOGÍA DEL CÁLCULO	La metodología cuantitativa para determinar el delta (como tasa de crecimiento de los grupos relevantes), debe tener un fundamento técnico detrás de su elección. En la literatura formal sobre 'forecasting', existen varias aproximaciones estadísticas que según diferentes índices de capacidad de pronóstico pueden generar estimaciones eficientes (vía minimización de la varianza del error de pronóstico) y robustas (estimadores que no sean tan afectados por cambios pequeños respecto a las hipótesis de los modelos). Por lo que sería prudente saber si se cuenta con esta		El valor delta, calculado para el periodo t, da cuenta del comportamiento histórico de lo recobrado, 33.163.536 registros administrativos, que en el estado normal de las cosas, no puede tener grandes variaciones a razón de: i) Los cambios en el comportamiento en el uso de servicios atribuibles a condiciones de salud o enfermedad que enfrenta la población asegurada, solo se reflejaría en situaciones extraordinarias, como epidemias o pandemias, que llevarían a cambios súbitos en los indicadores epidemiológicos de salud que deban ser considerados en forma específica; ii) Ley de grandes números: la frecuencia relativa de los diferentes resultados de un experimento aleatorio, tiende a estabilizarse en un solo número, el cual justamente determina la probabilidad. Si un estimador es consistente, se vuelve más confiable al tener tamaños de muestras grandes; iii) Teorema del límite central: La variable aleatoria Y' tiene distribución normal asintótica con media $\mu$ y varianza $s^2/n$ , en la medida en que el tamaño de muestra aumente.
1410	11	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS DE LA METODOLOGÍA DEL CÁLCULO	La metodología de datos panel para estimar los deltas es una de las herramientas disponibles, pero vemos oportunidades de mejora en la especificación del modelo. El proyecto de resolución establece que el número de UMC prestadas o dispensadas para cada grupo relevante en un año específico depende del número de actividades observada para ese grupo relevante (sin que haya una definición de lo que se entiende por actividades) y la tasa de crecimiento. Creemos que es la especificación del modelo la que se queda corta, donde pareciera asumirse que las variables explicativas se desconocen, pero no cambian en el tiempo por lo que parece usarse un modelo de efectos fijos. Aquí es importante que se explique cuál es el sustento teórico de esta especificación del modelo y si estos supuestos se cumplen. Adicionalmente, es importante que se haga la aclaración que para el año 2020 se tomará la información real de 2019 (y no la estimación de este año en base a 2015-2018), y así sucesivamente para los periodos posteriores.		<p>Al respecto, es importante precisar que la Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES). Dicho presupuesto máximo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos del Sistema. En ese sentido, la metodología, en la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales, recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, debe recordarse que se utilizaron todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar (totalidad de cantidades reportadas). La información es suficiente y válida, sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución, pues las bases de datos históricas muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recobra (radica) cerca del 97 % del valor respectivo, lo anterior quiere decir que los cálculos de las cantidades reflejan las prescripciones que han sido pagadas por tanto suministradas, no hay cantidades sesgadas, son reales y de calidad.</p> <p>Para efectos de considerar eventuales variaciones en las frecuencias se determinó la necesidad de adicionar la doble suma del Q Delta, así de manera aritmética incorporarlo en el cálculo del presupuesto máximo de 2020, con el propósito de mantener un crecimiento razonable de estas cantidades. El valor delta, calculado para el periodo t, da cuenta del comportamiento histórico de lo recobrado, con 33.713.766 registros administrativos en medicamentos y APME, que en el estado normal de las cosas, no pueden tener grandes variaciones a razón de: i) Los cambios en el comportamiento en el uso de servicios atribuibles a condiciones de salud o enfermedad que enfrenta la población asegurada, solo se reflejaría en situaciones extraordinarias, como epidemias o pandemias, que llevarían a cambios súbitos en los indicadores epidemiológicos de salud que deban ser considerados en forma específica; ii) Ley de grandes números: la frecuencia relativa de los diferentes resultados de un experimento aleatorio, tiende a estabilizarse en un solo número, el cual justamente determina la probabilidad. Si un estimador es consistente, se vuelve más confiable al tener tamaños de muestras grandes, en este caso no hay muestra sino el universo de datos completo; iii) Teorema del límite central: La variable aleatoria Y' tiene distribución normal asintótica con media <math>\mu</math> y varianza <math>s^2/n</math>, en la medida en que el tamaño de muestra aumente.</p>
1411	12	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	COMENTARIOS DE LA METODOLOGÍA DEL CÁLCULO	La ecuación presentada en el Anexo 1 se debe aclarar, termina siendo confusa. Por un lado, aparece un vector de interceptos y también un $\alpha_0$ que sería también un intercepto. Se recomienda explicar a que hace referencia cada variable (en llegado caso sea compuesta especificar, es decir que sea la suma de dos variables, como a veces se acostumbra a denotar en datos panel) y el porqué de la elección de efectos fijos o aleatorios. Los supuestos para la asunción de cada modelo contemplan sus matices y es fundamental justificarlos para que las estimaciones tengan sentido.		<p>El método econométrico corresponde al de datos panel. Se realizan pruebas para definir el modelo y corresponde al de efectos fijos. El número de observaciones corresponde a la información de los años 2015 a 2018 para los grupos relevantes identificados.</p> <p>De otro lado, tener grupos relevantes con el mismo principio activo y forma farmacéutica es una forma de agrupar las tecnologías que son comparables, luego incluir el criterio de la misma unidad de medida permite agrupar tecnologías para calcular las tasas de crecimiento en los recobros. Esto permite identificar cómo se comportan los grupos relevantes en la prestación de las tecnologías de la población cubierta en el sistema de salud.</p> <p>La interpretación del coeficiente estimado corresponde a la tasa de crecimiento anual de las diferentes unidades de medida de los grupos relevantes del modelo planteado. Para identificar la tasa de crecimiento anual de los grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida se aplica el antilogaritmo, se le resta uno y a este resultado se multiplica por 100, según lo establecido en la resolución.</p> <p>Ahora, la interpretación corresponde a la tasa de crecimiento porcentual anual en Unidades Mínimas de Concentración (UMC) de cada una de las diferentes unidades de medida que tienen los grupos relevantes.</p> <p>Como se ha mencionado, los datos de las cantidades de los recobros/cobros presentan distintas características, por ello se construyeron los grupos relevantes que comparten el mismo principio activo y forma farmacéutica junto con las Unidades Mínimas de Concentración. Esto permite identificar grupos con similares características. La fortaleza de la metodología de datos panel nos permite identificar el comportamiento de cada uno de los grupos relevantes construidos y se incluye el criterio de la unidad de medida que contribuyen a agrupar tecnologías similares en principio activo, forma farmacéutica y unidad de medida. Al realizar las estimaciones se utilizan las variables en logaritmos para disminuir la varianza de los datos y estimar las tasas de crecimiento anual de los grupos identificados con igual unidad de medida. Una vez realizadas las estimaciones se corrigen los posibles problemas de varianza y correlación relacionados con las características de los datos pero que en ningún momento desvirtúan la especificación y forma funcional del modelo establecido.</p> <p>El modelo no utiliza diferencias de las variables del modelo por lo cual no es válida la interpretación que se hace en la pregunta. Ahora, para los años en que un grupo relevante aparece con valor cero, no es que la información no exista, sino que en ese año no se presentaron recobros en ese grupo relevante y precisamente una de las bondades del método de estimación corresponde a que el modelo es fuertemente balanceado en los datos y grupos. El número de años del modelo corresponde a cuatro que corresponde a la información de los años 2015, 2016, 2017 y 2018.</p> <p>El modelo no es un modelo de demanda y corresponde a los modelos de crecimiento, de los cuales existe literatura de teoría económica para su profundización.</p> <p>El modelo no incluye variables dicotómicas porque la variable tiempo de los grupos relevantes con la misma unidad de medida tienen implícita la variable dicotómica que permite identificar esta característica en el modelo.</p>
1412	13	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEXTO	No es claro en el documento, cómo se van a considerar la financiación de las nuevas tecnologías en términos de superioridad, igualdad o inferioridad. Es necesario que se establezcan elementos metodológicos y conceptuales, que permitan establecer dicha igualdad, si es en términos de no inferioridad, bioequivalencia u otros.		El proyecto de Resolución establece que la financiación de las nuevas tecnologías en términos de superioridad, igualdad o inferioridad será realizada por La ADRES y el IETS realizará la evaluación respectiva y en conjunto con este Ministerio y la ADRES definirán las metodologías para la evaluación de la tecnología y la verificación de dicha evaluación.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1413	14	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEXTO	No es claro, quién define la metodología que usarán los interesados en demostrar la superioridad del nuevo fármaco (Art. 18, numeral. 2). La redacción sugiere que cada interesado desarrollará su propia metodología para demostrar el valor de su producto, sin otorgarle la capacidad al IETS para evaluar si la metodología empleada es adecuada para establecer el valor del nuevo producto. Así las cosas, obliga al IETS a dar un concepto con base en cualquier metodología empleada sin tener en cuenta si es adecuada.		En el mismo sentido de la respuesta anterior, se aclara que la metodología de validación de la evaluación de superioridad, equivalencia o inferioridad, debe ser presentada por los actores interesados y revisada por el IETS, de conformidad con la metodología que sea desarrollada para el efecto, o teniendo en cuenta los manuales de que disponga el IETS.
1414	15	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEXTO	El proyecto de resolución propone que las tecnologías nuevas se clasifiquen en uno de tres grupos según el resultado de la evaluación del valor. Es claro que debe hacerse con las que se cataloguen como inferiores o iguales, pero no es claro qué sucede con las tecnologías que se consideren superiores (Art. 18, numeral. 2).		En atención a su comentario de aclarar qué sucede con las tecnologías que se consideren superiores, según el resultado de la evaluación del valor. Este Ministerio informa que se encuentra estudiando la posibilidad de modificación del artículo en mención, en el sentido de establecer que si el medicamento, como resultado de la evaluación de tecnología sea 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, se financiará con presupuesto máximo.  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.
1415	16	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEXTO	No es claro qué sucederá con el reporte de información a MiPres. Aunque puede asumirse que debe continuar, es importante que el proyecto de resolución sea muy claro en dar esa instrucción.		En relación con los servicios prescritos a través de MIPRES se informa que esta herramienta continua operando, además es importante tener en cuenta que como lo señala el proyecto de resolución en el artículo de seguimiento, control y monitoreo de los recursos, 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.
1416	17	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEXTO	Como se discutió al inicio, se requiere que la implementación del mecanismo de seguimiento, control y monitoria de los recursos (Art 40) incluya también el registro de servicios que fueron negados.		Como es de su conocimiento uno de los mecanismos de seguimiento, control y monitoreo de los recursos corresponde al uso de los módulos de suministros y facturación de MIPRES. Además se precisa, que las EPS como responsables de la gestión del aseguramiento en salud realizarán seguimiento, monitoreo y auditoria de la atención en salud a través de los procesos de contratación y acuerdos de voluntades como estrategia adicional.
1417	18	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEXTO	Dentro de las medidas que pueden tomar las EPS/EOC para mantenerse dentro del presupuesto máximo, está la sustitución de medicamentos por otros con mismo principio activo, pero de menor precio. Es importante que se establezca, que esta sustitución no puede ir en detrimento del paciente.		Como se ha venido señalando, la presente iniciativa de ninguna manera modifica la institucionalidad de la inspección, vigilancia y control que le compete a la Superintendencia Nacional de Salud.  Para garantizar el acceso a los medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios financiados con cargo al presupuesto máximo, esta iniciativa establece que las EPS o EOC, deberán 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.  Adicionalmente, el proyecto de resolución en su articulado precisa, que los actores del sistema de salud deberán realizar acciones para la no superación de los Presupuestos Máximos, sin afectar el acceso a los servicios y tecnologías en salud que efectivamente requiera el paciente. Por lo cual, se deberá evaluar la efectividad de dichas tecnologías; así como la relación beneficio-riesgo y costo efectividad de las tecnologías.  Efectivamente, las probabilidades de usos sin que las indicaciones sean las más adecuadas existen, sin embargo la institucionalidad y la autonomía médica son aspectos que garantizan el uso adecuado. Por otra parte, el uso de la tecnología en salud más económica no indica per sé que su indicación sea inadecuada, puede ser incluso la más costosa. Adicionalmente, la eficacia, seguridad, dosificación, indicaciones, contraindicaciones, interacciones, y advertencias, relación beneficio-riesgo, toxicidad, farmacocinética y condiciones de comercialización, son realizadas por el INVIMA, en este sentido, debe adaptarse que ni las guías de práctica médica ni los estudios de posicionamiento terapéutico obligan a la prescripción sino que son orientaciones basadas en evidencia, siendo mandatorio si, el cumplimiento de la prescripción en las indicaciones autorizadas en el país.
1418	19	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEXTO	La propuesta de resolución indica que los medicamentos que entren al país serán financiados con cargo al presupuesto máximo, según los resultados de la evaluación de su valor terapéutico. Por lo tanto debe existir mecanismos como la implementación de planes de gestión de riesgo (PGR) para seguimiento al uso de nuevos medicamentos en condiciones habituales, tanto por parte del INVIMA como de otros actores. Este mecanismo de seguimiento también debe permitir cambiar la decisión de la categoría de valor terapéutico, según los resultados del seguimiento al uso habitual.		Sobre la observación en torno a que se presume que todos los medicamentos que entren al país serán prescritos y financiados con presupuesto máximo, se hace énfasis en que no todos los medicamentos que entran al país serán financiados por presupuestos máximos, pues el articuladodel proyecto de resolución señala cuales no hacen parte de esta iniciativa.  Por otra parte, presupuestos máximos no modifica las normas de carácter general o las que tratan sobre inspección, vigilancia y control. En dicho sentido la responsabilidad de los actores, incluidos los médicos, es la de continuar reportando los efectos médicos o reacciones adversas que se manifiesten. Adicionalmente, se deberá tener en cuenta la evidencia sobre efectividad o seguridad ya que seguirán los estudios institucionales respectivos.  Con respecto a lo anterior, es importante aclarar que la evaluación farmacológica que realiza el INVIMA se enfoca en eficacia, seguridad, dosificación, indicaciones, contraindicaciones, interacciones, y advertencias, relación beneficio-riesgo, toxicidad, farmacocinética y condiciones de comercialización, principalmente. La efectividad clínica utiliza otro tipo de evidencia como los estudios observacionales que se centran en la evaluación de los resultados en el campo de práctica utilizando pautas de tratamiento de uso normal, frente a los estudios que se utilizan para describir la eficacia (que se considera teórica) y que muchas veces son situaciones experimentales con grupos en circunstancias controladas y comparadas frente a placebo; de ahí la importancia de definir la evidencia en la metodología de evaluación.  Ahora bien, efectivamente se deben incentivar en los diferentes ámbitos los reportes de información de farmacovigilancia, sin embargo escapa al objeto de este acto administrativo puesto que ya se encuentra reglamentada, correspondiéndole al INVIMA como entidad competente en cuanto a la red nacional de farmacovigilancia y tecnovigilancia.  Es importante resaltar que en esta iniciativa se pretende que el IETS realice la evaluación de tecnologías en salud desde el punto de vista de valor terapéutico y valor del medicamento para que sirva en la toma de decisiones.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1419	20	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEXTO	En varios apartes del borrador de resolución se habla del valor, en algunas ocasiones refiriéndose al valor terapéutico o clínico y en otros al precio o costos de adquisición de los tratamientos y tecnologías evaluadas. Se requiere definir explícitamente el concepto de valor terapéutico o clínico y el de valor/costo económico y revisar que se dé el intercambio de palabras. Por ejemplo, valor y precio parecen ser intercambiables.		No se considera necesario incluir en el presente acto administrativo la definición de valor terapéutico, toda vez que esta se encuentra inmersa en los criterios que ha de contemplar el procedimiento de evaluación de servicios y tecnologías en salud. Adicionalmente, no se encuentra referencia alguna a valor clínico, ni a precios o costos de adquisición, por ello no hay nada que especificar.
1420	21	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEXTO	Una situación que ha preocupado al IETS es la falta de regulación en la realización de procedimientos. No existe en el país un proceso de evaluación de la introducción y realización en el país de procedimientos, la cual debe seguir pasos similares a lo que sucede con medicamentos y dispositivos donde se evalúa la seguridad, eficacia o efectividad de los mismos para posteriormente evaluar su efectividad y seguridad comparada, costo-efectividad e impacto presupuestal. Por lo anterior, es necesario el desarrollo de regulación para la realización de procedimientos en el país que se articule con las demás políticas de acceso a dispositivos y medicamentos. El proyecto de resolución no considera los procedimientos y deja a cargo del asegurador el pago con cargo al presupuesto máximo de la realización de cualquier intervención ordenada por algún prestador, limitado únicamente a que los insumos usados tengan un registro sanitario.		Al respecto, se señala que este es un tema que sobrepasa los alcances del proyecto de resolución, sin embargo se han logrado avances, como por ejemplo lo estipulado en la Resolución 3804 de 2016, por la cual se establece el procedimiento para la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS y en donde se determina que las nominaciones de un procedimiento en salud para que sea actualizado (incluidos, eliminado, reubicado, declarado obsoleto, desagregados o agrupados) dentro de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, deberán venir sustentadas, entre otros con evaluaciones de tecnologías en salud que deben cumplir con los estándares técnicos definidos por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS y el Ministerio de Salud y Protección Social, por tanto es competencia del IETS tener descritos los procesos de evaluación de las nuevas tecnologías en salud.
1421	22	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	OTROS ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TEXTO	Anexo 5, es muy ambiguo e incluye ítems totalmente inespecíficos que no parece hayan sido evaluados considerando la pertinencia clínica o la indicación específica para luego hacer un cálculo de prevalencia de uso que permita realmente estimar adecuadamente la asignación de un presupuesto para su financiación de manera distributiva entre las EPS.		Se debe tener en cuenta que la metodología de presupuestos máximos tiene como fuente de información lo efectivamente prescrito, suministrado y considera además el comportamiento histórico. La pertinencia la define en su momento el médico tratante, en este sentido en cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.
1422	23	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	Artículo 6, literal A, numeral V	La negrilla usa VALOR como la cantidad la cantidad de dinero a transferir.	Se sugiere siempre aclarar si la palabra VALOR se refiere a un aspecto monetario o clínico.	Como fue señalado en la respuesta al comentario 20, en el presente proyecto normativo no se encuentra referencia alguna a valor clínico, ni a precios o costos de adquisición, por lo tanto el valor que se encuentra en negrilla en el Artículo 6, literal A, numeral V, corresponde al valor monetario para medicamentos y APME que resulta de la sumatoria de multiplicar la Cantidad Total Prospectiva por grupo relevante de cada EPS por el valor máximo, y que hace parte del presupuesto máximo total.
1423	24	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	Artículo 6, literal A, numeral IV	El texto establece que la cantidad total prospectiva se calcula sumando los numerales i, ii y iii y nuevamente las cantidades delta iii CP = (i) + 2(ii) + (iii). Esto se contradice con lo establecido en el anexo donde esa cantidad prospectiva es la suma de i, ii y iii. Lo descrito en el cuerpo del proyecto de resolución es un error que se repite posteriormente.		No es dero el comentario por cuanto en la metodología se encuentra claramente descrito lo establecido en el artículo 6, sin que se evidencien errores recurrentes en el proyecto de resolución. Sin embargo se informa que se ajustará el cálculo de las cantidades con un modelo multiplicativo donde la cantidad total prospectiva se determina multiplicando las cantidades iniciales del numeral i) por los factores de los numerales ii) y iii) del presente artículo y luego se multiplica por el factor de cantidades del delta estimado en el punto iii). La explicación de la metodología y los ajustes se presentarán en el anexo metodológico de la resolución, se reitera que en cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.  Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.  Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1424	25	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	Artículo 18, numeral 2	El texto "La superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica en primera instancia deberá ser demostrada por el agente interesado, para su posterior verificación por parte del IETS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan." sugerimos sea reemplazado con: "La superioridad, igualdad o inferioridad terapéutica deberá ser demostrada por el agente interesado utilizando la metodología definida por el IETS y aprobada por el MSPS. El proceso de apreciación crítica de la evidencia aportada por el interesado será definido por el IETS y aprobado por el MSPS de conformidad con los criterios establecidos en el artículo 72 de la ley 1753 de 2015 y las normas que lo desarrollen, modifiquen o sustituyan."		<p>Al respecto se propone realizar un ajuste, en el siguiente sentido:</p> <p>Para 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.</p> <p>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.</p> <p>Este Ministerio informa que se encuentra estudiando la posibilidad de modificación del artículo en mención, en el sentido de establecer que sí el medicamento, como resultado de la evaluación de tecnología sea 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, se financiara con presupuesto máximo.</p> <p>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.</p>
1425	26	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	Artículo 18, parágrafo 5	En este parágrafo se hace referencia al "Valor del tratamiento" del medicamento evaluado. Como se mencionó anteriormente, no se es explícito que se refiere la resolución por "Valor". Implícitamente parece que este parágrafo se refiere a costos del tratamiento. Se considera que este parágrafo debería ir en línea con las metodologías de precios basados en valor, y que podría generar incentivos inadecuados a la asignación eficiente de los recursos del sistema		<p>Como se mencionó anteriormente, es importante tener en cuenta que el proyecto normativo pretende que el IETS realice la evaluación de tecnologías en salud desde el punto de vista de valor terapéutico y valor del medicamento, a través de la metodología que en conjunto con La ADRES y este Ministerio sea definida.</p>
1426	27	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	Artículo 18, Parágrafo 1, 3	Realizar claridad en el parágrafo 1 si se incluyen las sales y los ésteres dentro de las moléculas que modifican las propiedades farmacocinéticas o farmacodinámicas.	<p>A pesar de que en el parágrafo 3 hace referencia a "sales o ésteres", no es claro si estas moléculas están incluidas dentro del alcance del parágrafo 1, dado que se hace mención a unión del principio activo a moléculas que modifican la afinidad por órgano blanco o mejoran sus características farmacocinéticas o farmacodinámicas sin modificar la indicación INVIMA. De acuerdo a lo anterior, las sales o ésteres cumplirían este criterio en algunos medicamentos y entrarían a generar confusión.</p>	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que, en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En consecuencia de lo anterior y para efectos de dar claridad al tema del comentario, el articulado se modifica en el sentido de establecer que 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, se financiarán con cargo al presupuesto máximo.</p>
1427	28	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS	Artículo 18	Incluir consideraciones sobre medicamentos de estrecho margen terapéutico.	<p>El artículo 18 (numeral 1) establece que los medicamentos que ingresen al país y tenga el mismo principio activo y forma farmacéutica será financiados con cargo al presupuesto máximo. Esta información da a entender que la EPS puede tener la libertad de considerar "intercambialidad" de los medicamentos mientras cumplan estos requisitos. Es importante, tener en cuenta que los medicamentos de estrecho margen terapéutico no son intercambiables entre marcas por diferentes factores.</p>	<p>No se acepta la sugerencia, teniendo en cuenta que no es preciso aseverar que los Medicamentos de estrecho margen terapéutico no pueden ser reemplazados entre productos del mismo medicamento. Lo que se debe tener en cuenta es que en el evento de la dispensación de un medicamento de otro fabricante diferente al que se venía dispensando, se debe realizar un monitoreo clínico y paraclínico para asegurar que el nuevo producto ofrece los niveles de biodisponibilidad que requiere el paciente o en su defecto ajustar la dosis.</p>
1428	29	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS		Asignar al IETS la definición de un marco para la evaluación del valor de las tecnologías en salud, de manera consensuada, participativa y legítima, que permita integrar lo sugerido en este proyecto de resolución, lo consagrado en el Artículo 72 de la Ley y las exclusiones descritas en la Ley Estatutaria.		<p>Como se informó en las respuestas a los comentarios 21, este aspecto escapa al objeto de la presente iniciativa, sin embargo este Ministerio está evaluando la modificación del articulado en el proyecto normativo en cuanto a establecer la competencia para el IETS en el desarrollo de los procesos de evaluación para nuevas tecnologías en salud, en el sentido de precisar en el articulado, lo siguiente, para 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.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1429	30	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS		Establecer o aclarar cuál será la fuente de financiación de la administración de los recursos y de las mejoras en la eficiencia necesarias para la implementación de los presupuestos máximos de manera que se logre una mejor salud de la población, disminución de los costos y mejorando calidad de la prestación.		No hay gastos de administración, por tanto para esto no se requiere fuente de financiación. Ahora bien, en lo concerniente a las mejoras en la eficiencia, estas serán dadas por el proceso de seguimiento y monitoreo que será realizado como mínimo a EPS, operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS, cada tres meses, por parte de La ADRES, aspecto que está contenido en el articulado del proyecto de resolución publicado. Además se precisa, que las EPS como responsables de la gestión del aseguramiento en salud realizarán seguimiento, monitoreo y auditoría de la atención en salud a través de los procesos de contratación y acuerdos de voluntades como estrategia adicional.	
1430	31	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS		Definir cuáles serán los mecanismos de seguimiento al uso de los recursos que permitan identificar la negación o dilación en la prestación de servicios, como mecanismo para mantenerse dentro de los presupuestos máximos		Como se ha manifestado previamente, dado que la naturaleza del aseguramiento es prevenir el siniestro y que esta iniciativa avanza hacia la integralidad de la gestión del riesgo, el proyecto de resolución propone además varias alternativas, como el seguimiento, monitoreo, auditoría, por parte de La ADRES, sin perjuicio de la facultad de inspección, vigilancia y control que la superintendencia Nacional de Salud ejerza según sus competencias, toda vez que su institucionalidad no se afecta con este proyecto normativo.	
1431	32	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS		Definir un mecanismo para la evaluación de la efectividad de las nuevas tecnologías en el uso cotidiano, que permite reevaluar o redefinir su categorización en el marco de valor.		En atención a su solicitud respecto de definir un mecanismo para la evaluación de la efectividad de las nuevas tecnologías, es importante resaltar que el Decreto 780 de 2016 por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en su título 12, evaluación de la clasificación del valor terapéutico y económico de los medicamentos nuevos, reglamenta parcialmente el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015 en cuanto a establecer los criterios de evaluación que debe realizar el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –IETS. En este sentido, en el artículo 2.8.12.8 se establece que el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS clasificará los medicamentos nuevos en categorías de valor terapéutico, con base en el nivel de seguridad y eficacia o efectividad comparativa. Así mismo, dará cuenta del nivel de incertidumbre de dicha evaluación teniendo en cuenta, como mínimo, la calidad de la evidencia y la magnitud de los desenlaces evaluados.  Por lo anterior, el presente proyecto normativo pretende que el IETS realice la evaluación de tecnologías en salud desde el punto de vista de valor terapéutico y valor del medicamento para que sirva en la toma de decisiones .	
1432	33	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS		Definir un mecanismo de evaluación de los resultados en salud y financieros obtenidos de la implementación de los presupuestos máximos		Como fue informado en la respuesta al comentario 9, el Ministerio de Salud y Protección Social, en la búsqueda de establecer que los Presupuestos Máximos se ajusten de conformidad con indicadores de gestión o resultados en salud de cada EPS, a través de mecanismos de ajuste ex - post que incentiven el logro de resultados en salud y teniendo en cuenta los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En tanto lo anterior, ajustará en este sentido el articulado del proyecto normativo.	
1433	34	24/01/2020	202042300094072	Luz Mery Barragán González	IETS		Establecer una regulación para la realización de procedimientos médicos que pueda articularse con la evaluación de tecnologías para inclusión en el Plan de Beneficios con Cargo a la UPC, con cargo a los Presupuestos Máximos o la exclusión del pago con recursos públicos.		Este Ministerio comparte la apreciación del IETS tal como se manifestó en las respuestas a los comentarios 21 y 29, no obstante se recalca que tal regulación escapa al objeto del presente acto administrativo, sin embargo este Ministerio se encuentra evaluando la modificación del articulado del proyecto normativo, en cuanto a establecer la competencia para el desarrollo de los procesos de evaluación para procedimientos, precisando en el articulado, lo siguiente: 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.	
1434	1	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 3 Numeral 20	En la definición de valor máximo se anota "que es el valor menor entre el valor de referencia y el valor del recobro/cobro". El cálculo debería hacerse solamente con el valor de referencia (no con el menor de los dos)	Lo anterior significa que el valor utilizado para el cálculo de UMC de un mismo medicamento será diferente entre cada una de las EPS, dependiendo de su histórico de cobro/recobro, lo cual genera inequidad en el cálculo toda vez que por una misma tecnología a algunas EPS el vlor de referencia en tanto que a otras EPS se les estaría reconociendo un menor valor	Se considera que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados.  Reiteramos que el cálculo del IBNR se realiza para todo el sistema.	
1435	2	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 5 Literales A y B, inciso ii	El cálculo de las cantidades ajustadas para los presupuestos máximos de todas las EPS se hace considerando el comportamiento nacional del recobro/cobro. El cálculo debe hacerse individualmente para cada EPS.	No es cierto que todas las EPS (que cuentan con redes de prestación distintas) tengan el mismo comportamiento de rezago (IBNR) y por lo mismo el agregado nacional no representa el comportamiento particular de cada EPS y el ajuste puede sobreestimar o subestimar las cantidades ajustadas	Se considera que la construcción del panel de datos con base a los Q iniciales recoge el comportamiento general del crecimiento promedio del sistema en los años utilizados (2015, 2016, 2017 y 2018), toda vez que el porcentaje correspondiente al IBNR en cada vigencia es similar, por lo que no afecta en el cálculo del crecimiento anual promedio. Además, que se ha dejado un espacio de holgura, al comparar el año 2018 sin auditar con los anteriores ya auditados.  Reiteramos que el cálculo del IBNR se realiza para todo el sistema.	
1436	3	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 5 Literales A, inciso iii	La estimación de las tasas de crecimiento se calcula para los grupos que comparten la misma unidad de medida. El cálculo de la tendencia de crecimiento y de las cantidades delta debería realizarse para cada grupo relevante o agrupando tecnologías que comparten características epidemiológicas, demográficas y de uso por parte de los prescriptores.	La pendiente de crecimiento del uso de las tecnologías no PBS depende de variables como la transformación demográfica de la población, la evolución de las características epidemiológicas y las variaciones en el comportamiento de los prescriptores de dichas tecnologías. Al unificar el cálculo tomando como base las unidades de medida se estarían agrupando en una misma tendencia el comportamiento de tecnologías muy disímiles, que pueden tener tendencias particulares con base en las variables anteriormente descritas.	La metodología define para grupo relevante las variables por las cuales se conforman, como por ejemplo: unidad mínima de concentración, forma farmacéutica, presentación, categoría, principio activo, entre otras. La metodología se desarrolló en atención al artículo 240 de la Ley 1955 del 2019, utilizando la información disponible la cual es reportada por las EPS a la ADRES. Esta metodología es susceptible de cambio a futuro, contemplando nuevas fuentes de información, ajustes ex - post que incentiven el logro de resultados en salud e incluso la propuesta que usted realiza.	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1437	4	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 5 Literales A y B, inciso iv	Para la actualización de las cantidades iniciales al año 2020 se suma 2 veces el resultado de las cantidades delta. Las cantidades delta deben estimarse con datos más recientes considerando la tendencia de uso de la herramienta MIPRES y utilizando para su proyección las series que mejor representen su comportamiento.	No es cierto que el crecimiento en el uso de las tecnologías no PBS en los últimos 2 años tenga un comportamiento lineal de acuerdo con la tendencia del período de tiempo analizado (2015-2018).	La Ley 1955 del 2019, estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo a un presupuesto Techo o Presupuesto Máximo anual que les transfiera la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social. Dicho techo debe garantizar la provisión integral de los servicios de salud, pero al mismo tiempo permitir la racionalización de los recursos escasos del Sistema. En ese sentido, la metodología, entre otras cosas, tiene en cuenta el comportamiento observado del uso de los servicios, para evaluar dicho comportamiento, se utilizaron las prestaciones de los años 2015, 2016, 2017 y 2018. No obstante, los datos utilizados para el año 2018 corresponden a todos los recobros/cobros que realizaron las EPS y/o EOC sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura al compararlos con las vigencias anteriores que ya tienen dicha auditoría. De tal manera que se consideró apropiado el uso de la doble suma del Delta de manera aritmética en el cálculo del presupuesto máximo de 2020, con el propósito de mantener un crecimiento razonable que garantice el espíritu de racionalización de los recursos escasos. No obstante, se evaluará la pertinencia de usar un esquema de crecimiento compuesto para el cálculo del presupuesto máximo en mención.
1438	5	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 8	El ajuste del presupuesto máximo por traslado de usuarios se realiza con base en el per cápita de la EPS de origen. A este valor per cápita se le aplican los ponderadores de la estructura de costos de la UPC. Se propone que el cálculo de ajuste por traslado de usuarios corresponda al costo efectivo de las tecnologías no PBS del usuario que se traslada al momento de cambio de EPS.	No es cierto que la siniestralidad promedio en servicios no PBS de los usuarios que se trasladan sea igual a la de todos los usuarios de la EPS de origen. Existe evidencia suficiente que demuestra que los usuarios trasladados de EPS con problemas de desempeño tienen una mayor carga de siniestralidad. Tampoco es cierto que la siniestralidad de las tecnologías no PBS tenga una distribución por grupo de edad y género similar a las coberturas PBS y que los ponderadores de la UPC sean válidos para este cálculo.	El cálculo del per cápita de traslado por EPS se realizó según la metodología expuesta en el proyecto normativo. Se precisa que aplica para la totalidad de traslados que ocurran, sin importar el estado de salud que tengan en el momento del traslado y si usan o no tecnologías en salud no PB, por lo que no es procedente hacerlo por el valor de las tecnologías no PB que usa el usuario al momento del traslado.  Ahora bien, con respecto a los movimientos entre EPS se está contemplando que los presupuestos máximos calculados con la metodología descrita en el proyecto de resolución se ajustarán de forma ex - post considerando los traslados de las personas de la vigencia anterior a la aplicación de la vigencia de Presupuesto Máximo.  Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.
1439	6	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 9	Se propone entregar para su validación a cada EPS la nota técnica que soporta el cálculo del presupuesto máximo del anexo 6	Se debe validar por parte de cada EPS que las cantidades iniciales correspondan a las efectivamente recobradas, que las cantidades ajustadas y las cantidades delta reflejan efectivamente la evolución del comportamiento de los recobros de los últimos 2 años y que los precios utilizados para el cálculo de cada una de las tecnologías incluidas se encuentren dentro de las referencias de mercado del sistema y que puedan ser garantizadas por la cadena de valor.	Sobre su propuesta de entregar para su validación a cada EPS la nota técnica que soporta el cálculo del presupuesto máximo del anexo 6, se precisa que la información necesaria para replicar la metodología del modelo econométrico es pública la puede consultar en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> .
1440	7	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 9	Se propone entregar para su validación a cada EPS la nota técnica que soporta el cálculo del presupuesto máximo del anexo 6	Se debe validar por parte de cada EPS que las cantidades iniciales correspondan a las efectivamente recobradas, que las cantidades ajustadas y las cantidades delta reflejan efectivamente la evolución del comportamiento de los recobros de los últimos 2 años y que los precios utilizados para el cálculo de cada una de las tecnologías incluidas se encuentren dentro de las referencias de mercado del sistema y que puedan ser garantizadas por la cadena de valor.	Sobre su propuesta de entregar para su validación a cada EPS la nota técnica que soporta el cálculo del presupuesto máximo del anexo 6, se precisa que la información necesaria para replicar la metodología del modelo econométrico es pública la puede consultar en el siguiente enlace electrónico: <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx</a> .
1441	8	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 9	Se debe contemplar que el cálculo realizado para presupuestos máximos incluya la variable de crecimiento poblacional de cada EPS	En ningún lugar de la metodología se observa que los presupuestos máximos se ajusten al crecimiento poblacional de las EPS durante los últimos años lo cual indudablemente afecta su comportamiento. En el sistema de salud en Colombia existen EPS que en los últimos 2 años han crecido cerca de 1 millón de afiliados y otras que ha decrecido en más de 1 millón de usuarios (fuente BDUA) por tanto las estimaciones realizadas del presupuesto máximo con información del año 2018 quedan dramáticamente subestimadas o sobreestimadas según estos comportamientos.	Respecto a su solicitud de incluir el crecimiento poblacional de las EPS dentro de la metodología de presupuestos máximos, vale precisar que tal como lo plantea el Artículo 8 del proyecto de resolución, el Presupuesto Máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra, para el efecto, la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado por EPS mensual.  Es importante mencionar con respecto al traslado del presupuesto máximo en la vigencia corriente y los ajustes al mismo relacionados con el traslado de afiliados, que este Ministerio atendiendo las observaciones sobre el particular, prevé modificar el per cápita de traslado inicialmente propuesto, como el de la EPS origen, por un per cápita cuyo cálculo corresponda al promedio nacional.  Es relevante señalar que la fuente de información utilizada es la base de recobros/cobros de ADRES de los años 2015 al primer semestre de 2019. Para de los valores iniciales se parte de la cantidad recobrada en 2018 sin auditar, es decir que se incluyen todas las solicitudes, incluso las glosadas. Dado que históricamente se ha observado que un buen porcentaje de los recobros/cobros iniciales son glosados, se está dejando un espacio de holgura en dicho valor inicial, al cual se le adiciona el calcula el recobro tardío (IBNR), que tiene parte de la información de 2019, con el cual se ajusta el valor inicial y se conforma el denominado valor ajustado. Así mismo, se calcula el crecimiento promedio anual de las cantidades mediante técnicas econométricas de panel de datos con efectos fijos para cada grupo relevante. Dicho crecimiento anual se aplica para encontrar las cantidades para el año 2020. De tal manera, que el calculo de las cantidades contempla todos los aspectos a tener en cuenta, por lo que no se espera que se observen faltantes. De otro lado, estas cantidades se valoran a los precios máximos que serán reconocidos, los cuales en su mayoría ya están reglamentados y, que representan la verdadera racionalización del presupuesto que el Estado destina para cubrir los servicios no financiados con cargo a la UPC. Lo anterior implica que los usuarios recibirán los servicios que necesitan, sin barreras de acceso y que las EAPB deberán implementar una gestión que permita cumplir con los costos sugeridos. Al final se logrará una racionalización de los recursos, respetando las necesidades de los usuarios.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregu nta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1442	9	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 9	Se debe contemplar que el cálculo realizado para presupuestos máximos incluya la variable de crecimiento poblacional de cada EPS	<p>En ningún lugar de la metodología se observa que los presupuestos máximos se ajusten al crecimiento poblacional de las EPS durante los últimos años lo cual indudablemente afecta su comportamiento. En el sistema de salud en Colombia existen EPS que en los últimos 2 años han crecido cerca de 1 millón de afiliados y otras que ha decrecido en más de 1 millón de usuarios (fuente BDUA) por tanto las estimaciones realizadas del presupuesto máximo con información del año 2018 quedan dramáticamente subestimadas o sobreestimadas según estos comportamientos.</p>	<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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” .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p>
1443	10	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 11	Excepcionalmente podrán ser beneficiarios de las cuentas maestras las personas que en virtud a una orden judicial se les deba reconocer directamente sumas de dinero por concepto de prestación de tecnoogías no financiadas con recursos de de UPC	<p>Se solicita aclarar si esta excepción obedece al contexto de lo reconocido a un usuario ante solicitudes de reembolsos de servicios NO PBS. Si no es en este contexto, a que otras situaciones obedece esa posibilidad?</p>	<p>Respecto a sus inquietudes planteadas al Artículo 11. Beneficiarios cuentas maestras del Presupuesto Máximo, particularmente sobre la posibilidad excepcional de cuentas maestras a personas naturales, se determinó eliminar tanto el artículo 10 como el artículo 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.</p> <p>No obstante, vale señalar que el proyecto de resolución contempla tales medidas en el Artículo 40. Seguimiento, Control y Monitorio de los Recursos. A partir de las cuales 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</p>
1444	11	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 13 Numeral 1	Menciona que para que no se presente la superación del presupuesto máximo las EPS además deberán realizar los ajustes a los valores de referencia. En caso de que haya riesgo de superar el presupuesto máximo la ADRES debe ajustar el valor del mismo.	<p>Definir los valores de las referencia no es una competencia de las EPS sino de las entidades del Estado responsables.</p>	<p>El propósito del presente proyecto normativo consiste en establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud no cubiertas por la UPC. Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivo e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente. La gestión de los recursos asignados e implementar estrategias en función de la optimización de los mismos, por parte de las EPS, de ninguna manera corresponde con acciones inconstitucionales ni excede las funciones propias de las EPS</p>
1445	12	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 18 Numeral 1	Se debe dar claridad sobre el establecimiento de precios de los medicamentos que tengan la característica de cobertura condicionada o parcial por financiación vía UPC, ejemplo adalimumab.	<p>Tener dos precios de referencia para los mercados relevantes puede generar distorsiones de mercado y problemas de gestión del mismo por parte de los aseguradores y la cadena de suministro.</p>	<p>En primer lugar es importante mencionar que las Resoluciones 243 y 738 de 2019 y las Resoluciones 1019 y 3078 de 2019, no tienen como alcance regular precios de medicamentos, sino el reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES por la prestación de servicios y tecnologías no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC. Se resalta también que esta medida no se constituye per se en una regulación de precios, en tanto que para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene incluida toda la cadena agregada de valor del medicamento, es decir valores adicionales correspondientes a la distribución, dispensación, logística, gastos de administración y contempla los diferentes tipos de contratación entre los agentes.</p> <p>Teniendo en cuenta lo anterior, los valores reportados en el Anexo 3 del Proyecto de Resolución son base de cálculo para el cálculo del Presupuesto Máximo y no una regulación de precios como se mencionó anteriormente</p> <p>Ahora bien se precisa que en cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1446	13	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 18 Numeral 2	Los comparadores terapéuticos tambien deben poder establecerse con los que se tienen ya incluidos dentro del PBS via financiación UPC	Tener la opción de incluir comparadores terapéuticos que ya tengo en PBS permite ser eficientes en la gestión de tecnologías en el SGS55	El inciso 2 del artículo 18 del Proyecto de Resolución hace referencia a que los medicamentos que no se encuentren en normas farmacológicas deben demostrar superioridad terapéutica o clínica respecto a otro ya incluido en el Presupuesto máximo teniendo en cuenta que si se llegara a comparar con un medicamento ya financiado con recursos de la UPC y en efecto fueran comparables, se estaría asegurando que el valor de este nuevo medicamento estaría contemplado dentro de la UPC cuando esto en realidad no es así. En conclusión debería ser comparado con medicamentos ya incluidos en el presupuesto máximo teniendo en cuenta que los recursos de este nuevo medicamento harían parte de esta bolsa de financiación
1447	14	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 18 Paragrafo 5	Se debe mejorar la redacción del apartado. Se propone que para tecnologías en salud que el IETS considere que su valor terapéutico sea inferior o igual a las tecnologías que ya estan financiadas por presupuestos máximos y UPC se deberán someter a proceso de exclusiones de tecnologías según lo expuesto por la resolución 330 de 2017. Corregir que no es "superioridad" sino su "inferioridad"	El valor terapéutico de las tecnologías es relevante para garantizar la sostenibilidad del sistema. Por lo tanto tener tecnologías que no aportan valor a la gestión del riesgo y de salud de las personas no tiene sustento. Por lo tanto, se propone el mecanismo de exclusiones para este tipo de tecnologías	Se tiene en cuenta la observación realizada para lo cual se suprime del parágrafo 5 la expresión: "sin importar su superioridad". Además se incluyó el parágrafo 6 con el siguiente texto: Si un medicamento es definido como inferior se someterá al procedimiento de exclusiones de que trata el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y la Resolución 330 de 2017 o la que modifique o sustituya.
1448	15	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 19. Literal 1	Medicamentos vitales no disponibles que tienen un valor de referencia	Es necesario que se defina un procedimiento claro de ajuste de presupuestos máximos cuando alguna de las entidades responsables defina un valor de referencia para una tecnología que antes no lo tenía. Este ajuste debe incluirse como una nota técnica dentro del cálculo.	Prevé el proyecto normativo que se financiarán con presupuestos máximos los medicamentos vitales no disponibles que tengan definido valor de referencia, bajo los lineamientos generales del artículo 18 (haciendo la claridad de que las excepciones son las mencionadas en el artículo 19 y no en el artículo 20, texto que se corrige). Los restantes, que no sean financiados por UPC ni sean explícitamente excluidos, serán financiados por recobro/cobro, hasta tanto se concluyan los análisis para definir la inclusión en la financiación con presupuestos máximos
1449	16	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 19. Literal 1	Medicamentos vitales no disponibles que tienen un valor de referencia	Según la resolución, estos medicamentos entran en presupuestos máximos, pero hay algunos casos que debido a que el paciente ha hecho un evento adverso o no han controlado su enfermedad al medicamento comercializado en Colombia , se adquiere como medicamento de urgencia médica como importado ante INVIMA, toda vez que existen presentaciones diferentes, por tantono deben ser considerados. Estos casos entrarían al techo? Por ejemplo la Hidrocortisona con referencia comercial CORTEF.	No se considera procedente la observación realizada toda vez que las diferentes presentaciones que se den de un medicamento a nivel mundial quedan incluidos en el grupo relevante por tener el mismo principio activo y forma farmacéutica, según la definición de grupo relevante establecida en la Resolución 243 de 2019; en caso de referirse a formas farmacéuticas diferentes y no contar con VMR no se financian con cargo al Presupuesto máximo.
1450	17	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 19. Literal 4	Medicamentos que se incluyan en normas farmacológicas y no tengan alternativa terapeutica respecto a los existentes en el país que no son financiados con cargo al Presupuesto máximo	Favor aclarar si estos medicamentos se refieren a los importados.	Se aclara que las alternativas terapéuticas son fármacos químicamente distintos del fármaco prescrito (usado), pero con el mismo efecto clínico, y el numeral 4 del artículo 19 hace referencia a todas las alternativas terapéuticas de los medicamentos autorizados para su comercialización en Colombia
1451	18	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 19. Literal 6	APME que no cumplen lo descrito en el parágrafo 3 del artículo 22	Se observa que no hay parágrafo 3 en el artículo 22.	En la descripción del literal vi del artículo 19 existió un error ya que se quiso hacer referencia al parágrafo 3 del artículo 21, que precisa: "Parágrafo 3. El APME no financiado con cargo a la UPC 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, 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".  Tal error es subsanado.
1452	19	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 19 literal 7	Procedimientos nuevos en el País	No es claro que significa procedimientos nuevos en el país. Se sugiere que se describa como procedimientos no codificados en la CUPS. Quién va a determinar que son nuevos?	Los procedimientos nuevos en el país, son aquellos que llegan al país y no se encuentran descritos en la CUPS, por lo cual deben surtir el procedimiento para la actualización de la CUP. Se complementa que aplicará una evaluación de tecnología que realizará IETS.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1453	20	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 19 literal 8	Servicios complementarios no asociados a una condición de salud y que no sean prescritos por un profesional de la salud autorizado que no están financiados con cargo al presupuesto máximo	Se debe determinar el detalle de estos servicios complementarios. Puede utilizarse el detalle servicios complementarios que están descritos en el módulo de tutelas de MIPRES. Por ejemplo como saber si un INSUMO DE COMUNICACIÓN ASISTIDA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD que es ordenado por un profesional de la salud y cuya finalidad no es mejorar la salud sino la comunicación de un individuo es o no es un servicio complementario financiado con cargo al presupuesto máximo. Que pasa con los fitoterapeuticos, homeopáticos, procedimientos de medicina alternativa no codificados en la CUPS que son ordenados por profesionales de la salud y están asociados a la condición de salud de un usuario? Serían excluidos por ser experimentales?	Se aclara que el objeto del presente acto normativo no representa cobertura ni fijación de precios. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la Ley 1966 de 2019.  Adicionalmente los artículos 18 y 19 del presente acto administrativo definen los criterios para analizar que tecnologías en salud están financiadas por presupuestos máximos y cuáles no. Entonces, en el Presupuesto Máximo que gestiona cada EPS están inmersos todos y cada uno de los medicamentos, APME, Procedimientos y Servicios Complementarios asociados a una condición de salud que no se financian con cargo a la UPC según corresponda, con excepción hecha de lo descrito en el artículo 19.
1454	21	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 20	Tecnologías excluidas explícitamente de la financiación con recursos públicos asignados a la salud cuyo reconocimiento y pago se efectuará en los términos establecidos de la Resolución 1885	Se debe aclarar si esas tecnologías se refieren a las que cumplan con alguno de los criterios de lo estipulado en el Artículo 9 y Artículo 15 Ley Estatutaria No. 1751 del 16 de febrero de 2015; a las tecnologías enlistadas en la Resolución 244 de 2019 y a las normas posteriores que la sustituyan o modifiquen	Atendiendo lo observado el Minsiterio ajusto el texto en el sentido de que bajo el principio de integralidad de la atención los servicios y tecnologías no financiados con UPC ni con recursos de presupuestos máximos serán reconocidos y pagados según lineamientos que adopte ADRES. Lo anterior no modifica las disposiciones actuales respecto de los servicios y tecnologías explícitamente excluidos de financiación con recursos de salud.
1455	22	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 20	Es importante incluir un párrafo que establezca reglas a los operadores logísticos y a la cadena de valor sobre la obligación que tienen de gestionar su operación y su estructura de costos para garantizar el cumplimiento del VMR y por lo tanto de los presupuestos máximos. Así mismo, garantizar el abastecimiento de las moléculas propuestas para este proceso de regulación y la dispensación.	Parte de la gestión de los presupuestos máximos se basan en la garantía del acceso e integralidad. Sin embargo, en las experiencias previas de regulación hemos tenido problemas de abastecimiento de medicamentos debido a que el fabricante desabastece por un tiempo las moléculas, por lo tanto, se requiere que dentro de la norma se establezcan reglas sobre gestión farmacéutica de todos los actores de la cadena.	Se reitera que el presente proyecto normativo no es una regulación de precios, ni establece VMR, son valores de referencia para efectos de cálculo de Presupuesto Máximo de una EPS; así mismo se informa que el valor resultante obedece a la aplicación de la metodología establecida. Tampoco, el propósito de la presente proyecto normativo, es el de regular el mercado. No se acepta la inclusión del párrafo. Es del ámbito de la gestión eficiente de la EPS, las relaciones contractuales y las condiciones que pacte con toda la red de servicios y proveedores.
1456	23	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 21 párrafo 1	Se debe publicar la lista de medicamentos que se consideran medicamentos de estrecho margen terapéutico debido a que de esto depende la gestión específica que se deba hacer para estos grupos terapéuticos. Hasta el momento se propone que sea la propuesta por INVIMA y sea actualizada a vigencia 2019	Estos grupos farmacológicos requieren una gestión farmacológica y clínica diferencial al resto de grupos farmacológicos, por lo tanto, se debe incluir explícitamente los medicamentos con esta característica.	El Párrafo 1 del Proyecto de Resolución menciona: "Párrafo 1. 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."  Teniendo en cuenta lo anterior, el Párrafo es claro en que este listado está definido por el INVIMA y es dicha entidad quien tiene la potestad de su actualización según su criterio, por tanto para la consulta del respectivo listado, se sugiere respetuosamente se consulte la página web del INVIMA. Al realizar la respectiva revisión se evidencia que el último listado corresponde a octubre de 2018 y puede ser consultado en el siguiente link: <a href="https://www.invima.gov.co/documents/20143/1232250/Medicamentos-de-Estrecho-margen.pdf/a3e0412a-71ea-3a2c-e66a-dc945bfa49ea?t=1560783097140">https://www.invima.gov.co/documents/20143/1232250/Medicamentos-de-Estrecho-margen.pdf/a3e0412a-71ea-3a2c-e66a-dc945bfa49ea?t=1560783097140</a> .
1457	24	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 21 párrafo 2	Se debe incluir la posibilidad de uso de evaluaciones de tecnología realizadas por el IETS o institucionales que sigan los lineamientos del IETS y que sean avaladas por esta institución. Así mismo, se debe garantizar la actualización de las Guías de Atención Integral y Guías de Práctica Clínica nacionales para gestionar adecuadamente el presupuesto máximo.	Los tiempos de generación de evidencia científica a nivel nacional no son acordes a los tiempos de innovación. Por lo tanto, el desarrollo de las ETES tanto del IETS como institucionales pueden ser una herramienta útil para disminuir esta brecha, siguiendo los supuestos metodológicos de la agencia de tecnología del país.	El párrafo 2 no limita el uso de evaluaciones de tecnologías realizadas por el IETS que resulten orientadoras para la prescripción médica, por el contrario, describe lo siguiente: "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"; por lo que no se acoge la solicitud.  En consideración a la dinámica del desarrollo del conocimiento científico y la imposibilidad de que el Ministerio pueda disponer de la totalidad de GPC o GAI permanentemente actualizadas, el texto del párrafo incluye la descripción: "en lo posible y según criterio del médico tratante". Se considera fundamental tener en cuenta los procesos de autorregulación que definan las asociaciones o agremiaciones colectivas de profesionales de salud
1458	25	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 21 párrafo 2	Se deben incluir otras estrategias de gestión de la prescripción, por ejemplo vías clínicas, guías cortas y guías rápidas, uso de herramientas de soporte de la decisión clínica	Esto me permite gestionar efectivamente el número de prescripciones que no se deben realizar en el periodo de tiempo 2020	En el mismo sentido de la respuesta del interrogante anterior, el párrafo 2 del artículo 21 no limita de ninguna manera el uso de guías cortas o rápidas diferentes a las emitidas por éste Ministerio. Lo que si se debe tener en cuenta es que las entidades adoptaran guías basadas en evidencia nacional o internacional.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1459	26	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Articulo 23 parágrafo 1	Debe ser explicita la regla de UPC para que sea coherente con lo establecido en la gestión del PBS	Permite conocer que medicamentos cumplen dicha regla y no optar por decisiones administrativas que pueden comprometer la adecuada financiación y por lo tanto el acceso efectivo a los tratamientos farmacológicos	No se acepta la observación pues no es del alcance del presente acto administrativo reiterar los lineamientos normativos para financiación con recursos UPC. Lo anterior no se predica del derecho vía UPC, no puede entonces predicarse de la iniciativa del artículo 240; pues se están equiparando el estado de las cosas a las condiciones de la UPC.  De ninguna manera se acepta que las condiciones para financiaión de combinaciones de dosis fija, según lo expresa el artículo 23 del presente acto administrativo, se constituya en una condición que limite las decisiones administrativas de esa EPS y pueda comprometer la financiación y esto redunde en limitaciones al acceso efectivo a los tratamientos farmacológicos.  Por el contrario, la presente iniciativa consiste, en establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivos e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y se profundiza la atención integral del paciente.  Es propio de cada EPS analizar cada caso específico que corresponda con prescripciones de CDF con moléculas nuevas que ingresen al país, para definir, entre otros, la financiación que le corresponde.
1460	27	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Articulo 23 parágrafo 1	Se debe incluir un parágrafo que explique en el caso que el medicamento de combinaciones a dosis fija no esté con valor máximo de recobro sino con PRI como se estipulara la UMC, dado que en las circulares de regulación de precios no es explícito este apartado y se hace imposible el calculo de UMC y por consiguiente del valor de referencia para presupuestos máximos	Tener claridad el método y los supuestos del calculo de la UMC para este tipo de medicamentos	Para la información correspondiente a medicamentos en combinaciones de dosis fija se entenderán financiados con cargo a presupuesto máximo o con recursos de UPC según cumplan los requisitos para la financiación por uno u otro mecanismo. No se acepta la inclusión del parágrafo propuesto.  Si el medicamento hace parte del anexo de valores de referencia (anexo 3), aparece descrito el principio activo base de cálculo que da cuenta de la concentración a considerar para efectos de establecer la UMC. Para este tipo de combinaciones en medicamentos con presentaciones reguladas por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM se debe consultar los anexos publicados para cada circular por la Comisión. Ante cualquier duda frente a combinaciones reguladas, la consulta debe elevarse ante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos – CNPMDM
1461	28	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Articulo 26	Se debe incluir un parágrafo que contemple medidas correctivas y sancionatorias con referente al desabastecimiento no justificado que existan de las moléculas incluidas en este proceso regulatorio.	Permite garantizar el acceso e integridad efectiva de los medicamentos y tecnologías en salud incluidas en esta resolución	No es del alcance del presente proyecto normativo generar lineamientos respecto del desabastecimiento no justificado de tecnologías en salud. No se acoge la solicitud de incluir el parágrafo.
1462	29	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Articulo 26	Se propone incluir propuesta de porcentajes de intermediación máximos de la cadena de suministro para garantizar la gestión de los valores maximo de reconocimiento y por lo tanto de los presupuestos máximos. Se propone incluir una intermediación maxima del 12% sobre la utilidad neta para todas las transacciones realizadas con las moléculas, procedimientos y dispositivos incluidos en esta resolución	Permite gestionar eficientemente la cadena de suministro y el cumplimiento de los presupuestos maximos propuestos en esta resolución	Se precisa que para el cálculo de Presupuesto Máximo en el Régimen Contributivo se tomó como insumo la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019 remitida por la ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social, por lo tanto esta medida no se constituye per se en una regulación de precios por cuanto para el cálculo de dichos valores se tiene en cuenta el valor de la factura presentada por las entidades recobrantes a la ADRES, ítem que contiene toda la cadena agregada de valor del medicamento, es decir valores adicionales correspondientes a la distribución, dispensación, logística, gastos de administración y contempla los diferentes tipos de contratación entre los agentes. Los valores reportados a la ADRES en el periodo de estudio contemplan todas las variables como producción, envase, transporte, comercialización y dispensación final por tanto estas variables ya se encuentran consideradas dentro del valor del cálculo.  No se acoge la propuesta toda vez que el presente proyecto normativo tampoco tiene alcance para regular las relaciones contractuales entre los agentes. ☹
1463	30	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Artículo 44	Servicios Sociales complementarios incluidos en la financiación con cargo al presupuesto máximo de conformidad a la tabla de referencia de la herramienta MIPRES	Favor aclarar si estos servicios complementarios incluyen los servicios complementarios de Tutela. Se debe indicar cuáles servicios complementarios están incluidos y cuales no.	Los servicios incluyen los servicios complementarios otorgados según acción de tutela. Todos los servicios presentes en la base de datos de la ADRES de recobros/cobros fueron tenidos en cuenta para el cálculo de los presupuestos máximos.  Se aclara que el objeto del presente acto normativo no representa cobertura ni fijación de precios. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019.  En este sentido, el no incluir todos los servicios efectivamente cobrados/recobrados solo puede disminuir el valor calculado de los presupuestos máximos afectando el presupuesto disponible para los servicios que la EPS deba prestar.



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1464	31	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 1 Modelo estimado	Se adjunta documento anexo titulado "Análisis metodológico de presupuestos máximos - EPS Sanitas"	Observaciones del análisis econométrico con las observaciones por parte del equipo técnico frente a metodología utilizada en las estimaciones del cálculo	<p>RESPUESTA AL DOCUMENTO TÉCNICO REVISIÓN METODOLÓGICA Y CONCEPTUAL DEL PROYECTO DE RESOLUCIÓN PRESENTADO POR SANITAS</p> <p>Introducción</p> <p>Como es de su conocimiento el Congreso a través de la Ley 1955 de 2019, en su artículo 240, propuso establecer un presupuesto prospectivo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar los mecanismos colectivos e individual se fortalecerá la gestión de la EPS y profundiza la atención integral del paciente.</p> <p>Cumpliendo el mandato del Legislativo el Ministerio de Salud y Protección social (MSPS) ha propuesto un proyecto de resolución que desarrolla el espíritu del legislador. El eje central de dicha propuesta es un presupuesto prospectivo que determina un presupuesto máximo al año para financiar los servicios no financiados con cargo a los recursos de la UPC (No UPC) para cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), tanto del régimen contributivo, como subsidiado.</p> <p>El presupuesto prospectivo es un ejercicio de programación presupuestal que por su metodología e insumos garantiza la equidad, la suficiencia y racionalización de los recursos; al mismo tiempo, que es representativo e incluye todos los riesgos en salud y los perfiles epidemiológicos que administra cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Lo anterior al considerar cada uno de los siguientes elementos: i) los Valores Máximos de Recobro/cobro –VMR (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas y decisiones judiciales, vi) en procedimientos en salud los valores recobrados por persona, y vi) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas no han sido observadas).</p> <p>De tal manera, que el desarrollo metodológico ha sido construido teniendo en cuenta cada uno de los aspectos necesarios, con el uso de metodologías robustas y rigurosas que garantizan la racionalización de los recursos escasos del Estado, al mismo tiempo que se garantiza el derecho a los servicios de salud de los usuarios y se le dan instrumentos a las EAPB para la gestión integral de sus afiliados.</p> <p>En ese contexto, las apreciaciones, sugerencias y puntos de vista que ustedes aportan en el “Documento Técnico: Revisión Metodológica y Conceptual del proyecto de resolución” son muy relevantes y valiosos, y permiten precisar y aclarar muchos aspectos de la metodología que no quedaron claros en el proyecto de resolución o que no se interpretaron como deben ser.</p> <p>Para dar respuesta y claridad a lo expuesto en tal documento, se seguirán los mismos bloques de comentarios propuestos por ustedes: 1. comentarios relacionados con la consistencia matemática y estadística de la metodología y 2. sugerencias sobre modificaciones a la metodología y sobre posibles fallas del mercado que, para ustedes, la nueva reglamentación podría introducirle al funcionamiento del Sistema.</p> <p>Aspectos relacionados con la consistencia matemática y estadística</p> <p>El aseguramiento en salud de la población colombiana es uno de los objetivos más relevantes de las políticas públicas. Al igual que en la mayoría de los países en el mundo, se enfrenta el gran reto de conciliar las necesidades de atención en salud centrada en el paciente, que garanticen una atención adecuada y de calidad, al mismo tiempo que se hace el mejor uso de los recursos escasos del Estado para el financiamiento del Sistema.</p> <p>Uno de los eslabones de nuestro sistema de salud, en donde mejor se palpa este reto, es en el de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC. Es por esa razón que el Legislador promulgó la necesidad de hacer compatible una adecuada atención en los servicios y tecnologías No UPC, con una racionalización de los recursos que la Nación viene destinando para financiarlos. Dado que, como se menciona en el documento presentado por ustedes, los recursos son de una magnitud tan importante, que con lo que se destina al año se podría construir una línea del sistema Transmilenio como la de la carrera 68. Y es en el marco de la importancia de esta política, que este Ministerio desarrolló la metodología que se plasmó en la propuesta de resolución. La cual, como se mencionó, consiste en un ejercicio de programación presupuestal riguroso técnicamente y que por su metodología e insumos garantiza la equidad, la suficiencia y racionalización de los recursos; al mismo tiempo, que es representativo e incluye todos los riesgos en salud y los perfiles epidemiológicos que administra cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.</p> <p>Así las cosas, se presentan las precisiones sobre los aspectos relacionados con la consistencia matemática y estadística de la metodología, aclarando las dudas que ustedes manifestaron en su documento.</p>
1465	32	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 3 Listado de los valores de referencia	Las unidades mínimas de concentración de algunos medicamentos de la resolución son diferentes a los propuestos por el INVIMA (ver anexo). Se solicita revisar y estandarizar de acuerdo a lo estipulado por el ente de control	Esto permite homologar las UMC acorde a lo estipulado por los dos entes de control y puede evitar diferencias en los cálculos de las UMC y por lo tanto de los presupuestos máximos.	No se considera procedente su observación teniendo en cuenta que para el cálculo del valor de referencia se establecieron un único valor por Unidad Mínima de Concentración-UMC, donde se emplearon medidas estadísticas simples de tendencia central y de posición de la distribución de los valores observados de modo que no se reconocieran diferencias por presentaciones comerciales, distintas concentraciones o nombres comerciales; no obstante. para los medicamentos cuya presentación sea en combinación de dosis fijas se establecerá un valor por Unidad Mínima de Dispensación-UMD, (ej. Tableta).
1466	33	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 3 Medicamentos	Cifras de cálculo de los medicamentos que no se encuentran incluidos en la resolución de VMR (valores máximos de recobro)	Se debe aclarar la fuente oficial de precio de referencia que se toma para el cálculo del monto de presupuesto máximo para los medicamentos no PBS que cumplen característica de estar incluidos en el mismo. Se debe explicitar cuál es la fuente oficial y la entidad y/o departamento responsable de la respectiva actualización y la frecuencia de actualización; toda vez que se encontraron medicamentos no incluidos en la resolución de valores máximo de recobros, en donde no se aclara la fuente de referenciación de precio que es base del cálculo para el presupuesto máximo y el método del cálculo usado para esto.	<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas, se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR), los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados, vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional, eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p> <p>El cálculo de los Presupuestos Máximos de la vigencia de 2020 se realiza para el Régimen Contributivo con la información reportada por parte de La ADRES al Ministerio de Salud y Protección Social. La información que reporta La ADRES corresponde a las Bases de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019.</p> <p>En cuanto al Régimen Subsidiado, los Presupuestos Máximos se calcularon 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 tutelas del régimen subsidiado que hace La ADRES a este ministerio.</p> <p>La fuente que se toma como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrados en otras palabras los suministrados.</p> <p>Es preciso señalar que la información es suficiente válida y que sirve para aplicar la metodología propuesta en el proyecto de resolución pues las bases de datos muestran que al sexto mes de prestado el servicio se recupera (radica) cerca del 97% del valor respectivo, lo anterior quiere decir los cálculos no arrojarían un valor muy por debajo de la realidad son Precisos, válidos y suficientes.</p> <p>A la letra dice: “... los cálculos se realicen desde los servicios ordenados en estos años de referencia”</p> <p>Finalmente, le informamos que esta publicada la base de claculo de Valores de referencia de 121 grupos relaevantes para medicamentos, base de datos que no fue publicada en las consultas previas de VMR, y se encuentran en el siguiente</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1467	34	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 3 Medicamentos	Numeral 451. CLORHEXIDINA Jabon	Este medicamento según concepto dado por el MPS radicado 201534101378881 del 8 de agosto de 2015, por la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento (OLUNDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ) es PBS. Aun así está incluido el listado de valor máximo de recobro. Favor aclarar.	Actualmente la Resolución "Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capilación (UPC)" es la No. 3512 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de la cual no se encuentra el medicamento CLORHEXIDINA con forma farmacéutica de JABÓN. Por lo anterior existe un Grupo Relevante que se encuentra clasificado con VMR en la Resolución 3078 de 2019.
1468	35	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 3 Medicamentos	292 BUSULFAN Tableta o cápsula mg \$ 53,985,92 BUSULFAN VND 724 HIDROCORTISONA Tableta o cápsula mg \$ 301,76 HIDROCORTISONA IMPORTADO 988 PENTOSANO POLISULFATO DE SODIO Tableta o cápsula mg \$ 195,66 PENTOSANO POLISULFATO DE SODIO IMPORTADO	Se identificaron en el anexo 1 del proyecto de resolución que se han incluido dos medicamentos importados y un medicamento con característica de vital no disponible, consideramos que no es pertinente incluir dentro del mecanismo de regulación basada en presupuestos máximos dichos medicamentos debido a que en la actualidad estos medicamentos comparten características de abastecimiento en tiempos y disponibilidad de tratamientos extremadamente limitadas. Al colocar un techo, consideramos que se coloca en riesgo aún más esta disponibilidad y oportunidad de estos tratamientos para las personas que lo necesitan comprometiendo el principio de integralidad establecido por la ley estatutaria de salud	En primer lugar se aclara que la Resolución no es una regulación de precios, ni establece VMR, son valores de referencia de medicamentos para efectos de cálculo de Presupuesto Máximo de una EPS; así mismo se informa que el valor resultante obedece a la aplicación de la metodología establecida y que fue publicada para presentación de observaciones por la población en general.
1469	36	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 4 APME	Aspectos generales de la clasificación de éste tipo de tecnología y la determinación de sus valores de referencia.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los grupos relevantes para APME no contemplan variables nutricionales como aporte de macro y micronutrientes, únicamente tiene en cuenta estado de hidrólisis de la proteína y densidad calórica de los productos.</li><li>• No se especifica el rango de calorías que debe tener una fórmula para contemplarse como hipercalórica (conocemos que es 1,5kcal/ml siendo este un corte muy alto ya que a partir de 1,2 kcal/ml según las guías se considera que un producto es hipercalórico).</li><li>• La densidad calórica de las fórmulas pediátricas debería tener una clasificación totalmente diferente a las fórmulas de adultos puesto que en lactantes se considera hipercalórico desde 1 Kcal/mL.</li><li>• Se debería contemplar también si las fórmulas son normo o hiperproteicas pues esto no solo genera mayor impacto en los resultados clínicos de los pacientes, sino también en el costo del producto completo.</li><li>• La metodología desconoce aspectos de calidad nutricional cuantitativos y cualitativos.</li><li>• La agrupación no contempla usos de los productos, indicaciones patológicas o especificidades de composición nutricional.</li><li>• La clasificación contemplada no permite generar modelos de gestión integral por patología específica al desconocer la especificidad de un producto y las condiciones que debe cumplir para el manejo de una enfermedad especial. Además, la clasificación impide el desarrollo de nuevos productos con un mayor desarrollo tecnológico al tener que</li></ul>	<p>En el proyecto de resolución en comento se define Grupo relevante de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales- APME como el conjunto de alimentos para propósito medico 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.</p> <p>Es así que para la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias 2015, 2016 y 2017, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.</p> <p>Este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME.</p> <p>Somos conocedores de la importancia que tienen los alimentos para propósito médico especial en el tratamiento de la enfermedad, especialmente cuando el manejo nutricional no puede atenderse únicamente modificando la alimentación convencional, claramente cada producto es diferente, tiene aportes nutricionales de macro y micronutrientes diferentes, y es por eso que con este ejercicio no se pretende comparar si un producto es mejor o igual que otro, simplemente, se han agrupado de acuerdo a sus principales características nutricionales.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1470	37	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	ID 21 ADMINISTRACIÓN PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS	El valor de referencia de \$82.808 no corresponde al valor promedio recobrado por este servicio el cual oscila entre \$280.000 y 320.000 aproximadamente. Es importante considerar que las pruebas están conformadas por instrumentos o escalas de evaluación. Una prueba neuropsicológica puede estar conformada por la aplicación de 20 a 30 escalas o instrumentos. Por ello es importante aclarar, cual fue el concepto que se valorizó, ya que lo que debe llevarse al valor de referencia es el valor de la prueba y no el valor de la escala o	Por construcción y según las definiciones del presente proyecto normativo el valor de referencia no es el valor promedio de los servicios ya que corresponde al percentil 25. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019.
1471	38	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	Los numerales 25 a 29 descritos como OTROS	Estos numerales deben tener detalladas las tecnologías que incluyen.	Se aclara que el objeto del presente acto normativo no representa cobertura ni fijación de precios. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019. En este sentido, el no incluir todos los servicios efectivamente cobrados/recobrados solo puede disminuir el valor calculado de los presupuestos máximos afectando el presupuesto disponible para los servicios que la EPS deba prestar.
1472	39	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	El ID 297, 298 y 299 descritos como OTROS	Estos numerales deben tener detalladas las tecnologías que incluyen.	Se aclara que el objeto del presente acto normativo no representa cobertura ni fijación de precios. En el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019. En este sentido, el no incluir todos los servicios efectivamente cobrados/recobrados solo puede disminuir el valor calculado de los presupuestos máximos afectando el presupuesto disponible para los servicios que la EPS deba prestar.
1473	40	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	Numerales 140 hasta el 146. Estudios de genética molecular	Favor aclarar si el valor considerado como máximo es por generación o es el valor total de la prueba independientemente del No. de genes. Por ejemplo Oncotype.	La información analizada es reflejo de los servicios efectivamente cobrados/recobrados y por lo tanto representan el verdadero uso del sistema. La información analizada contiene los valores que según las facturas reportadas por las EPS a la ADRES contienen ese procedimiento. El presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. Los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019.
1474	41	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	ID 185. Procedimientos como la GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO, ID. 316 PLASTIA DE REGION INTERCILIAR, como ejemplos	Se debe aclarar por que estos procedimientos están incluidos en techos si se tratan de procedimientos estéticos.	La fuente que se tomo como base para los cálculos define el punto de partida y los respectivos ajustadores provienen del reporte que los agentes recobrantes realizan a los entes pagadores, ello materializado en las bases de datos de los efectivamente recobrados en otras palabras los suministrado, tales bases de datos incluyen la información correspondiente a servicios y tecnologías en salud suministradas con ocasión del cumplimiento de fallos de tutela.
1475	42	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	Valor de referencia de los servicios ID 205 209604 IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA \$ 12.360.401,32 206 209605 IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE OIDO MEDIO \$ 583.904,19	Se debe revisar el valor de referencia de estos servicios ya que los costos reportados no cumplen ni siquiera con un kit de actualización	Con respecto a los códigos CUPS 209604 y 209605 que el valor de referencia corresponde al primer cuartil de la distribución observada de los valores unitarios reportados en la base de datos de recobros/cobros. Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales. La metodología para el cálculo de los valores de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Cabe señalar que el valor de la unidad que se publica es el valor de referencia para efectos del cálculo de los presupuestos máximos, por lo que no aplica el planteamiento respecto de aclarar el anexo 5, el artículo 3, el artículo 6 o el artículo 18, planteados en su escrito.
1476	43	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	ID. 860 PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA ALTERNATIVA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS COMPLEMENTARIAS	Se debe expresar este ID en términos de CUPS ya que solo están codificados los siguientes procedimientos 999200 TERAPIA DE FILTROS SOD, 999301 ACUPUNTURA, 999401 NEURALTERAPIA SUPERFICIAL (INFILTRACION) y 999402 NEURALTERAPIA PROFUNDA (INFILTRACION) y todos son PBS. En tal sentido, entonces a que tipo de procedimientos corresponde este numeral. Ha de suponerse que lo no codificado es por que en su gran mayoría es exclusión por ser experimental	Se acepta. En el anexo 3 se describe en términos de subgrupo CUPS 999 PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS, la cual comprende tres categorías así: 9992 TERAPIA DE FILTROS 9993 PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA 9994 PROCEDIMIENTOS NEURALTERAPEUTICOS Las cuales se encuentran financiadas con los recursos de la UPC, por lo cual no sería procedente un valor de referencia de este subgrupo en presupuestos máximos.
1477	44	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Procedimientos y servicios sociales complementarios	ID 890 PROCEDIMIENTOS DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, ID 24 PROCEDIMIENTOS EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEÓLOS (TERAPIA PERIODONTAL), ID 45 PROCEDIMIENTOS EN INTESTINO	Se deben expresar estos ID en términos de CUPS para saber que es lo que contienen y saber su valor de referencia de manera individual.	La diferencia de valores se obtiene directamente de la información de la base con el histórico de reporte a la ADRES de recobros/cobros de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, estos valores fueron presentados por las EPS con descripciones de los CUPS que pudieron corresponder a los códigos CUPS de 4 o de 6 dígitos. Para el cálculo del primer cuartil de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recobradas, se consideró cada código CUPS obtenido del reporte, es decir el procedimientos registrados con los códigos de menos de seis dígitos no están agrupando a los demás procedimientos no especificados en la resolución, si no que corresponden a registros que por la descripción o el código del procedimiento no se pueden clasificar en las subcategorías de la CUPS. A pesar de esto, se debe tener en cuenta que el cálculo de valores de referencia es de uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS, no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Teniendo en cuenta este tipo de retroalimentación, se publicará los valores de referencia para códigos CUPS a 6 dígitos, sin embargo todos los valores y cantidades presentes en la base de recobros harán parte del cálculo de presupuestos máximos.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1478	45	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Servicios sociales complementarios	Zapatos y plantillas, Cuidador, Pañales, sillas de ruedas y coches neurológicos, Transporte y alojamiento	Solo se incluyeron estos servicios complementarios. Favor aclarar si el resto de los servicios complementarios no fueron incluidos (medias de compresión graduada y antiembólicas, shampoo y lociones capilares, aceites, alimentos, edulcorantes, repelentes, masajes, sueroterapia, lentes de contacto, etc....	Se reitera que todos los servicios presentes en la base de datos de la ADRES de recobros/cobros fueron tenidos en cuenta para el cálculo de los presupuestos máximos. Todos aquellos servicios complementarios reportados en la base y que no corresponden a Zapatos y plantillas, Cuidador, Pañales, sillas de ruedas y coches neurológicos, Transporte y alojamiento se incluyeron en el cálculo de los valores de referencia del grupo "Otros" de los Servicios complementarios.  Sobre los servicios sociales complementarios se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES.
1479	46	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Servicios sociales complementarios		Favor explicar la variabilidad de valores de referencia que se llevaron por cada tipo de servicio complementario	La pregunta no es clara, sin embargo se explica que dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2. En conclusión, los diferentes valores de referencia corresponden al resultado de calcular el P25 de la severidad (valor_total/cantidad suministrada) de los registros clasificados dentro de cada conglomerado de los tipos de servicios complementarios.
1480	47	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 5 Servicios sociales complementarios	ID 25 al ID 29 OTROS	Se debe especificar que incluye estos ítems nombrados como OTROS que tienen diferentes valores de referencia.	Dada la heterogeneidad de las prestaciones se recurrió al análisis de conglomerados como metodología estadística que permite conformar grupos más homogéneos según la variable severidad, que se entiende como el valor por cada unidad y constituye el objetivo del agrupamiento. Estas variables se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor. Se debe entender que el método de conglomerados genera grupos con una mayor medida de similitud al interior de los mismos. La escogencia del modelo de clasificación y del número de grupos se realizó teniendo en cuenta como criterio la selección el mejor estadístico de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.2. En conclusión, los diferentes valores de referencia corresponden al resultado de calcular el P25 de la severidad (valor_total/cantidad suministrada) de los registros clasificados dentro de cada conglomerado de los otros servicios complementarios.
1481	48	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	Anexo 6 Presupuesto máximo de recobros	Valor estimado del presupuesto máximo para EPS Sanitas	En la resolución no se adjuntan las cantidades y cifras usadas para el cálculo particular de cada EPS, por lo que se debe aclarar. En reunión sostenida con el ministerio de salud, en donde fueron entregadas las base macro de homologación de cálculo se encontraron diferencias en cantidades de cada grupo relevante y en valores de las UMC para el cálculo de medicamentos, así como cifras subestimadas para los servicios complementarios y APME (se enviará el detalle de cada uno estos hallazgos).	Como el presente proyecto normativo tuvo una segunda publicación, se recibieron las observaciones detalladas aquí anunciadas, en el radicado 202042300094052 del 24 de enero de 2020, las que tienen respuesta en la matriz número 2 de la segunda publicación
1482	49	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS DE MEDICAMENTOS	1. El cálculo de los presupuestos máximos tiene como base el grupo relevante, la unidad de medida y la unidad mínima de concentración. La asignación de los grupos relevantes tiene relación a los registros sanitarios sometidos y aprobados por INVIMA y los procesos de regulación realizados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos. Al replicar el ejercicio realizado por el MSPS se identifica que las asignaciones de los grupos relevantes tienen dos deficiencias: 1. No se presentan los criterios explícitos de asignación de los códigos únicos de medicamentos (CUM) a cada grupo relevante, haciendo muy difícil replicar el ejercicio y por tanto estimar el techo y realizar planes de gestión del mismo por cada grupo relevante. Dentro de las actividades que propone el proyecto de resolución, para el asegurador, se encuentra gestionar adecuadamente el techo, para ello se necesita conocer los CUM's asignados a cada grupo relevante para poder negociar, gestionar el riesgo y hacer seguimiento de las intervenciones y acciones relacionadas con los presupuestos máximos.	. CODIGO_EPS Grupo_Relevante nombre del grupo Umedida UMC_2018 Valor_2018 Valor_2018_pmax_2019 VMR_2019 EPS005 R519+239 MOMETASONA mg 67.907 \$ 254.639.758 \$ 262.278.961 \$ 18.252 EPS005 B+1943 MOMETASONA mg 9.360 \$ 19.800.839 \$ 6.086.281 \$ 1.090 EPS005 B+1945 MOMETASONA mg 7.110 \$ 12.818.590 \$ 6.390.174 \$ 1.224 EPS005 R519+236 MOMETASONA mg - \$ - \$ - \$ 17.655 EPS005 PV+1947 MOMETASONA g - \$ - \$ - \$ 3.529.595 EPS005 B+1944 MOMETASONA mg 600 \$ 953.060 \$ 620.262 \$ 1.034 EPS005 PV+1946 MOMETASONA g 1 \$ 10.140.882 \$ 4.224.285 \$ 3.320.979	Teniendo en cuenta que el grupo relevante 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, así como a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y que el INVIMA dispone de las bases de consulta pública, el interezado podrá realizar la calificación de los CUM para cada grupo relevante.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1483	50	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS DE MEDICAMENTOS	2. Se encuentran casos en los cuales se identifican grupos relevantes en los que el Ministerio reconoce un valor de recobro pero no indica las cantidades que corresponden a ese valor. Uno de los ejemplos es el caso de principio activo inmunoglobulina humana normal (R483a+65, PV+1641, PV+1642, R483b+73, R483b+74, R543b+136, R543a+58, R543b+135, R483a+61, R543a+60), entre otros. Es necesario conocer y corregir en el caso que este errado el dato, los valores por unidad mínima de concentración y cantidades recobradas por grupo relevante, dado que se hace relevante replicar el ejercicio y se requiere para poder realizar un adecuado seguimiento, negociación y gestión de los principios activos por grupos relevantes y por CUM's.	Grupo relevante Principio activo Unidad de medida UMC_2018 Valor 2018 Valor 2018 pmax_2019 VMR 2019 R483a+65 INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL mg 15.162.400 \$ 2.169.751.793 \$ 2.230.893.149 \$ 169 PV+1641 INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL mg - \$ - \$ - \$ 159 PV+1642 INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL mg - \$ - \$ - \$ 159 R483b+73 INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL mg - \$ - \$ - \$ 193 R483b+74 INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL mg - \$ - \$ - \$ 200 R543b+136 INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL mg - \$ 3.167.350 \$ 3.262.370 \$ 1.254 R543a+58 INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL mg - \$ 55.932.400 \$ 57.610.372 \$ 152 R543b+135 INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL mg - \$ 168.940.025 \$ 174.008.226 \$ 1.213 R483a+61 INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL mg - \$ 440.268.040 \$ 453.476.081 \$ 163 R543a+60 INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL mg 18.348.500 \$ 2.575.664.868 \$ 2.627.552.747 \$ 157	Conforme a la metodología establecida para la definición de VMR, las cantidades corresponden a las reportadas en las bases de datos suministradas por ADRES. Es importante además tener en cuenta que la metodología permite eliminar datos atípicos, lo que permite establecer que el VMR es coherente con la información reportada por ADRES.
1484	51	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS DE MEDICAMENTOS	3. El principio activo Dasatinib tiene tres grupos relevantes (PV+1054, R21+165 y R21+162), los cuales tienen asignados un valor máximo de recobro diferente: PV+1054 = \$3682, R21+165 = \$2987 y R21+162 = \$2899. En la circular 07 de 2018 en el anexo 5 se establece que el valor por UMC para este principio activo fue de \$2800,52. La duda está fundamentada en la razón por la cual para el cálculo del presupuesto máximo de este medicamento tenemos 3 precios de referencia diferentes al establecido por la circular 07 de 2018. Así mismo, quisiéramos que el MSPS nos informara que CUM's hacen parte de cada grupo relevante para replicar el proceso y realizar adecuadamente la gestión del presupuesto máximo para este principio activo. Este hallazgo puede considerar prudente que el cálculo de los presupuestos máximos se realice por CUM como unidad de observación y no por grupo relevante para evitar errores de agrupación y por lo tanto de estimación.		Teniendo en cuenta que la CNPMDM regula los principios activos de manera explícita por CUM, para el caso particular del DASATINIB el grupo R21+162 corresponde a los CUM con PRI y los restante a los CUM no PRI.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1485	52	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS DE MEDICAMENTOS	4. El dato consignado en la Columna Valor_2018_pmax_2019 no corresponde con la multiplicación de la UMC_2018 por VMR 2019 y lo que dado que al replicar el ejercicio no coinciden las cifras. Ejemplo Dasatinib Para el año 2018 el MSPS reconoce, según base de datos entregada en diciembre de 2019 un valor de \$4.009.188.717 y para el año 2019 reconoce \$ 455.088.294, aunado a lo anterior, no es claro porque pasamos de un valor de recobro reconocido para el 2018 de \$ 4.009.188.717 a un valor de \$ 455.088.294 millones debido a que este medicamento ya se encontraba regulado para el 2018 por la circular 05 de 2013 dándonos un valor por UMC de \$ 2600 pesos aproximadamente. Por lo tanto, si el medicamento ya estaba regulado y este valor era inferior al VMR indicado por el MSPS el valor total debería ser similar.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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” .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodologia para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodologia propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p>
1486	53	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS DE MEDICAMENTOS	5. Se solicita que en los casos de medicamentos de combinaciones a dosis fija que hacen parte del cálculo del presupuesto máximo, pero no se encuentre explícito en la resolución su valor por Unidad Mínima de Concentración y tampoco su unidad de medida, se especifique en otro anexo o se complemente el anexo 1 con esta información para estos medicamentos, toda vez que no es posible establecer el Valor máximo de recobro, ni el valor con el que se reconocerá en el cálculo del presupuesto máximo y de esta manera permitir la gestión correspondiente. El medicamento Saxagliptina + Metformina está incluido en el cálculo del presupuesto máximo, sin embargo, no se encuentra en la resolución, por lo tanto, no tenemos la información suficiente para el cálculo del presupuesto máximo al no poder reconocer el principio activo por el cual se debe calcular la UMC.		<p>En el Anexo 3, del proyecto de resolucion se define el principio activo base de calculo, con el objetivo de que se realice la estandarizacion del CUM objeto de su consulta que en este caso es METFORMINA, teniendo en cuenta la cantidad de unidades de medida contenidas en el CUM para este principio activo.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1487	54	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS DE MEDICAMENTOS	6. Existen diferencias importantes entre las cantidades entregadas por el ministerio de Salud y las recobradas por EPS Sanitas. Se anexan los siguientes ejemplos:	CODIGO_EPS Grupo_Relevante nombre del grupo Umedida UMC_2018 UMC EPS2018 Dif Cantid Numer Dif Canticdades EPS005 R188+125 METFORMINA[SAXAGLIPTINA mg 782.970 249.888.000 249.105.030 31815% EPS005 R519+239 MOMETASONA mg 67.907 334.169 266.262 392% EPS005 R128b+197 TOXINA BOTULINICA ul 522.800 2.149.800 1.627.000 311% EPS005 R483a+65 INMUNOGLOBULINA HUMANA N0mRMg AL 15.162.400 36.827.400 21.665.000 143%	Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican. En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral. Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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” . Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes). Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley. Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC. En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados. En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado. Los Presupuestos Máximos Anuales son contruidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios. La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC. En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud. Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infromación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema. ☹
1488	55	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL – APME	1. Para el caso de los grupos relacionados con Alimentos con propósito médico especial (APME) en la base de datos del Ministerio de Salud aparece relacionado un monto de recobro por valor de 11.789 millones de pesos. Al contrastar este valor contra lo efectivamente presentado por EPS Sanitas en el proceso de recobro para el período de prestación 2018, el monto corresponde a 17.401 millones de pesos lo cual significa un menor valor considerado frente a lo recobrado.		Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican. En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral. Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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” . Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes). Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley. Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC. En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados. En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado. Los Presupuestos Máximos Anuales son contruidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios. La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC. En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud. Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infromación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema. ☹

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1489	56	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL – APME	2. Se comparte por parte del Ministerio la base de homologación de alimentos para propósito médico especial APME, a los códigos Mipres (códigos disponibles para prescripción por parte de los médicos), asignando a cada código un grupo relevante. De las 307 descripciones de productos nutricionales disponibles, se homologan 276 quedando pendientes 31 productos que no fueron asignados a ningún grupo relevante.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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” .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar a mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC. En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infomación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema. ☹</p>
1490	57	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL – APME	3. En cuanto a la metodología de homologación se presentan las siguientes observaciones: <input checked="" type="checkbox"/> Los grupos relevantes para APME no contemplan variables nutricionales como aporte de macro y micronutrientes, únicamente tiene en cuenta estado de hidrólisis de la proteína y densidad calórica de los productos. <input checked="" type="checkbox"/> No se especifica el rango de calorías que debe tener una fórmula para contemplarse como hipercalórica (conocemos que es 1,5kcal/ml siendo este un corte muy alto ya que a partir de 1,2 kcal/ml según las guías se considera que un producto es hipercalórico). <input checked="" type="checkbox"/> La densidad calórica de las fórmulas pediátricas debería tener una clasificación totalmente diferente a las fórmulas de adulto puesto que en lactantes se considera hipercalórico desde 1 Kcal/ml. <input checked="" type="checkbox"/> Se debería contemplar también si las fórmulas son normo o hiperproteicas, pues esto no solo genera mayor impacto en los resultados clínicos de los pacientes, sino también en el costo del producto completo. <input checked="" type="checkbox"/> La metodología desconoce aspectos de calidad nutricional cuantitativos y cualitativos. <input checked="" type="checkbox"/> La agrupación no contempla usos de los productos, indicaciones patológicas o especificidades de composición nutricional. <input checked="" type="checkbox"/> La clasificación contemplada no permite generar modelos de gestión integral por patología específica al		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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” .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC. En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infomación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema. ☹</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1491	58	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL – APME	<p>4. En el archivo entregado por el Ministerio para análisis de los valores y cantidades de los grupos relevantes, se agruparon las nutriciones en 13 categorías, sin embargo no se tiene claridad en cada una de las categorías que productos nutricionales se incluyen. La EPS asimismo de acuerdo con el borrador de valores máximos socializada por el ministerio, homologa las categorías de la siguiente manera:</p>	<p>A partir de esta clasificación se realiza la agrupación de los recobros presentados por la EPS con fecha de prestación de servicio del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018, y se realiza comparación de los valores recobrados por la EPS frente a la relación de medicamentos entregada en reunión del 26 de diciembre de 2.019. Se evidencia lo siguiente:</p> <p>☒ Las cantidades relacionadas en la base del Ministerio se encuentran en Unidades Mínimas de concentración y las unidades de recobro están en unidades mínimas de presentación por lo tanto los valores no son comparables.</p> <p>☒ Se realiza comparación de los valores recobrados frente a los valores existentes en la relación de APME del Ministerio, evidenciando un valor del 2.018 de \$11.789.995.477, contra un valor recobrado por la EPS de \$17.401.376.214.</p> <p>☒ Al revisar las diferencias por grupo relevante, se encuentra que hay grupos que dentro de los datos entregados por el Ministerio no cuentan con valor recobrado, pero para la EPS representan los mayores valores de recobro. Se detallan los hallazgos por grupo:</p>	<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas, de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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”.</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capacitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC. En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infomación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>
1492	59	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL – APME	<p>☒ APME_1: Fórmula especial para enfermedades huérfanas (polvo). Se evidencia diferencia entre los valores y cantidades recobradas entre el valor reportado por el Ministerio y el valor presentado por la EPS. Se debe revisar o presentar el detallado de recobros relacionados por el Ministerio para comparar. Se evidencian 3 productos nutricionales para enfermedades huérfanas no homologados a grupo relevante en la relación enviada por el Ministerio GAcMed A Plus, MSUDMed A Plus, OAcMed A Plus.</p>		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas, de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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”.</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capacitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC. En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infomación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1493	60	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL – APME	<p>☒ APME_8: En el grupo relevante APME_8 fórmula oligomérica normocalórica (líquido/ml), que no tiene valores relacionados en el archivo del Ministerio, se encuentran productos como perative, osmolite y peptamen que son empleados regularmente. Se sugiere revisar</p>		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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” .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infomación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>
1494	61	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL – APME	<p>☒ APME_10: Se encuentran en la base de recobros de EPS algunos registros presentados de renament el cual el Ministerio agrupa como APME_10, fórmula polimérica hipercalórica en polvo.</p>		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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” .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infomación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1495	62	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL – APME	☐ APME_12: Dentro del grupo relevante APME_12, en el valor relacionado en el archivo del Ministerio no se evidencian servicios recobrados, sin embargo en este grupo que corresponde a fórmula polimérica normocalórica (polvo/gr), se encuentra el prowhey NET y otras clases de prowhey, glucerna, ensure y otros APME en polvo de alta rotación. En el análisis de recobros realizado por Sanitas es el segundo agrupador con mayor participación.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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” .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infromación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>
1496	63	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS ALIMENTOS CON PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL – APME	☐ APME_13: Dentro del grupo relevante APME_13, en el valor relacionado en el archivo del Ministerio no se relacionan servicios recobrados, sin embargo en este grupo que corresponde a fórmula polimérica normocalórica (líquido/ml), se encuentran el jeviti oral, glytrol líquido, fresubin drink, nutren líquido, entre otros productos frecuentes. Constituye el grupo relevante con mayor cantidad de unidades recobradas para la EPS Sanitas.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para “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” .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados “No UPC” girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infromación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificación	Respuesta MSPS
1497	64	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS DE PROCEDIMIENTOS	<p>De acuerdo con el análisis realizado al archivo de procedimientos se evidencian los siguientes hallazgos.</p> <p>1. Comparando los procedimientos incluidos en la resolución y en el archivo entregado en reunión del 26 de diciembre de 2019 en el Ministerio de Salud por parte de la Dirección de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud, con la base de servicios recobrados por la EPS en el periodo de 1 de enero de 2018 a 30 de Junio de 2019 con fecha de prestación de servicios 2019, se encuentran 86 procedimientos no cubiertos por el plan de beneficios y que al parecer no fueron tenidos en cuenta en el cálculo y la definición final del techo. El procedimiento que mayor volumen de casos representa es la colocación de anillos intraestromales manual y asistida, la tromboelastografía y el trasplante de pulmón.</p>	<p>CodMedSeDrEPSPrcCestCODIGOS Cantidad Val_recobrado</p> <p>376702</p> <p>IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO</p> <p>O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE. FUERA</p> <p>DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) BIVENTRICULAR 3 \$ 413.703.426</p> <p>118204 IMPLANTE DE DISPOSITIVO EN CORNEA ASISTIDO 213 \$ 233.238.828</p> <p>327001 TRASPLANTE UNILATERAL DE PULMON VIA ABIERTA 1 \$ 176.821.138</p> <p>449702 DERIVACION BILIOPANCREATICA POR LAPAROSCOPIA 10 \$ 127.350.849</p> <p>528300 HETEROTRASPLANTE DE PANCREAS SOD 1 \$ 125.288.033</p> <p>649701 INSERCIÓN DE PROTESIS DE PENE INFLABLE 5 \$ 85.380.190</p> <p>589502</p> <p>REVISIÓN O SUSTITUCIÓN QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO DE</p> <p>ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL VIA PERINEAL 3 \$ 81.216.908</p> <p>902066 TROMBOELASTOGRAFÍA 186 \$ 48.949.206</p> <p>118203 IMPLANTE DE DISPOSITIVO EN CORNEA MANUAL 45 \$ 45.788.895</p> <p>753730</p> <p>LIGADURA DE CORDON UMBILICAL INTRAUTERINO POR</p> <p>FETOSCOPIA 1 \$ 18.302.506</p> <p>392000</p> <p>DERIVACION O PUENTE VASCULAR EXTRACRANEALINTRACRANEANO SOD 3 \$ 17.986.976</p> <p>783302</p> <p>ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR INJERTO CON</p> <p>DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y</p>	<p>De la única información que enviaron en la consulta se realizó la revisión de los códigos consultados sobre la base de datos de recobros con prestaciones de servicios del año 2018 y no se encontró efectivamente información de estos para la EPS.</p> <p>Consultando la cobertura y existencia de estos códigos sobre la CUPS se encontraron, 3 códigos CUPS que están cubiertos por el PBS y 6 códigos que no existen en la CUPS, por lo tanto no son susceptibles de cálculo en el presupuesto máximo.</p> <p>Respecto a los demás códigos, se solicita a la EPS que proporcione la información del registro del reporte al ADRES de los recobros realizados por éstos.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1498	65	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS DE PROCEDIMIENTOS	2. Se evidencia que las tarifas asignadas a algunos procedimientos son muy inferiores al valor real promedio de la tecnología. Esta situación se presenta por ejemplo con las pruebas neuropsicológicas, en las cuales el valor promedio facturado por la EPS es de \$300.000 pero el valor asignado en el techo es de \$82.000. Este servicio se realiza aplicando instrumentos o escalas de evaluación. Una prueba neuropsicológica puede estar conformada por la aplicación de 20 a 30 escalas o instrumentos los cuales no se facturan de manera individual sino en paquete, constituyendo valores globales por la aplicación de hasta 15 o 20 escalas con un único valor. Solicitamos aclarar si el valor estimado en el techo corresponde al valor de la aplicación de cada escala o a la evaluación integral de la prueba luego de la aplicación de las escalas la cual sucede en diferentes sesiones y cuyo costo promedio es mucho mayor al estimado en el techo.	ID CUPS DESCRIPCIÓN VALOR DE REFERENCIA Cantidad_Servicios VI_Total_Recobrado VIUntRecobro_X _Prueba Servicios_Incluidos _X,_Prueba 141 898030 ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN CITOLOGIA \$ 244.243,90 4 \$ 2.531.998,00 \$ 632.999,50 Hasta 10 pruebas 140 898105 ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN BIOPSIA \$ 872.260,81 189 \$ 1.030.056.319,00 \$ 5.450.033,43 Hasta 10 pruebas 144 898111 ESTUDIO DE CITOGENETICA EN BIOPSIA \$ 684.280,08 55 \$ 102.650.568,00 \$ 1.866.373,96 Hasta 10 pruebas 146 898112 ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA \$ 1.882.185,97 40 \$ 328.484.932,00 \$ 8.212.123,30 Hasta 25 pruebas 143 898205 ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO \$ 9.477.725,25 23 \$ 209.558.569,00 \$ 9.111.242,13 Hasta 25 pruebas 142 898225 ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO \$ 592.025,98 3 \$ 17.308.083,00 \$ 5.769.361,00 Hasta 25 pruebas 21 940701	El valor de referencia corresponde al percentil 25 de la distribución de la severidad, calculada como el valor_total/cantidad_suministrada. Por construcción del cálculo del P25 y del valor promedio, no necesariamente coincidirá el valor de los mismos. Respecto a su consulta referente a “Solicitamos aclarar si el valor estimado en el techo corresponde al valor de la aplicación de cada escala o a la evaluación integral de la prueba luego de la aplicación de las escalas la cual sucede en diferentes sesiones y cuyo costo promedio es mucho mayor al estimado en el techo”, se aclara que en el valor de referencia se contemplan los valores por cada cantidad suministrada, en tal caso si en la cantidad no se refleja el número de escalas, no es posible calcularlo a este detalle, pues el reporte no lo permite.
1499	66	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS DE PROCEDIMIENTOS	3. En el borrador de resolución se asigna tarifa única a servicios a nivel de categoría, es así como por ejemplo se asigna al CUPS “24” que corresponde a “PROCEDIMIENTOS EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS [TERAPIA PERIODONTAL]” una tarifa de \$84.954,4. Bajo este agrupador se encuentran más de 30 procedimientos distintos con tarifas que no son homogéneas y cuyo costo promedio es de \$352.000 según nuestros valores de recobro. Adicional al CUPS “24”, se incluyen agrupadores como el “2471” y “2473” que tienen valores a nivel de sección pero también a nivel de CUPS, pero que son muy distintos en su valor y no es claro cómo debemos aplicar e interpretar. Vale la pena aclarar que la prestación de servicios se hace a nivel del detalle del servicio el cual se expresa en códigos de 6 dígitos. Como ejemplo cito el concepto: “colocación de aparatología fija para ortodoncia” y agradezco su revisión y aclaración sobre la interpretación que se debe dar a estos ítems en la revisión y definición de tarifas para estos servicios.		La diferencia de valores se obtiene directamente de la información de la base con el histórico de reporte a la ADRES de recobros/cobros de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, estos valores fueron presentados por las EPS con descripciones de los CUPS que pudieron corresponder a los códigos CUPS de 4 o de 6 dígitos. Para el cálculo del primer cuartil de la distribución de los valores resultantes de dividir el valor total entre las cantidades recobradas, se consideró cada código CUPS obtenido del reporte, es decir los procedimientos registrados con el código24 no está agrupando a los demás procedimientos no especificados en la resolución, si no que corresponden a registros que por la descripción o en el código del servicio no se pueden clasificar en las subcategorías de la CUPS. A pesar de esto, se debe tener en cuenta que el cálculo de valores de referencia es de uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS, no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Teniendo en cuenta este tipo de retroalimentación, se publicará los valores de refencia para códigos CUPS a 6 dígitos, sin embargo todos los valores y cantidades presentes en la base de recobros harán parte del cálculo de presupuestos máximos

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1500	67	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS DE PROCEDIMIENTOS	4. Se evidencian valores asignados a servicios denominados "otros" los cuales son inespecíficos y no es claro a qué servicio o tecnología se deben asociar. Se solicita revisar y aclarar este aspecto.		<p>Todos los servicios presentes en la base de datos de la ADRES de recobros/cobros fueron tenidos en cuenta para el cálculo de los presupuestos máximos. Todos aquellos servicios complementarios reportados en la base y que no corresponden a Zapatos y plantillas, Cuidador, Pañales, sillas de ruedas y coches neurológicos, Transporte y alojamiento se incluyeron en el cálculo de los valores de referencia del grupo "Otros" de servicios complementarios.</p> <p>De otro modo, por un error tipográfico se incluyó el término "sociales", cuando en verdad se alude a los servicios complementarios que corresponden a los contenidos en la tabla de referencia de la herramienta MIPRES. Este error se ajustará en el texto correspondiente.</p>
1501	68	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	1. EPS Sanitas recobró un monto total de 23.706 millones de pesos por concepto de servicios complementarios y en el cálculo de la base de datos entregada por parte del ministerio se relaciona un valor de 5.326 millones lo cual significa un impacto en el cálculo de 18.380 millones de pesos en subestimación del presupuesto máximo.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas, de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para "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".</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados "No UPC" girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son contruidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC. En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infromación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>
1502	69	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	2. La cantidad recobrada por la EPS Sanitas por concepto de PAÑALES con fecha de prestación 2018 es de 2.148.779 de unidades. Según la base "Consolidado_Base_3_Millones_procedimientos" entregada por el Ministerio, la cantidad suministrada por todas las EPS por concepto de este servicio complementario es de 1.014.575 unidades. Este hallazgo no es consecuente.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas, de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para "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".</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados "No UPC" girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son contruidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC. En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infromación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1503	70	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS SERVICIOS COMPLEMETARIOS	3. Con respecto al servicio complementario TRANSPORTE/ALOJAMIENTO, el valor del techo estimado para la EPS Sanitas es de \$961 millones, pero el valor real recobrado por la EPS Sanitas por este servicio es de \$7.622 millones. No es claro cómo fue estimado el techo para este servicio, ya que el valor del recobro de la EPS Sanitas supera 8 veces el valor del techo.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para "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" .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados "No UPC" girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son contruidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infromación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>
1504	71	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS SERVICIOS COMPLEMETARIOS	4. La cantidad recobrada por la EPS Sanitas por concepto de TERAPIA SOMBRA con fecha de prestación 2018 es de 38.822. Según la base "Consolidado_Base_3_Millones_procedimientos" entregada por el Ministerio, la cantidad suministrada por todas las EPS por concepto de este servicio complementario es de 53.615. Este hallazgo no es consecuente.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para "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" .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados "No UPC" girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son contruidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infromación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1505	72	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	5. Con respecto al servicio complementario TERAPIA SOMBRAS, el valor del techo estimado para la EPS Sanitas es de \$ 229 millones, pero el valor real recobrado por la EPS Sanitas por este servicio es de \$ 2.474 millones. No es claro cómo fue estimado el techo para este servicio, ya que el valor del recobro de la EPS Sanitas supera 12 veces el valor del techo.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas, de igual manera establece que el Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para "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".</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados "No UPC" girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los ciudadanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito médico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparar la base de datos entregada por el Ministerio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la información de recobros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo se reitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordancia con el comportamiento del Sistema.</p>
1506	73	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	6. Con respecto al servicio complementario SILLAS DE RUEDAS Y COCHES NEUROLÓGICOS, el valor del techo estimado para la EPS Sanitas es de \$ 649 millones, pero el valor real recobrado por la EPS Sanitas por este concepto es de \$ 1.702 millones. No es claro cómo fue estimado el techo para este servicio, ya que el valor del recobro de la EPS Sanitas supera 3 veces el valor del techo.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas, de igual manera establece que el Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para "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".</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados "No UPC" girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los ciudadanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito médico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparar la base de datos entregada por el Ministerio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la información de recobros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo se reitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordancia con el comportamiento del Sistema.</p>



RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1507	74	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	7. Para la EPS Sanitas no es claro qué tipo de servicio se incluyó en el agrupador AUDIO, ya que bajo este nombre no hay ningún tipo de servicio complementario contemplado en las TABLAS DE REFERENCIA CODIGOS MIPRES V1.78.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas, de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para "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".</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados "No UPC" girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son contruidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infomación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>
1508	75	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	BASE DE DATOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	8. Para la EPS Sanitas no es claro cuáles son que se incluyó bajo el agrupador EXCLUSIÓN, ya que varios de los agrupadores detallados corresponden a exclusiones no financiables o Musicoterapia, terapia sombra, entre otros.		<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas, de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para "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".</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados "No UPC" girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son contruidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodología para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p> <p>Respecto de las observaciones específicas resultantes de comparra la base de datos entregad por el Minsiterio con la información de esa EPS, se advierte que no se contó con la totalidad de la infomación de recbros de esa EPS lo que limita el análisis detallado. Sin embargo s ereitera que la metodología aplicada permite un cálculo de presupuestos máximos suficiente y en concordanci aocn el comportamiento del Sistema.</p>

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1509	76	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	PETICIONES	1. Dada la trascendencia de la normatividad proyectada, respetuosamente solicitamos evaluar y adoptar las propuestas y observaciones presentadas por EPS Sanitas S.A.S. sobre el proyecto de resolución que pretende definir "la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se establece el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que operan el Régimen Contributivo, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago Capitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales _ APME, Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios y se dictan otras disposiciones"		Se analiza cada una de las observaciones que presenta la EPS Sanitas tanto en la primera publicación, como en la segunda y en el documento anexo.
1510	77	24/01/2020	202042300094052	Paola Andrea Rengifo	SANITAS	PETICIONES	2. Se informe a EPS Sanitas, cuales propuestas u observaciones serán acogidas en la normatividad definitiva y, de igual manera, se indique cuales no serán adoptadas expresando las razones y fundamentos de esto.		Las respuestas dadas a cada una de las observaciones son presentadas a la EPS Sanitas mediante comunicación específica para el tema.
1511	1	23/01/2020	202042300088892	José Manuel Gómez Sarmiento	ASOBANCARIA		Solicitamos plazo hasta el 31 de enero de 2020 para remitir los comentarios a este proyecto.		Se acogió su solicitud, recepcionando la ampliación del alcance de sus comentario y uno adicional el 31 de enero de 2020.
1512	1	23/01/2020	202042300094032	José Manuel Gómez Sarmiento	ASOBANCARIA	Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos	• Numeral 6º y inciso 3º. El numeral 6º del artículo en mención establece que los ingresos de las cuentas maestras no podrán superar el monto autorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social por concepto de presupuesto máximo como una de las condiciones que debe cumplir cada una de estas. Con dicha normativa se convertiría a la entidad financiera en la obligada a realizar este control, que no es propio del producto y responde a una competencia propia de la Superintendencia de Salud o en su defecto de la ADRES. Es así como podría desnaturalizarse la función de vigilancia y control al asignarla a un particular y expondría de una forma excesivamente gravosa a las entidades a investigaciones, incluso de carácter fiscal, además de conllevar la necesidad de realizar un costoso y dispendioso desarrollo tecnológico, todo lo cual puede generar que se pierda el interés en la colocación de este producto. Adicionalmente, en el artículo 13 del Proyecto se establece la posibilidad de superar el presupuesto máximo, de lo cual no tendrá manejo alguno la entidad financiera depositaria, y mucho menos conocimiento, lo que demuestra que efectivamente esta supervisión no le corresponde, y deberá hacerla el ente gubernamental competente, o incluso la misma titular de la cuenta, que será la única responsable del incumplimiento, en el evento de exceder el tope asignado.		Respecto a su inquietud planteada al Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos, particularmente sobre el numeral 6 en relación a la necesidad de hacer un control al flujo de recursos hacia la red de prestadores, se determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.  No obstante, para el seguimiento, control y monitoreo de los Recursos 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.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1513	2	23/01/2020	202042300094032	José Manuel Gómez Sarmiento	ASOBANCARIA		• De otra parte, se encuentra como una obligación adicional la de vigilar que sólo se acepten como operaciones débito las que se realicen mediante transferencia electrónica a otra cuenta bancaria cuyo titular sea alguno de los beneficiarios registrados según los términos del artículo 12 de la resolución estudiada, lo cual es evidente que es otra función de control propia de la Superintendencia de Salud o en su defecto de la ADRES y no podría entregarse o delegarse a un particular. Esto en el mismo entendido expuesto en el comentario anterior, lo que permite conducir que al asignarle estas obligaciones a los particulares se traduce en riesgos y perjuicios a los partícipes y no parece reportar beneficios suficientes que ameriten tal disposición. Tampoco aparece clara la referencia al artículo 12 mencionado, puesto que en este se especifica la manera de acreditar y no debitar la cuenta maestra, y si se tratare del artículo 11, en este no se menciona la forma de hacer el control.		En relación a su solicitud, se reitera quepara el seguimiento, control y monitoreo de los Recursos 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.
1514	3	23/01/2020	202042300088892	José Manuel Gómez Sarmiento	ASOBANCARIA	Artículo 13 Numeral 2º. No superación del Presupuesto Máximo	En concordancia con lo expuesto en el comentario anterior, al ser la entidad financiera la titular de la obligación antes mencionada y, por ende, tener la responsabilidad de hacer el control de los máximos autorizados en el literal 6º del Artículo 10, se sugiere que se aclare el mecanismo por el que se informará el incremento que tendrá el valor a controlar como presupuesto máximo permitido en las cuentas maestras, dados los abonos extraordinarios a los que hace referencia el Artículo 13.		Respecto a su inquietud planteada al Artículo 10. Cuentas maestras para el recaudo y transferencia de los presupuestos máximos, se reitera que se determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.  No obstante, para el seguimiento, control y monitoreo de los Recursos 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.  Así mismo, en relación con el planteamiento del artículo 13 del presente proyecto normativo, concniente al tema de ahorros, rendimientos financieros, cuentas maestras, el control efectivo del gasto y en particular a los abonos extraordinarios a los que usted hace referencia, le comunico que estos ítems serán eliminados. ☐

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1515	4	7/02/2020	202042300179952	José Manuel Gómez Sarmiento	ASOBANCARIA	Artículo 13 Numeral 2º. No superación del Presupuesto Máximo	Se recomienda que en el Decreto que se expida se aclare si el registro de los beneficiarios solo se hará cuando se reciba instrucción expresa de la EPS. Lo anterior, teniendo en cuenta que el artículo 11 del proyecto incluye la posibilidad de vincular como beneficiarios a personas que en cumplimiento de una orden judicial se les deben reconocer directamente sumas de dinero por concepto de la prestación de servicios y tecnologías no financiados con la UPC; en consecuencia, que se precise si en este último caso también debe esperarse la instrucción de la EPS o bastaría la orden judicial para que la entidad financiera se vea obligada a cumplir. Esta aclaración parece de gran importancia, tomando en cuenta que en el numeral 4° del artículo 10° se establece de manera expresa y taxativa que las entidades financieras solo podrán inscribir los beneficiarios que indique la EPS, la cual deberá solicitar el registro de todos los que cumplan ordinariamente con la posibilidad de ser beneficiarios, de acuerdo con el Decreto, y los que excepcionalmente también puedan serlo, según el artículo 11 del mismo.		Respecto a su inquietud sobre el artículo 11 del proyecto donde se incluye la posibilidad de vincular como beneficiarios a personas que en cumplimiento de una orden judicial así como el numeral 4° del artículo 10°, se determinó eliminar los artículos 10 y 11 del proyecto de resolución, relacionados con la creación de las cuentas maestras y sus beneficiarios.
1516	1	23/01/2020	202042300091202	Fabio Jiménez	IDEOLIFES - MEDTRITRION	Anexo 4 (Hoja 95)	Debería desagruparse la categoría "Fórmula Modular" en las especies que la componen. Es decir, separar en categorías las 1) Fórmulas modulares de proteína, 2) Fórmulas modulares de Aminoácidos 3) Fórmulas modulares de Vitaminas 4) Fórmulas modulares de lípidos, 5) Fórmulas modulares de carbohidratos, 6) Fórmulas modulares de fibra.  1) Naturaleza de los productos: La composición química, la función biológica y las condiciones clínicas para las cuales son utilizados los diferentes alimentos modulares son diferentes. 2) Costos de producción: Las materias primas, tecnologías de estabilización, excipientes requeridos, material y tipo de envase son diferentes entre los diferentes módulos, generando una dispersión significativa de costos de producción entre oferentes de productos disímiles en su naturaleza. 3) Referenciación de precios internacionales: Claramente, los Precios internacionales de referencia (y los precios actuales del mercado colombiano) de los diferentes alimentos modulares varían significativamente entre grupos de alimentos modulares, siendo los módulos de proteínas los de mayor precio y los módulos de fibra o carbohidratos los de menor precio.  No obstante, al agrupar cada especie: los precios se hacen similares unos a otros, lo que muestra que tanto internacionalmente como en el mercado colombiano actualmente los diferentes módulos son considerados especies diferentes. (Anexo documento para ampliar la justificación)		Se precisa al observante, para la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias descritas en el presente proyecto normativo, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.  Este ejercicio tiene como objeto fijar el valor a transferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar (EPS o EOC) del Régimen Contributivo, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, como son los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales APME, no se trata de un proceso de asignación o definición de precios en el mercado, por lo tanto no es viable la observación.
1517	2	23/01/2020	202042300091202	Fabio Jiménez	IDEOLIFES - MEDTRITRION	Anexo 4 (Hoja 95)	Debería agregarse al listado "Fórmula modular de proteína; Unidad de medida: mL; Presentación: Líquido; Valor de referencia: SO. 145 USD por mL (\$484 COP)	Tratándose de una especie claramente diferenciada en su composición, costos, tecnología de manufactura, relevancia terapéutica, debe ser evaluada individualmente y el precio promedio internacional es de \$0.145 USD or mil.	Se precisa al observante, para la definición del Presupuesto máximo anual para los regímenes contributivo y subsidiado, se ha realizado un ejercicio estricto de agrupamiento de los alimentos con propósito médico especial, partiendo de las similitudes a nivel de composición que pueden tener estos productos entre sí, con el fin de definir unos valores de referencia, basados en los recobros/cobros realizados en las vigencias descritas en el presente proyecto normativo, que fueron financiados con recursos públicos de la salud.

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO										
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS	
1518	3	23/01/2020	202042300091202	Fabio Jiménez	IDEOLIFES - MEDTRITION	Anexo 4 (Hoja 95)	Debe modificarse el precio por gramo de la "Fórmula polimérica hipercalórica" en polvo, el cual es desproporcionadamente alto	Teniendo en cuenta los precios asignados a las demás fórmulas y que esta NO es una fórmula especialmente compleja, ya que la diferencia fundamental de esta fórmula radica en poseer una mayor concentración de carbohidratos o lípidos no especializados. No se justifica un incremento desmedido en su precio con respecto a otras fórmulas.	Se debe resaltar que este acto administrativo no fija precios de mercado a los servicios y tecnologías en salud, desarrolla una metodología para fijar un presupuesto máximo. Los valores utilizados son una referencia para poder determinar dicho Presupuesto y provienen de las facturas presentadas por las entidades recobrantes a la ADRES. Por lo anterior cualquier variación encontrada de forma particular a las fórmulas de nutrición responden única y exclusivamente a lo que se reportó a la ADRES en la base de recobro/cobro que refleja las características típicas del mercado ya expuestas.	
1519	1	22/01/2020	202042300079782	Jairo Hernando Vargas Camacho	Servicio Occidental de Salud - SOS		Revisar la metodología y fuente de la información del cálculo para reevaluar el valor a asignar, ya que de lo contrario estaríamos ante un claro déficit		<p>La información que se usó para el cálculo es amplia, válida y suficiente dado que corresponde a una fuente oficial originada por el reporte de cada EPS, por ello para el análisis de los datos la información incluye los datos del periodo 2015-2019. Adicionalmente la metodología establece el cálculo del IBNR (incurred but not reported) para las cantidades ajustadas que a la fecha de corte de la información no han sido reportadas, lo cual se traduce en la estimación de un valor desconocido.</p> <p>Por tanto, la información fuente de los análisis, corresponde a cada paciente, las cantidades entregadas, calculándose así los deltas para garantizar el acceso.</p> <p>Ahora bien, como es de su conocimiento se acordó la revisión trimestral del presupuesto máximo, para tal efecto se utiliza el módulo de prescripción, suministros y facturación de MIPRES.</p> <p>Respecto de la metodología, es importante tener en cuenta que el propósito de la disposición normativa (artículo 240, Ley 1955 de 2019) consiste en establecer un presupuesto máximo a cargo de las EPS para que estas gestionen y financien el conjunto de tecnologías en salud que hoy son observables y predecibles (hoy las EPS recobran a la ADRES dichas tecnologías). Con ello se mejora la gestión integral del paciente, pues las EPS dispondrán de los recursos de forma ex ante para financiar un conjunto de servicios y tecnologías en salud claramente expresados (al igual que la UPC). Así, al equiparar el mecanismo individual al colectivo fortalece la gestión de la EPS profundizando la atención integral del paciente.</p> <p>El cálculo del presupuesto máximo considera entonces: i) los Valores de Referencia (reduce la dispersión de los valores), ii) los precios de los medicamentos regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, iii) las cantidades recobradas, iv) la estimación de un crecimiento de las cantidades con base en los recobros históricos, v) las tutelas vi) Los procedimientos en salud y vii) un conjunto o grupos de tecnologías claramente definidas (no hacen parte del presupuesto las moléculas nuevas pues no han sido observadas), todo esto soportado en las cantidades entregadas.</p> <p>Además, es importante resaltar que el modelo de estimación tiene en cuenta la información histórica de cada una de las EPS o entidades recobrantes, lo que le permite contener en sí mismo la explicación de uso de los servicios y tecnologías indistintamente del origen del tipo de recobro realizado por la EPS a la ADRES.</p> <p>El presupuesto máximo se fija entonces para el conjunto de tecnologías que pueden ser predecibles, que fueron observadas en años anteriores. Se espera entonces que se genere eficiencias al lograr que el mecanismo individual migre al colectivo, y con ello mejorar la atención integral y uso adecuado de las tecnologías en salud.</p>	
1520	1	7/02/2020	202042300179812	María Angélica Zúñiga Arenas	Comfamiliar Huila		Que significa en la tabla de referencia CONGLOMERADO		<p>El conglomerado se refiere a la agrupación de elementos que cumplen con la característica de tener una mayor homogeneidad intragrupal que intergrupar. El método de escogencia entre los diferentes modelos generados es el coeficiente de silueta, que indica la cohesión y separación del conglomerado, un valor cercano a -1 indica un modelo muy pobre y un valor cercano a 1 un modelo excelente, como resultado, los modelos seleccionados presentaron en general siluetas superiores a 0,6, obteniendo así una buena clasificación sobre las categorías de servicios expuestas. En cada uno de estos grupos se calcula el primer cuartil como valor de referencia (VR). Estos cálculos se realizaron en el programa IBM Modeler Versión 18.0.</p> <p>Respecto a su pregunta "Esto con el fin de poder calcular el costo de los servicios recobrados." Se aclara que el objetivo de la metodología no es calcular el costo sino el presupuesto máximo. Si este fuera el caso se debe asignar el servicio</p>	

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS REGÍMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO																					
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS												
1521	1	27/01/2020	202042300108172 202042300107912	Juan David Arteaga Flórez	Savia Salud EPS	PETICIONES	<p>De acuerdo al asunto, me permito informarle que según lo establecido en el proyecto de resolución "Por la cual se define la metodología del Presupuesto Máximo Anual para los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se establece el valor a trasferir a las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar que operan el Régimen Contributivo, para la gestión y financiación de los Servicios y Tecnologías en Salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago Capitación en los componentes de Medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales - APME y Procedimientos, y se dictan otras disposiciones" hemos analizado que los recursos destinados a esta EPS para los servicios contemplados y que deberán ser asumidos con cargo a dichos recursos no serán suficientes; esto de acuerdo a los recobros realizados en los últimos dos años tanto a l Gobernación de Antioquia que como ente territorial es responsable de dichas coberturas del régimen subsidiado y a la Adres como responsable del régimen contributivo, a continuación le detallamos la prestación de tecnología realizados al ente territorial en los dos últimos años, así:</p> <table><tr><td>CONCEPTO</td><td>2018</td></tr><tr><td>2019</td><td></td></tr><tr><td>CTC</td><td>\$12.666.54.124</td></tr><tr><td>\$15.170.398.486</td><td></td></tr><tr><td>TUTELA</td><td>\$48.001.685.376</td></tr><tr><td>\$54.056.130.345</td><td></td></tr></table>	CONCEPTO	2018	2019		CTC	\$12.666.54.124	\$15.170.398.486		TUTELA	\$48.001.685.376	\$54.056.130.345			<p>Es necesario recordar que, de conformidad con la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado puede delegar la prestación de los servicios en entidades públicas o privadas , de igual manera establece que Estado es el garante de los derechos de los ciudadanos y del servicio público de Salud, lo cual se ha reglamentado a través de la Ley 100 de 1993, y las normas que la modifican.</p> <p>En este caso particular delegó en las Empresas Promotoras de Salud (EPS) la gestión de la salud de la población colombiana a través de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el efecto facultó a las EPS para que representen los intereses de sus afiliados, definir sus riesgos en salud, conformar las redes de prestación de servicios de salud, a contratar, gestionar los recursos financieros, y a aplicar y desarrollar modelos de atención, entre otros. Es decir, dotó de instrumentos a las EPS para que realicen la gestión respectiva que permita a sus afiliados a tener una atención integral.</p> <p>Por otra parte, Ley 1751 de 2015 reforzó entre otros aspectos la integralidad en la atención, para ello hizo explícito principios como la disponibilidad, accesibilidad, sostenibilidad y la eficiencia en el uso de los recursos. Aspecto que aplica a los diferentes actores y al ente regulador y rector del sistema de salud. En relación con esto último, la ley en mención otorgó también la facultad al Estado para "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" .</p> <p>Así las cosas, el Estado para profundizar el cumplimiento de la Constitución y la Ley y garantizar la atención integral de la población hizo explícito el mecanismo de protección colectiva (aseguramiento) y el mecanismo de protección individual. Ambos mecanismos hoy gestionados y operados por las EPS. El primero financiado por los recursos de la UPC, girados de forma ex ante a las EPS y el segundo financiado por los recursos que denominados "No UPC" girados en forma ex post (acá las EPS son entidades recobrantes).</p> <p>Es importante resaltar, que no se puede perder de vista que la delegación no implica que el Estado esté trasladando la garantía del derecho que tienen los ciudadanos a la salud a las entidades públicas y privadas. De hecho, el Estado es garante de proteger y promocionar los derechos de los cuidanos, a través de diferentes instrumentos; así como de garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para financiar la protección del derecho a la salud. Se debe entender que como sociedad se diseña y aplica un arreglo institucional con delegaciones funcionales a los diferentes actores para lograr los objetivos sociales plasmados en la constitución y la ley.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud. Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No financiadas con recursos de la UPC.</p> <p>En este punto y en virtud que es necesario profundizar en la atención integral de la salud, a que existen (en orden de magnitud) dos grandes fuentes para lograr los objetivos sociales entorno a la salud, gestionadas de forma diferente, a que las EPS son funcionalmente los responsables de la gestión de la salud de los pacientes y a que la estructura y forma de gestionar el mecanismo individual ha demostrado no ser eficiente (como es de conocimiento público). El gobierno propuso al órgano legislativo el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 con el fin de precisar responsabilidades y fuentes de financiación, y modificar la forma como se administra y gestiona las tecnologías y servicios de salud no financiados recursos de la UPC buscando con ello profundizar la garantía del derecho a la salud y otorgar instrumentos a las EPS para la gestión integral de la salud de los afiliados.</p> <p>En el desarrollo de dicho artículo se enmarcan los Presupuestos Máximos Anuales la cual desde su desarrollo metodológico son equitativos en la medida que establece la moderación en los valores recobrados, suficientes dado que reconoce los presupuestos basados en las cantidades iniciales reportadas históricamente y representativos para cada una de las aseguradoras dado que reconoce las prestaciones realizadas a sus afiliados dando respuesta así a las necesidades de los afiliados, las aseguradoras y el estado.</p> <p>Los Presupuestos Máximos Anuales son construidos con información histórica, de cada una de las EPS o entidades recobrantes, esta información incluye las cantidades suministradas, los valores recobrados de servicios y tecnologías en salud (medicamentos y procedimientos), alimentos de propósito medico especial y servicios complementarios.</p> <p>La metodologia para establecer los Presupuestos Máximos Anuales calcula las cantidades iniciales, estima tasas de crecimiento y calcula los valores de referencia, adicionalmente involucra la gestión de las EPS incentivando el uso de las tecnologías que están financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con ello garantiza la participación de todos los agentes que intervienen en el suministro de las tecnologías y servicios de salud no financiados con recursos de la UPC.</p> <p>En conclusión, se precisa que no es acertado asegurar que, con la metodología propuesta para los Presupuestos Máximos Anuales, generaría un desequilibrio en las responsabilidades que el ordenamiento jurídico colombiano asigna al Estado y a los actores del sistema de salud.</p>
CONCEPTO	2018																				
2019																					
CTC	\$12.666.54.124																				
\$15.170.398.486																					
TUTELA	\$48.001.685.376																				
\$54.056.130.345																					

RESPUESTAS A LAS OBSERVACIONES RECIBIDAS EN LA PRIMERA Y SEGUNDA PUBLICACIÓN DEL PROYECTO DE ACTO ADMINISTRATIVO QUE DEFINE LA METODOLOGÍA PARA AMBOS RÉGIMENES Y FIJA EL PRESUPUESTO MÁXIMO PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO									
N°	No. Pregunta	Fecha Rad	Rad. Entrada	Nombre	Entidad	Art	Solicitud	Justificacion	Respuesta MSPS
1522	2	27/01/2020	202042300108172 202042300107912	Juan David Arteaga Flórez	Savia Salud EPS	PETICIONES	<p>A lo anterior, se le debe agregar la suma que en el mismo periodo de tiempo le hayan sido radicados a título de cobro por los diferentes prestadores al ente territorial en las coberturas de NO PBS de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1479 de 2015 información que al efecto de nuestro análisis no lo conocemos al igual que los cobros directos a la ADRES por los diferentes prestadores.</p> <p>Se podrá observar en el siguiente cuadro la diferencia entre lo esperado como ingreso y los costos asociados.</p> <p>Ingresos Esperados Régimen Subsidiado NO PBS año 2020 \$54.597.049.365 Recobros realizados ente territorial prestaciones 2019 \$69.226.528.831 Recobros realizados ente territorial prestaciones 2018 \$60.667.739.500</p> <p>Ingresos Esperados Régimen Contributivo NO PBS año 2020 \$ 1.028.075.301 Recobros realizados ADRES prestaciones 2018 y 2019 \$ 5.588.056.019</p> <p>A su consideración señor Ministro, el impacto que para la operación y estabilidad financiera de esta EPS podrá tener la decisión que se tome en la aplicación de este proyecto de Resolución y esperamos se tomen las</p>		<p>En cuanto al detalle metodológico y las fuentes de información aplicadas , se aclara que en atención a comentarios similares recibidos en la consulta pública, el Ministerio determinó la necesidad de expedir dos actos administrativos separando los aspectos metodológicos de los Presupuestos Máximos y de la fijación del Presupuesto Máximo por EPS. En esta labor, y para darle mayor claridad, se hizo igualmente necesario darle un reordenamiento a la estructura del proyecto de resolución.</p> <p>Así, de una parte, se tendrá una primera resolución dirigida hacia la definición y el detalle de los aspectos metodológicos del mecanismo de Presupuestos Máximos en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes; y, de otra parte, habrá una segunda resolución en la cual se presentan los valores de Presupuestos Máximos por EPS para la vigencia 2020, para ambos regímenes.</p> <p>Ahora bien, para evitar interpretaciones inadecuadas sobre los anexos relacionados con los listados de Valores de Referencia (VR) , los mismos serán presentados en un documento aparte en sus cuatro componentes (medicamentos, APME, procedimientos y servicios complementarios) y para ambos regímenes.</p> <p>En el tema de traslados , vale aclarar que se modificará el cálculo de un per cápita por EPS de origen, hacia un per cápita promedio nacional , eliminándose el anexo 7 del proyecto de resolución, sobre la Estructura de costos para el traslado de afiliados para la vigencia 2020.</p>
1523	1	17/01/2020	202042300061422	ALEJANDRO OLAYA	Colegio colombiano de electrofisiología	ID 277 CUPS 372802 Id 234 cups 378605 ID233 cups 3786	<p>El valor a reconocer mínimo debe ser 270000000 El valor a reconocer debe ser el mismo que para el cups378606 La inserción de cardiodesfibrilador por vía endovascular es un procedimiento que ya esta incluido en el plan de beneficios en salud</p>	<p>Con el valor que aparece en la propuesta no se cubre ni siquiera los insumos utilizados en los procedimientos, estando así sin cubrimiento de honorarios, gastos de sala etc. Si se cubre colamente el valor que aparece en la propuesta quedaría por fuera el cubrimiento del insumo principal que es el cardiodesfibrilador con resincronizador</p>	<p>Respuesta 1. Respecto a su comentario, este Ministerio se permite aclarar que en el presente proyecto normativo se realiza el cálculo de valores de referencia con uso exclusivo para el cálculo de los presupuestos máximos por EPS. El valor de referencia no se constituye en una regulación de precios lo que permite que el precio de venta pueda ser definido por quien corresponda. Los valores de referencia se calcularon con base en la información de recobros de ADRES que recoge los datos de las facturas reportadas por las EPS; estas contienen a su vez los valores de los servicios prestados que reflejan todas las condiciones de oferta, demanda, formas de contratación, costo de los factores de producción, factores competitivos y demás componentes de la cadena de valor.</p> <p>Puesto que los valores de referencia son una función de los precios observados, también capturan los elementos que afectan al mercado y a la cadena de valor antes enunciados con un componente de uso eficiente de los recursos en consonancia con la ley 1966 de 2019.</p> <p>Para el desarrollo del presente proyecto normativo se definió la metodología descrita la que no contempla aplicaciones específicas por procedimientos individuales, reiterándose que el cálculo del valor de referencia, no pretende establecer un precio en el mercado y su uso es exclusivamente para el cálculo de presupuestos máximos.</p> <p>Considerando lo previamente mencionado, el valor máximo observado en la información presentada por las entidades recobrantes a La ADRES, para los códigos referidos en su solicitud, fue el siguiente, que sin embargo, dada su solicitud se revisará el valor de referencia y si hay lugar a ajuste, el mismo se realizará en el nuevo anexo:</p> <p>372802 Mapeo Electroanatomico Tridimensional - VR: \$ 9.781.343,55 3786 Insercion [Implantacion] De Cardioversor (Desfibrilador) - VR: \$ 45.667.054,01 378605 Insercion [Implantacion] De Cardioversor (Desfibrilador) Con Resincronizador (Cardiore-sincronizador) Via Abierta - VR: \$ 10.477.351,82</p> <p>No obstante, debe tener en cuenta que el establecimiento de Presupuestos Máximos no puede constituirse en una barrera para la prestación de los servicios por parte de las EPS y las instituciones prestadoras de servicios, tampoco deberán limitar, restringir o afectar el acceso a las tecnologías en salud.</p> <p>Entonces, es claro para este Ministerio que el Estado es el garante del servicio público de Salud quien, entre otras cosas, debe organizar, dirigir, coordinar, reglamentar y controlar la prestación de servicios de salud.</p> <p>Es claro además que las EPS ostentan hoy la función de gestión integral de la salud de sus afiliados y que para el efecto disponen de los recursos de la UPC y de los recursos que hoy La ADRES dispone para pagar por el uso de las tecnologías de salud No UPC.</p>
1524	2	17/01/2020	202042300061422	ALEJANDRO OLAYA	Colegio colombiano de electrofisiología		<p>Como se va a controlar que las eps de verdad autoricen los procedimientos que estén fuera del plan de beneficios si se les va a pagar por adelantado por estos .</p>		<p>Respuesta 2. En cuanto a su inquietud relacionada con “Como se va a controlar que las eps de verdad autoricen los procedimientos que estén fuera del plan de beneficios si se les va a pagar por adelantado por estos.”, para la verificación de la gestión de los recursos del presupuesto máximo, el proyecto de resolución contempla derivar amplias disposiciones a La ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso esta enfocado a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.</p> <p>Con la entrada en vigencia del Presupuesto Máximo, La ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso, e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Mediante este proceso La ADRES generara alertas con indicaciones preventivas y correctivas tendientes a cumplir con el presupuesto máximo, haciendo público el resultado del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor y operador logístico y región.</p> <p>Previendo la necesidad de ajustar este proceso, La ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, generándose de esta manera un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.</p>