



**La salud
es de todos**

Minsalud

INFORME DE LA ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC DEL AÑO 2018.

**Dirección de Regulación de Beneficios,
Costos y Tarifas del Aseguramiento en
Salud.**

**Subdirección de Beneficios en
Aseguramiento.**



**La salud
es de todos**

Minsalud

República de Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social.

**INFORME DE LA ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC DEL AÑO
2018.**

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD.

Diciembre de 2018.



**La salud
es de todos**

Minsalud

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ
Presidente de la República.

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social.

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA
Viceministra de Protección Social.

IVÁN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ
Viceministro de Salud.

FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO
Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

OLINDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ
Subdirectora de Beneficios en Aseguramiento.

AMANDA VEGA FIGUEROA
Subdirectora de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Diciembre de 2018.



**La salud
es de todos**

Minsalud

DIRECCIÓN DEL PROYECTO.

FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO

Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

OLINDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ

Subdirectora de Beneficios en Aseguramiento.

EQUIPO TÉCNICO.

MD. LILIANA ISABEL BOUDE FIGUEREDO

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

QF. JENNY PATRICIA CLAVIJO ROJAS

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

BAC. RUTH MAGALLY DEVIA DÍAZ

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

BAC. YOHANA PATRICIA GÓMEZ DUARTE

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

MD. EDELBERTO GÓMEZ VERGARA

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

QF. ANA MARÍA HERRERA ESLAVA

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

QF. SUSAN DAYANA MONCAYO BRAVO

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

MD. GUILLERMO ARTURO RICO GONZÁLEZ

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

ING. LINA MARCELA ROJAS SALCEDO

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

PSIC. NOHORA LUCÍA SARMIENTO HERRERA

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

EC. ADRIANA MARCELA CABALLERO OTÁLORA

Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

EC. LUIS FERNANDO SOTELO CORTÉS

Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
ETS	Evaluación de tecnologías en salud.
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.
Minsalud	Ministerio de Salud y Protección Social.
MIPRES	Herramienta automatizada para el reporte y prescripción de tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.
PBSUPC	Plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.
POS	Plan Obligatorio de Salud.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
TS	Tecnología en salud.
UPC	Unidad de Pago por Capitación.
AIP	Análisis de impacto presupuestal.
CUPS	Clasificación Única de Procedimientos en Salud.
DRBCyT	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.	7
2. ANTECEDENTES NORMATIVOS.	8
2.1. ARTÍCULO 25° DE LA LEY 1438 DE 2011.	8
2.2. RESOLUCIÓN 5269 DE 22 DICIEMBRE 2017, ARTÍCULO 4.	9
2.3. SENTENCIA T-760 DE 2008 DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL.	9
2.4. ARTÍCULO 15. PRESTACIONES DE SALUD, LEY 1751 DE 2015.	10
3. OBJETIVO.	10
4. ACTUALIZACIÓN INTEGRAL.	11
4.1. NOMINACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD PARA INCLUSIÓN AL PBSUPC.	11
4.2. SELECCIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA EVALUAR –PRIORIZACIÓN.	12
4.3. EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA INCLUSIÓN AL PBSUPC.	12
4.4. SELECCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS A INCLUIR AL PBSUPC.	13
4.5. DECISIÓN FINAL DE INCLUSIÓN DE TECNOLOGÍAS AL PBSUPC.	13
4.6. ACTUALIZACIÓN Y FINANCIACIÓN.	14
5. DESARROLLO Y RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.	14
5.1. SELECCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS A INCLUIR AL PBSUPC.	15
5.2. DECISIÓN FINAL DE INCLUSIÓN DE TECNOLOGÍAS AL PBSUPC.	17
6. OTRAS METODOLOGÍAS DESARROLLADAS.	20
6.1. TRAZABILIDAD DE LA COBERTURA DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC POR LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS.	20
6.2. ACLARACIÓN EXPLICITA DE COBERTURA DE TECNOLOGÍAS EN EL PBSUPC POR APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 134 RESOLUCIÓN 6408 DE 2016.	21
6.3. REVISIÓN DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LA OMS NÚMERO 20.	32
7. RESULTADO FINAL DE LA ACTUALIZACIÓN.	35
8. BIBLIOGRAFÍA.	36



1. INTRODUCCIÓN.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- en el marco de la Ley 1751 de 2015 garantiza el derecho fundamental a la salud y la atención en salud a todos sus afiliados, en concordancia con el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, en las fases de promoción, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las patologías, mediante el aseguramiento en salud a través de servicios y tecnologías en salud descritos en el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -PBSUPC-, así como a través del mecanismo de reporte de prescripción señalado por la normatividad vigente según los requisitos y procedimientos dispuestos para las tecnologías y servicios que no son financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC-.

El conjunto de tecnologías en salud -TS- cubiertas en el plan de beneficios, se ha venido incrementando paulatinamente con el fin de otorgar mayores opciones terapéuticas a la población colombiana, aplicando y desarrollando los criterios definidos en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011 (carga de la enfermedad, perfil epidemiológico, medicamentos extraordinarios, disponibilidad de recursos y equilibrio financiero).

En consecuencia se establecieron: la actualización integral, los procedimientos y los mecanismos de cumplimiento legal y reglamentario para determinar los beneficios en salud reconocidos y financiados a través de los mecanismos de protección al derecho fundamental a la salud; de tal suerte que, el mecanismo de protección colectiva (mancomunando riesgos individuales) se financia con los recursos de la UPC en el marco del núcleo esencial de derecho fundamental, en cumplimiento de los criterios señalados legal y jurisprudencialmente a través del procedimiento técnico científico, transparente y participativo de actualización integral.

Por una parte, el procedimiento de actualización integral del plan de beneficios abarca diversas etapas o fases (nominación, ponderación, evaluación de las tecnologías en salud –ETS-, disponibilidad en el Sistema de Salud colombiano de las TS, garantía a través del SGSSS y toma de decisión), y por otra debe entenderse que es un proceso permanente, continuo, dinámico y participativo que ha permitido que los diferentes actores del SGSSS apropien conocimiento.

De la aplicación del procedimiento primero se obtiene la continua construcción de los beneficios en salud que deberán ser financiados con recursos de la UPC (entiéndase, Mecanismo de Protección Colectiva), es decir, se materializa la inclusión de TS a financiar con los recursos de la UPC; decisión que finalmente queda consignada en actos administrativos. Por último, y no menos importante, es que este procedimiento está centrado en el usuario, el cumplimiento de las necesidades en salud, la protección al derecho fundamental de la salud, la gestión apropiada desde el punto de vista clínico y técnico que responda a estándares de calidad definidos por los entes regulatorios y autoridades competentes.

En la aplicación del procedimiento de actualización, las TS constituyen el insumo fundamental de la actualización integral y responden a aspectos como: 1) las necesidades en salud de la población colombiana; 2) contienen los elementos esenciales para lograr el objetivo clínico respecto de la necesidad en salud; 3) procurar la mejor utilización de los recursos, servicios y tecnologías disponibles en el país; 4) proporcionan beneficios adicionales de las que ya se encuentran cubiertas en el mecanismo de protección colectiva del aseguramiento social.

El objetivo de la actualización integral no desconoce los criterios y las condiciones señaladas por leyes que actualmente siguen vigentes como son las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, en el entendido que señalan los aspectos esenciales para la actualización así: 1) carga de enfermedad de la población, 2) perfil epidemiológico, 3) disponibilidad de recursos y equilibrio y 4) medicamentos extraordinarios no explícitos. A su vez, tiene en cuenta todas aquellas TS que a través de la aplicación de las metodologías en los años anteriores han cumplido los requisitos en los diferentes momentos de actualización y que por varias razones han quedado en lista de espera para agotar todas las etapas, fases o pasos que se requieren para la financiación con los recursos de la UPC.

El desarrollo metodológico por tanto, corresponde también a la aclaración de la cobertura de procedimientos y medicamentos correspondiente a la continuación de la migración de manera progresiva desde un plan de beneficios en Salud basado en una lista positiva y taxativa, hacia un plan de beneficios implícito que contenga una lista taxativa de exclusiones o “lista negativa”, así como, atañe al resultado de la aplicación de las metodologías que también son descritas en el presente documento, tales como los cambios en la codificación o descripción de procedimientos en salud según los arreglos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS- del último año, y la ampliación de cobertura de aquellas TS que previamente contaban con aclaraciones que restringían su uso en determinadas situaciones.

En el presente documento se describen las metodologías que se siguieron en la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (en adelante Dirección de Regulación de Beneficios), para la inclusión y aclaración de las TS para la actualización puntual o parcial del plan de beneficios en salud para el año 2018, que se materializó con la expedición de la Resolución 5857 de 2018.

2. ANTECEDENTES NORMATIVOS.

2.1. **ARTÍCULO 25° DE LA LEY 1438 DE 2011.**

“El plan de beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del plan de beneficios.



La salud
es de todos

Minsalud

Las metodologías utilizadas para definición y actualización del plan de beneficios deben ser publicadas y explícitas y consultar la opinión, entre otros, de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de los afiliados y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes.

El plan de beneficios solo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa competente para ello.” (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2011).

2.2. **RESOLUCIÓN 5269 DE 22 DICIEMBRE 2017, ARTÍCULO 4.**

“Las tecnologías en salud que se incluyen en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, requieren de procesos de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), análisis de grupos terapéuticos o del mercado, análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de práctica clínica (GPC) adoptadas por este Ministerio, otros análisis y la toma de decisión por parte de la autoridad competente. (...)” (Subrayado fuera del texto original) (Ministerio de Salud Y Protección Social, 2017).

2.3. **SENTENCIA T-760 DE 2008 DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL.**

“En consecuencia, se ordenará a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la revisión integral de los Planes obligatorios de salud (POS), garantizando la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud. Como una medida complementaria, se ordenará a la Comisión de Regulación en Salud la revisión de los planes obligatorios de salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley (de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema – artículo 162, parágrafo 2, Ley 100 de 1993)”.

(...)

“De acuerdo con la jurisprudencia constitucional sobre el alcance de las obligaciones de protección derivadas del derecho fundamental a la salud (ver capítulo 6), las autoridades competentes para adoptar medidas de regulación en salud, deberán cumplir con las siguientes órdenes atinentes a las fallas en la regulación.

*8.2.1. En lo que respecta a los planes de beneficios, se impartirán ocho órdenes. A saber, (1) ordenar que se precise el contenido de los planes (numeral décimo sexto de la parte resolutive); (2) ordenar que se actualice **integralmente** el POS y se reduzcan las dudas (décimo séptimo); (3) ordenar que se actualice periódicamente POS (décimo octavo) (...)” (Subrayado fuera del texto original). (Corte Constitucional).*

2.4. **ARTÍCULO 15. PRESTACIONES DE SALUD, LEY 1751 DE 2015.**

“El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la presentación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

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

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

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. (...).

(...)Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Parágrafo 1. *El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. (...)* (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2015).

3. OBJETIVO.

Describir los pasos metodológicos y los resultados de la aplicación de las metodologías utilizadas para la identificación de las tecnologías en salud para actualizar integralmente el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC –PBSUPC, con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y avanzar hacia el fortalecimiento del aseguramiento.

4. ACTUALIZACIÓN INTEGRAL.

Gráfica 1. Procedimiento para la actualización integral del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.



Fuente: elaboración propia.

El procedimiento de actualización integral del plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC es un proceso permanente, continuo, dinámico y participativo que abarca diversas fases, que se detallan a continuación, cumpliendo las condiciones y criterios estipulados en el ordenamiento jurídico colombiano.

4.1. **NOMINACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD PARA INCLUSIÓN AL PBSUPC.**

La nominación de las tecnologías en salud se constituye en una de las fuentes de información de las tecnologías en salud, el cual se complementa con las consultas realizadas por este ente ministerial a otras fuentes de información como las guías de práctica clínica (GPC), las guías de atención integral (GAI), los protocolos clínicos (PC), consensos de expertos (CE), revisión de la lista de medicamentos esenciales de la OMS entre otras, con el fin de identificar las mejores alternativas para la atención en salud de la población afiliada.

Para ser tenidas en cuenta las tecnologías en salud en el proceso de actualización integral de los beneficios en salud financiados con recursos de la UPC, los actores de Sistema General de Seguridad Social podrán nominar tecnologías en salud, cumpliendo con los requisitos y condiciones descritos y establecidos por este ente ministerial¹.

Los requisitos dependerán del tipo de actor que realice la solicitud, siendo obligatorio el diligenciamiento de los formatos que se establecieron para tal fin (Aspectos generales de la nominación). Los actores son: 1. la ciudadanía en general, usuarios o pacientes; 2. las asociaciones de usuarios o pacientes debidamente constituidas en el país; 3. las sociedades científicas u otras agremiaciones en

¹ PROCEDIMIENTO PARA LA NOMINACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD EN EL MARCO DE LA ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC)

salud debidamente constituidas en el país; 4. las instituciones prestadoras de servicios de salud; y 5. industria farmacéutica y demás actores del SGSSS.

4.2. **SELECCIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA EVALUAR –PRIORIZACIÓN.**

Las tecnologías en salud nominadas, son ordenadas con base en criterios y categorías que permiten el ordenamiento de forma objetiva, transparente, sistemática y válida que incorpora las expectativas y opiniones, tanto de los expertos del SGSSS como de la comunidad en general.

En el año 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco legal de la actualización de los beneficios en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, con la participación de los diferentes actores, implementó la metodología de priorización² para seleccionar las tecnologías a evaluar, en la que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud describe la metodología usada para la determinación del orden de las tecnologías en salud, con identificación de las categorías, los criterios y escalas de medición.

De ahí que se establecieron conforme a la participación ciudadana las categorías y los criterios para la priorización de las tecnologías en salud (TS) en los procesos de actualización integral.

4.3. **EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA INCLUSIÓN AL PBSUPC.**

El proceso o la fase de evaluación de tecnologías en salud (ETES)³, se establece como un conjunto de actividades sistemáticas en los que se realiza un examen y un reporte de las propiedades de una tecnología en salud (TS), generando información que permita toma de decisiones con aspectos objetivos de la evidencia científica sobre seguridad, eficacia, efectividad, así como la parte económica expresada en análisis de impacto presupuestal o las implicaciones económicas de las tecnologías en salud que se llevan a evaluación.

El IETS realiza para cada periodo de actualización integral en el marco de los convenios interinstitucionales, las evaluaciones que correspondan de aquellas tecnologías que han cursado y agotado las fases de nominación y priorización en cada ciclo correspondiente y aquellas que conforme a

² Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Metodología para ponderación de criterios para seleccionar las tecnologías en salud a evaluar. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/metodologia-ponderacion-criterios-seleccionar-tecnologias-salud-evaluar-2014.pdf>

³ Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS; “...Las Evaluaciones de Tecnología en Salud (ETES) son procesos sistemáticos de examen y reporte de las propiedades de una tecnología usada en el cuidado de la salud, así como sus consecuencias sociales, económicas y éticas. Su propósito principal es informar la toma de decisiones relacionadas con tecnologías en salud.

Las tecnologías en salud se evalúan para generar información que permita tomar decisiones multinivel a lo largo del proceso de atención en salud y salud pública...”, <http://www.iets.org.co/paginas/%C2%BFqu%C3%A9-hace-el-iets.aspx#etes>.

las fases de periodos anteriores quedan en lista de espera, por ser procesos dinámicos, continuos, participativos y transparentes.

4.4. ***SELECCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS A INCLUIR AL PBSUPC.***

La selección de las tecnologías como etapa o fase dentro del proceso de actualización integral de los beneficios en salud financiados con recursos de la UPC, se establece siguiendo una metodología⁴ que permite la determinación del orden de las tecnologías en salud a ser presentadas por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud con el propósito de actualizar integralmente los beneficios en salud financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) expresados a través del mecanismo de protección colectiva.

En el año 2012 se definieron las escalas de medición de los criterios de priorización para inclusión, las cuales fueron aplicadas en 2013 para calificar las tecnologías sometidas a evaluación de seguridad y efectividad clínica por parte de pacientes, la comunidad médica en eventos de participación ciudadana, así como por el grupo técnico de Minsalud en forma independiente. El resultado de los tres grupos de calificación demostró la concordancia de las calificaciones obtenidas en cada tecnología, así como su ordenamiento para la propuesta de inclusión.

Una vez, terminado el proceso de actualización del 2013, se definió que para las siguientes actualizaciones se continuarían empleando los mismos criterios de priorización con sus respectivas escalas de medición, ajustadas con forme sea requerido, con el fin de ser aplicadas por el grupo técnico de Minsalud.

4.5. ***DECISIÓN FINAL DE INCLUSIÓN DE TECNOLOGÍAS AL PBSUPC.***

Agotadas las fases previas anteriormente, se construye el listado de tecnologías en salud que se llevan inicialmente a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud de creación con el Decreto 2562 de 2012 artículo 10, la cual en cumplimiento de sus funciones establece el paso o etapa de recomendación para que de forma objetiva y transparente se tome la decisión anteriormente de incluir y definir el grupo de tecnologías en salud que serán parte del plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Actualmente bajo los esquemas ordenados por la Ley Estatutaria de Salud se establecen las tecnologías en salud que serán parte de los beneficios en salud financiados con los recursos de la Unidad de Pago

⁴ Metodología de aplicación de criterios para seleccionar las tecnologías a incluir en la financiación con recursos de la UPC

por Capitación y que agotada la metodología de actualización integral expresa el mecanismo de protección colectiva (mancomunando riesgos individuales).

4.6. **ACTUALIZACIÓN Y FINANCIACIÓN.**

Esta última etapa cierra el ciclo para cada periodo de actualización expresando a través del acto administrativo correspondiente configurando el conjunto de tecnologías en salud que harán parte de los beneficios en salud financiados con los recursos de la UPC, y denotando la esencialidad del núcleo del derecho fundamental a través del mecanismo de protección colectiva.

5. **DESARROLLO Y RESULTADO DEL PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.**

La incorporación de una tecnología en el plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC corresponde al resultado del proceso de elección y aprobación de dicha tecnología por parte del ente competente, luego de la revisión y verificación de aspectos como seguridad, efectividad, evaluación económica, e impacto en la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La inclusión implica en el momento actual, la incorporación explícita de la tecnología en el plan de beneficios a través de un acto administrativo, previo estudio por parte la Comisión Asesora de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y posterior aprobación por el Ministro de Salud y Protección Social.

Para el desarrollo de la presente actualización, en primer lugar se recurrió a la información de aquellas tecnologías que hicieron parte del proceso de actualización del POS para el año 2013⁵, teniendo en cuenta que en él se encontraban contenidas tecnologías que fueron evaluadas y priorizadas con la debida sustentación de información y respaldo científico, y que no fueron incluidas en el POS en el proceso previo de actualización, entre otros y principalmente, por efectos de las restricciones de recursos presupuestales, quedando inmediatamente por debajo del punto de corte en 2013. Todas ellas presentaban ya evaluaciones de tecnologías que no debían ser desechados sino por el contrario, requería ser ampliadas y actualizadas para la presente actualización.

⁵ Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (2013). Desarrollo metodológico de los procesos generales de depuración y ordenamiento de tecnologías en salud a evaluar, aumento de cobertura y supresión para efectos de la actualización del POS 2013. Nominación; Inclusión; Nominación; 47 p. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/depuracion-y-ordenamiento-de-tecnologias-2013.pdf>

Además, se tuvieron en cuenta para el presente proceso de actualización integral aquellas tecnologías que quedaron pendientes por evaluar del proceso de actualización del POS para el año 2013, que fueron priorizadas para evaluación⁶ y que ya tenían evaluación completa.

5.1. **SELECCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS A INCLUIR AL PBSUPC.**

La selección de las tecnologías como etapa o fase dentro del proceso de actualización integral de los beneficios en salud financiados con recursos de la UPC, se establece siguiendo una metodología que permite la determinación del orden de las tecnologías en salud a ser presentadas por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud con el propósito de actualizar integralmente los beneficios en salud financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) expresados a través del mecanismo de protección colectiva.

En el año 2013 se definieron las escalas de medición de los criterios de priorización para inclusión, las cuales fueron aplicadas para calificar las tecnologías sometidas a evaluación de seguridad y efectividad clínica por parte de pacientes, la comunidad médica en eventos de participación ciudadana, así como por el grupo técnico de Minsalud en forma independiente. El resultado de los tres grupos de calificación demostró la concordancia de las calificaciones obtenidas en cada tecnología, así como su ordenamiento para la propuesta de inclusión.

Es por esto que, terminado el proceso de actualización del 2013, se definió que para las siguientes actualizaciones se continuarían empleando los mismos criterios de priorización con sus respectivas escalas de medición, ajustadas con forme sea requerido, con el fin de ser aplicadas por el grupo técnico de Minsalud. Los criterios y su ponderación fueron los definidos en el proceso de participación ciudadana del 2013, los cuales se describen a continuación:

Tabla 1 Criterios de priorización ponderados para aplicar en el proceso de participación ciudadana

CRITERIO	PESO PONDERADO
C1. GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD O CONDICIÓN DE SALUD	26
C2.MEJORA EN EFICACIA/ EFECTIVIDAD	24
C3.TIPO DE BENEFICIO CLÍNICO	20
C4.MEJORA DE SEGURIDAD Y TOLERANCIA	18
C5.NECESIDAD DIFERENCIAL EN SALUD (CRONICIDAD, PALIACIÓN)	12

Fuente: Criterios y Categorías Para la Priorización de Tecnologías en Salud en el Proceso de Actualización del POS

⁶ Continuación del Ordenamiento y Selección de las Tecnologías en Salud para la Evaluación de Tecnologías del año 2014

La aplicación de los criterios de priorización fue realizada por el equipo técnico de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento, quienes calificaron las tecnologías en salud identificadas previamente por el IETS como seguras y efectivas empleando los cinco criterios para cada una.

Para cada tecnología se aplicaron los cinco criterios de priorización en forma secuencial, con la información que se encuentra consignada en la base de datos de las tecnologías evaluadas, y que consolida los resultados de la evaluación de la respectiva tecnología elaborada por el IETS, las recomendaciones de Guías de Práctica Clínica oficiales, así como la información de Carga de enfermedad para las indicaciones de las tecnologías identificadas.

Una vez calificado cada criterio el resultado de cada medición se multiplica por su ponderador. La sumatoria de las mediciones ponderadas determina el puntaje de la tecnología.

Las tecnologías priorizadas para inclusión, fueron agrupadas por indicación y se realizó la actualización de los análisis de impacto presupuestal. Para la presente actualización, se tuvieron en cuenta las tecnologías que se tenían en lista de espera para inclusión en 19 indicaciones así:

Tabla 2 Listado de indicaciones actualización integral 2018.

CONDICIÓN	NUMERO DE TS
ESTREÑIMIENTO ADULTOS LÍNEA 2	2
OSTEOPOROSIS POR POSTMENOPAUSIA	6
OSTEOPOROSIS PRIMARIA	6
OSTEOPOROSIS SECUNDARIA	6
TRASTORNO DE PÁNICO LÍNEA 1	5
TRASTORNO DE PÁNICO LÍNEA 2	1
TRASTORNO DE FOBIA SOCIAL LÍNEA 1	3
TRASTORNO DE FOBIA SOCIAL LÍNEA 2	2
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA LÍNEA 1	7
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA LÍNEA 2	3
HEMORRAGIA POSTPARTO Y ATONÍA UTERINA	1
INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA O MIXTA	6
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA	8
NAUSEA Y VOMITO - EDA	1
NAUSEA Y VOMITO - POSTOPERATORIO	3
NAUSEA Y VOMITO - REFLUJO GASTROESOFÁGICO	3
NAUSEA Y VOMITO - QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA	5
HIPERTENSIÓN - DIURÉTICOS	3
HIPERTENSIÓN - ARAS	8
DIABETES MELLITUS TIPO II	11
TOTAL	90

Fuente: Creación propia de la DRBCT 2018

5.2. **DECISIÓN FINAL DE INCLUSIÓN DE TECNOLOGÍAS AL PBSUPC.**

Agotadas las fases previas anteriormente descritas, y con los informes de los Análisis de Impacto Presupuestal se construye el listado de tecnologías en salud que se llevan inicialmente a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, la cual en cumplimiento de sus funciones establece el paso o etapa de recomendación para que de forma objetiva y transparente se tome la decisión y se define el grupo de tecnologías en salud que serán parte del plan de beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Actualmente bajo los esquemas ordenados por la Ley Estatutaria de Salud se establecen las tecnologías en salud que serán parte de los beneficios en salud financiados con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación y que agotada la metodología de actualización integral expresa el mecanismo de protección colectiva (mancomunando riesgos individuales).

Las tecnologías que se incluyeron en la presente actualización integral corresponden 84 medicamentos los cuales se listan en la siguiente tabla:

Tabla 3 Listado de Medicamentos Incluidos en Actualización Integral de 2018.

CONDICIÓN	TECNOLOGÍAS
ESTREÑIMIENTO ADULTOS_LÍNEA 2	LUBIPROSTONA
	PRUCALOPRIDA
OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA	ACIDO RISEDRONICO
	ACIDO IBANDRONICO-ORAL
	DENOSUMAB
	RALOXIFENO
	RANELATO DE ESTRONCIO
	TERIPARATIDA
OSTEOPOROSIS PRIMARIA	ACIDO RISEDRONICO
	ACIDO IBANDRONICO-ORAL
	DENOSUMAB
	RALOXIFENO
	RANELATO DE ESTRONCIO
	TERIPARATIDA
OSTEOPOROSIS SECUNDARIA	ACIDO RISEDRONICO
	ACIDO IBANDRONICO-ORAL



La salud
es de todos

Minsalud

CONDICIÓN	TECNOLOGÍAS
	DENOSUMAB
	RALOXIFENO
	RANELATO DE ESTRONCIO
	TERIPARATIDA
TRASTORNO DE PÁNICO_LÍNEA 1	VENLAFAXINA
	CITALOPRAM
	ESCITALOPRAM
	PAROXETINA
	ALPRAZOLAM-SOLUCIÓN ORAL
TRASTORNO DE PÁNICO_LÍNEA 2	CLOMIPRAMINA
TRASTORNO DE FOBIA SOCIAL_LÍNEA 1	ESCITALOPRAM
	ALPRAZOLAM-SOLUCIÓN ORAL
	PAROXETINA
TRASTORNO DE FOBIA SOCIAL_LÍNEA 2	VENLAFAXINA
	FLUVOXAMINA
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA_LÍNEA 1	VENLAFAXINA
	DULOXETINA
	ESCITALOPRAM
	PAROXETINA
	ALPRAZOLAM-SOLUCIÓN ORAL
	BROMAZEPAM
	CLOBAZAM
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA_LÍNEA 2	PREGABALINA
	BUSPIRONA
	QUETIAPINA
HEMORRAGIA POSTPARTO Y ATONÍA UTERINA	CARBETOCINA
INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA O MIXTA	DARIFENACINA
	FLAVOXATO
	MIRABEGRON
	OXIBUTININA
	SOLIFENACINA
	TOLTERODINA
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA	ALFUZOSINA
	DUTASTERIDA + TAMSULOSINA



CONDICIÓN	TECNOLOGÍAS
	SILODOSINA
	TAMSULOSINA
	TERAZOSINA
	DOXAZOSINA
	DUTASTERIDA
	FINASTERIDA
NÁUSEA Y VÓMITO_EDA	CLOROFENOTIAZINILSCOPINA
NÁUSEA Y VÓMITO_POSTOPERATORIO	GRANISETRON
	ONDANSETRON
	PALONOSETRON
NÁUSEA Y VÓMITO_REFLUJO GASTROESOFÁGICO	CINITAPRIDA
	DOMPERIDONA
	METOCLOPRAMIDA + SIMETICONA - SUSPENSIÓN
NÁUSEA Y VÓMITO_QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA	ALIZAPRIDA
	APREPITANT
	FOSAPREPITANT
	GRANISETRON
	PALONOSETRON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL_DIURÉTICOS	CLORTALIDONA
	EPLERENONA
	INDAPAMIDA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL_ANTAGONISTAS DE ANGIOTENSINA II	AZILSARTAN
	CANDESARTAN
	EPROSARTAN
	FIMASARTAN
	IRBESARTAN
	OLMESARTAN MEDOXIMILO
	TELMISARTAN
	VALSARTAN
DIABETES MELLITUS TIPO II	GLIMEPIRIDA
	GLICLAZIDA
	ALOGLIPTINA
	GEMIGLIPTINA
	LINAGLIPTINA



La salud
es de todos

Minsalud

CONDICIÓN	TECNOLOGÍAS
	SAXAGLIPTINA
	SITAGLIPTINA
	VILDAGLIPTINA
	DAPAGLIFLOZINA
	CANAGLIFLOZINA
	EMPAGLIFLOZINA

Fuente: Construcción Propia de la DRBCTAS 2018

6. OTRAS METODOLOGÍAS DESARROLLADAS.

A continuación, se describen las metodologías aplicadas durante el proceso de actualización puntual o parcial del plan de beneficios del 2018, así como los resultados obtenidos con la aplicación de cada una de ellas.

6.1. ***TRAZABILIDAD DE LA COBERTURA DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC POR LA ACTUALIZACIÓN DE LA CUPS.***

Teniendo en cuenta que la descripción de los procedimientos del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC está descrito en términos de CUPS, se hace necesario establecer la cobertura en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC de aquellos servicios y tecnologías que tuvieron alguna modificación en cuanto a su descripción, reubicación o desagregación con la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud establecida con la Resolución 5851 de 2018, para tal fin se realizó el análisis de las modificaciones registradas en la trazabilidad de la CUPS y se establecieron los siguientes algoritmos para aclarar las coberturas así:

- Los servicios y tecnologías en salud que no surtieron modificación tienen igual cobertura a la descrita en la Resolución 5171 de 2017 y sus anexos.
- Los servicios y tecnologías en salud nuevos en la CUPS, requieren de análisis específicos para definir su cobertura, por lo tanto, no fueron tenidos en cuenta para esta actualización.
- Los servicios y tecnologías en salud que se modificaron semánticamente en su descripción, pero siguen siendo los mismos, tienen la misma cobertura descrita en la Resolución 5171 de 2017 y sus anexos.
- Los servicios y tecnologías en salud que solo fueron reubicados teniendo en cuenta la estructura de la CUPS su cobertura es igual a la descrita en la Resolución 5171 de 2017 y sus anexos.
- Los servicios y tecnologías en salud que fueron desagregados de otro ya existente, tienen la misma cobertura descrita en la Resolución 5171 de 2017 y sus anexos del que fue desagregado, salvo

aquellos que por corresponder a un avance tecnológico en cuanto a técnica o vía de abordaje, requieren de análisis específicos para definir su cobertura.

- Los servicios y tecnologías que se agruparon en uno solo, conservan la cobertura que tenían en la Resolución 5171 de 2017 y sus anexos.

6.2. ***ACLARACIÓN EXPLICITA DE COBERTURA DE TECNOLOGÍAS EN EL PBSUPC POR APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 134 RESOLUCIÓN 6408 DE 2016.***

El artículo 134 de la Resolución 6408 de 2015 define: “**RECONOCIMIENTO DE TECNOLOGÍAS NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC.** En el evento en que se prescriban tecnologías en salud, tratamientos, o servicios que sean alternativos a los cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo incluido en este Plan de Beneficios, dichas tecnologías, tratamientos o servicios serán suministrados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, siempre y cuando cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificadas por el INVIMA o la respectiva autoridad competente”.

En consecuencia, las Entidades Promotoras de Salud - EPS pueden dispensar tecnologías en salud no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de pago por Capitación (UPC) - PBSUPC mediante la aplicación del precitado artículo. Esto permite que médicos y pacientes tengan un mayor número de opciones terapéuticas sin requerir de ningún trámite administrativo para su autorización y posterior dispensación.

Por consiguiente, el análisis de los reportes de tecnologías en salud por parte de las EPS correspondientes a la aplicación del artículo 134 de la Resolución 6408 de 2016, a través del registro tipo 5, se hace necesario ya que permite la identificación de tecnologías que podrían llegar a ser susceptibles de aclaración en el PBSUPC, por presentar un costo por evento o per cápita menor o igual al costo por evento o per cápita de la alternativa terapéutica cubierta por el PBSUPC.

A continuación, se describe el proceso y resultados del análisis realizado a la información reportada por parte de las Entidades Promotoras de Salud para el Registro tipo 5 y 6 – Registro de detalle artículo 134, Resolución 6408 de 2016.

Inicialmente a la información reportada por las EPS del régimen contributivo y subsidiado se les realiza la aplicación de mallas de validación de la estructura de calidad de información:

- **Grupo de calidad 1 – Estructura:** verifica la estructura del archivo del reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido.
- **Grupo de calidad 2 – Contenido:** revisa que los contenidos de la información reportada correspondan a los dominios de datos y las tablas de referencia.

- **Grupo de calidad 3 – Cruzada:** cruza dos o más columnas de la información reportada con las tablas de referencia:
 - Valor soportado en servicios con forma de reconocimiento “S”
 - Tabla CIE-10 con edad y sexo
 - Tabla CUPS con sexo, cobertura, ámbito de prestación del servicio, ámbito hospitalario días de estancia. Cruce con CIE-10 (Fase de observación)
 - Tabla CUM con cobertura
 - Tabla de Prestadores reportados con N o C
- **Grupo de calidad 4 - Personas:** verifica en las personas:
 - Derechos de los usuarios.
 - Duplicidad en el tipo y número de identificación, pero con diferente fecha de nacimiento o diferente sexo.
 - Cantidad de actividades realizadas por año.
 - Valor reportado de consumo año.
 - Puerta de entrada dispensación de medicamentos.
 - Puerta de entrada dispensación de insumos o dispositivos.

Una vez aplicados las validaciones de calidad de la información, los registros que pasan las mallas de validación en cuanto a estructura y calidad de la información conforman la base de datos a ser analizada por el equipo técnico en cuanto a la validación de coherencia técnica de la información reportada así:

- Revisión y validación de la condición No PBSUPC: en cuanto a que el procedimiento reportado como No cubierto en el PBSUPC no sea el mismo comparador utilizado, y no se encuentre cubierto en el PBSUPC vigente a la fecha del análisis, para lo cual se verifica la cobertura y que el código y descripción del procedimiento sea diferente al código reportado como cubierto en el PBSUC.
- Revisión y validación de congruencia técnica: en cuanto a la relación que guarda el procedimiento No cubierto en el PBSUPC de manera explícita como alternativo al procedimiento cubierto en el PBSUPC contra el cual se hace la comparación.
- Revisión y validación del valor: verificación de la consistencia interna de la información y el cumplimiento del artículo 134 en lo referente a que el valor reportado como “prestación No cubierta” en el PBSUC sea igual o menor al valor reportado para la prestación cubierta en el PBSUPC que se utiliza de comparador.

A continuación, se presenta el resultado del análisis realizado a la información reportada para procedimientos y medicamentos:

PROCEDIMIENTOS:

Una vez consultados los datos reportados para el Registro tipo 5 en la información reportada por la Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado, para el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el plan de beneficios con cargo a la UPC año 2019” periodo de estudio 2017, se identificaron 955.033 registros con un valor de \$38.250.027.928.

Una vez aplicadas las mallas de validación de calidad 1, 2, 3 y 4, la información que resultó para su posible análisis se resume en la siguiente tabla:

Tabla 4 Resultado de la aplicación de las mallas de validación de calidad 1, 2, 3 y 4

Reporte de información Registro Tipo 5. Procedimientos Artículo 134	
Registros	14.791
Procedimientos en CUPS	168
Valor	\$ 1.051.522.617
Valor Cuota Moderadora	
Valor Total	\$ 1.051.522.617

Fuente: Creación propia Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

- **Revisión y validación de la condición No PBSUPC:** a la información disponible para analizar, es decir 14.791 registros que corresponden a 168 procedimientos con código y descripción en la CUPS, se le aplica la “Calidad No PBSUPC” identificando que el procedimiento “No cubierto en el PBSUPC” no sea el mismo comparador utilizado, verificando que el código y descripción del procedimiento sea diferente al código y descripción reportado como cubierto en el PBSUPC.
En esta validación se identificaron 67 registros correspondientes a dos procedimientos que no cumplieran con el criterio establecido y que fueron excluidos de los análisis siguientes.
- **Revisión y validación de congruencia técnica:** una vez analizados los 14.727 registros que cumplen la calidad NO PBSUPC, se encontraron 166 Códigos Únicos de Procedimientos en Salud – CUPS- no cubiertos en el PBSUPC, cada uno comparado con uno o varios CUPS cubiertos en el PBSUPC. Para estos CUPS se realiza la revisión por concepto médico para establecer si el “procedimiento No cubierto” en el PBSUPC es alternativo al procedimiento cubierto en el PBSUPC. Como resultado, el concepto de congruencia técnica arrojó 34 procedimientos para ser analizados por calidad valor.



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla 5 Validación de congruencia técnica

	CUPS	DESCRIPCIÓN	COBERTURA	CUPS	DESCRIPCIÓN	COBERTURA
1	117400	QUERATOTOMIA RADIAL MIOPIA O ASTIGMATICA (CIRUGIA REFRACTIVA INCISIONAL) SOD	NO CUBIERTA	116100	QUERATOPLASTIA LAMELAR O SUPERFICIAL SOD	CUBIERTA
2	118301	ENTRECRUZAMIENTO DE COLAGENO CORNEAL UNILATERAL	NO CUBIERTA	116200	QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD	CUBIERTA
3	118302	ENTRECRUZAMIENTO DE COLAGENO CORNEAL BILATERAL	NO CUBIERTA	116200	QUERATOPLASTIA PENETRANTE SOD	CUBIERTA
4	147502	IMPLANTE INTRAVITREO	NO CUBIERTA	147501	INYECCION DE SUSTANCIAS TERAPEUTICAS EN VITREO	CUBIERTA
5	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	NO CUBIERTA	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	CUBIERTA
6	373412	ASLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	NO CUBIERTA	372502	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO VIA PERCUTANEA	CUBIERTA
7	380401	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL TORACICA	NO CUBIERTA	380500	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES SOD	CUBIERTA
8	386301	ESCLEROSIS DE LESION EN VASOS SANGUINEOS VIA PERCUTANEA	NO CUBIERTA	386302	ESCLEROSIS DE LESION DE VASOS SANGUINEOS	CUBIERTA
				399200	INYECCION DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA) SOD	CUBIERTA
9	387200	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SOD	NO CUBIERTA	385701	OCCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES, UNA O MAS	CUBIERTA
10	951601	TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE DE ESTRUCTURA OCULAR	NO CUBIERTA	951301	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS - ACR	CUBIERTA
				951101	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR O POSTERIOR DEL OJO	CUBIERTA
11	951602	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE	NO CUBIERTA	951301	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B, CON CONTENIDO ORBITARIO Y TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS - ACR	CUBIERTA
12	589301	COLOCACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE	NO CUBIERTA	579950	PROCEDIMIENTO ANTI-INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA	CUBIERTA
13	764201	MANDIBULECTOMIA TOTAL SIN RECONSTRUCCION OSEA	NO CUBIERTA	763101	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	CUBIERTA
14	819002	VERTEBROPLASTIA, ESTENTOPLASTIA, XIFOPLASTIA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO	NO CUBIERTA	790932	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACION	CUBIERTA
15	868315	PANICULECTOMIA DE ABDOMEN	NO CUBIERTA	868311	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPECTOMIA	CUBIERTA
16	868601	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA	NO CUBIERTA	862701	ONICECTOMIA	CUBIERTA
17	868603	RECONSTRUCCION DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL	NO CUBIERTA	865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL	CUBIERTA
18	868604	RECONSTRUCCION DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO	NO CUBIERTA	865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL	CUBIERTA
19	879601	TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET-TC]	NO CUBIERTA	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	CUBIERTA
				879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	CUBIERTA
20	883435	RESONANCIA MAGNETICA DE VIA URINARIA [URORRESONANCIA]	NO CUBIERTA	883440	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS	CUBIERTA
				883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN	CUBIERTA



La salud
es de todos

Minsalud

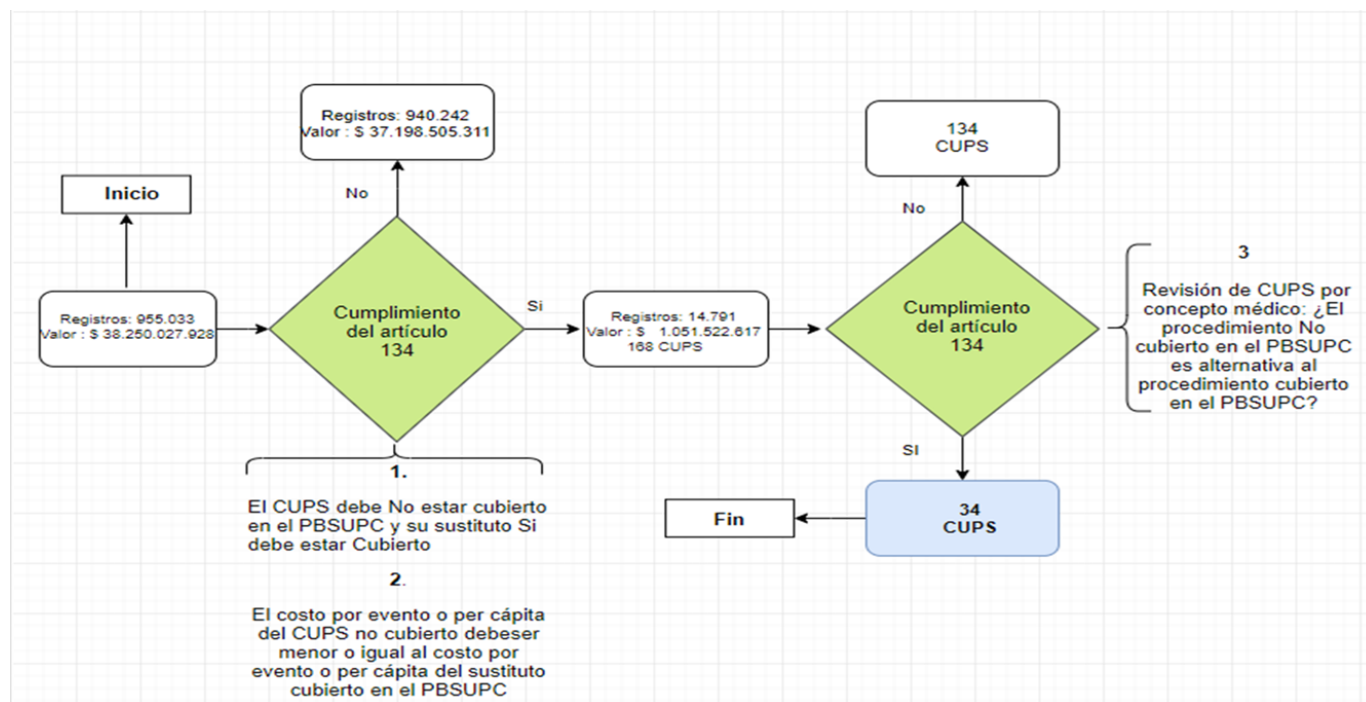
	CUPS	DESCRIPCIÓN	COBERTURA	CUPS	DESCRIPCIÓN	COBERTURA
21	893701	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA, PRE Y POST BRONCODILATADORES	NO CUBIERTA	893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	CUBIERTA
22	893815	PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA	NO CUBIERTA	893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	CUBIERTA
23	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	NO CUBIERTA	902043	TIEMPO DE COAGULACION	CUBIERTA
24	902051	COFACTOR DE RISTOCETINA [ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND]	NO CUBIERTA	902019	FACTOR VON WILLEBRAND	CUBIERTA
25	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	NO CUBIERTA	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	CUBIERTA
26	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	NO CUBIERTA	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION	CUBIERTA
27	906037	SHIGUELLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO CUBIERTA	901319	SHIGUELLA SEROTIIFICACION	CUBIERTA
28	906333	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO CUBIERTA	906102	ASPERGILLUS ANTICUERPOS MANUAL	CUBIERTA
29	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	NO CUBIERTA	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	CUBIERTA
				906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	CUBIERTA
30	906515	ANTI HLA CLASE I Y II (P.R.A) CUALITATIVO	NO CUBIERTA	906509	HLA CITOTOXICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	CUBIERTA
31	908426	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACION	NO CUBIERTA	908424	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECIFICAS)	CUBIERTA
32	908432	BRCA1 Y BRCA2 PERFIL COLOMBIA	NO CUBIERTA	908412	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES	CUBIERTA
33	908435	PCA3 PARA CANCER DE PROSTATA	NO CUBIERTA	908412	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDADES	CUBIERTA
34	935600	APLICACION DE VENDAJE DE PRESION (VENDA DE GIBNEY, ROBERT JONES, SHANTZ) SOD	NO CUBIERTA	935000	INMOVILIZACION, PRESION Y CUIDADO DE HERIDA SOD	CUBIERTA

Fuente: Creación propia Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

- **Revisión y validación del valor:** Para los 34 procedimientos que cumplieron el criterio de congruencia técnica, se calcula el valor per cápita y por evento de cada uno de los procedimientos, estableciendo en valor total de cada procedimiento y las personas únicas que lo recibieron, así como el número de procedimientos realizados.

Lo anterior se realiza para los procedimientos considerados como alternativas de lo cubierto en el PBSUPC y para aquellos ya cubiertos. Con lo anteriormente descrito se efectúa la comparación de dichos valores y se identifican los procedimientos cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo cubierto en el PBSUPC. Evidenciando que los 34 procedimientos cumplen con el criterio de valor.

El análisis realizado se resume en el siguiente diagrama:



Fuente: Creación propia Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Del análisis realizado se concluye que por concepto del artículo 134, serán financiados con cargo a la UPC 34 procedimientos, porque el costo por evento o per cápita es menor o igual al costo por evento o per cápita de lo cubierto en el PBSUPC.

Tabla 6 Tecnologías financiadas con recursos de la UPC por aplicación del artículo 134

	CUPS	DESCRIPCIÓN
1	117400	QUERATOTOMIA RADIAL MIOPIA O ASTIGMATICA (CIRUGIA REFRACTIVA INCISIONAL) SOD
2	118301	ENTRECruzAMIENTO DE COLAGENO CORNEAL UNILATERAL
3	118302	ENTRECruzAMIENTO DE COLAGENO CORNEAL BILATERAL
4	147502	IMPLANTE INTRAVITREO
5	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD
6	373412	ASLAMIENTO ELECTRICO DE VENAS PULMONARES VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)
7	380401	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL TORACICA
8	386301	ESCLEROSIS DE LESION EN VASOS SANGUINEOS VIA PERCUTANEA
9	387200	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SOD
10	951601	TOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE DE ESTRUCTURA OCULAR
11	951602	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE



	CUPS	DESCRIPCIÓN
12	589301	COLOCACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE
13	764201	MANDIBULECTOMIA TOTAL SIN RECONSTRUCCION OSEA
14	819002	VERTEBROPLASTIA, ESTENTOPLASTIA, XIFOPLASTIA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO
15	868315	PANICULECTOMIA DE ABDOMEN
16	868601	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA
17	868603	RECONSTRUCCION DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL
18	868604	RECONSTRUCCION DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO
19	879601	TOMOGRFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET-TC]
20	883435	RESONANCIA MAGNETICA DE VIA URINARIA [URORRESONANCIA]
21	893701	VOLUMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA, PRE Y POST BRONCODILATADORES
22	893815	PRUEBA DE BRONCOPROVOCACION ESPECIFICA (ALERGENO) O INESPECIFICA
23	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION
24	902051	COFACTOR DE RISTOCETINA [ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND]
25	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX
26	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII
27	906037	SHIGUELLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
28	906333	ASPERGILLUS SPP ANTIGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
29	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PEPTIDO CICLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
30	906515	ANTI HLA CLASE I Y II (P.R.A) CUALITATIVO
31	908426	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACION
32	908432	BRCA1 Y BRCA2 PERFIL COLOMBIA
33	908435	PCA3 PARA CANCER DE PROSTATA
34	935600	APLICACION DE VENDAJE DE PRESION (VENDA DE GIBNEY, ROBERT JONES, SHANTZ) SOD

Fuente: Creación propia Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Teniendo en cuenta que la descripción de los procedimientos del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC está descrito en términos de CUPS, y que los procedimientos analizados se encuentran descritos con forme a la Resolución 5975 de 2016, se hace necesario analizar las modificaciones registradas en la trazabilidad de la CUPS con el fin de expresar los procedimientos aclarados con forme a la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud establecida con la Resolución 5851 de 2018, para tal fin se realizó el análisis de las modificaciones registradas en la trazabilidad de la CUPS, dando como resultado los siguientes procedimientos aclarados por concepto de aplicación del artículo 134 de la Resolución 6408 de 2016:



La salud
es de todos

Minsalud

**Tabla 7 Tecnologías financiadas con recursos de la UPC por aplicación del artículo 134
Resolución 5851 de 2018**

CÓDIGO 5851/2018	DESCRIPCIÓN 58512018
117401	QUERATOTOMÍA INCISIONAL MANUAL
117402	QUERATOTOMÍA INCISIONAL ASISTIDA
118303	ENTRECRUZAMIENTO DE COLÁGENO CORNEAL
147502	IMPLANTE INTRAVÍTREO
240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD
373412	AISLAMIENTO ELÉCTRICO DE VENAS PULMONARES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)
380401	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL TORÁCICA
380402	TROMBOEMBOLECTOMÍA VENOSA TORÁCICA
380403	TROMBOLISIS EN VASOS TORÁCICOS
386301	ESCLEROSIS DE LESIÓN EN VASOS SANGUÍNEOS VÍA PERCUTÁNEA
387200	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SOD
589302	IMPLANTACIÓN DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO INFLABLE VÍA ABDOMINAL
589303	IMPLANTACIÓN DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO INFLABLE VÍA PERINEAL
589304	IMPLANTACIÓN DE APARATO DE ESFÍNTER URINARIO INFLABLE VÍA LAPAROSCÓPICA
764201	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA
819002	VERTEBROPLASTIA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTRACORPORAL
819004	VERTEBROPLASTIA
819005	CIFOPLASTIA
868315	PANICULECTOMÍA DE ABDOMEN
868601	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA
868603	RECONSTRUCCIÓN DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL
868604	RECONSTRUCCIÓN DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO
879601	TOMOGRAFIA POR EMISIÓN DE POSITRONES [PET-TC]
883435	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]
893701	VOLÚMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA, PRE Y POST BRONCODILATADORES
893815	PRUEBA DE BRONCOPROVOCACIÓN ESPECÍFICA (ALERGENO) O INESPECÍFICA
902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN
902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX
902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII
902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND
906037	Shiguella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906333	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO
906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO
906522	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO
908426	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN
908432	BRCA1 Y BRCA2 PERFIL COLOMBIA
908435	PCA3 PARA CÁNCER DE PROSTATA
935600	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN (VENDA DE GIBNEY, ROBERT JONES, SHANTZ) SOD
951901	TOMOGRAFÍA ÓPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR

CÓDIGO 5851/2018	DESCRIPCIÓN 58512018
951902	TOMOGRAFIA ÓPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR
951903	ANGIOTOMOGRAFÍA ÓPTICA COHERENTE

MEDICAMENTOS:

Para la construcción del presente informe técnico se empleó la misma metodología utilizada en análisis previos: “Análisis de tecnologías no incluidas de forma explícita en el POS y dispensadas con cargo a la unidad de pago por capitación mediante el artículo 132 de la resolución 5521 de 2013 para reconocimiento de tecnologías NO POS – Diciembre de 2015”, y “Análisis del reporte registro tipo 6 – detalle artículo 134 resolución 5592 de 2015 para aclaración explícita de cobertura de tecnologías en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC”.

La metodología en mención está compuesta por las siguientes etapas:

1. Validación de la información mediante mallas de calidad: la cual se realiza con las mallas de calidad definidas por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y que se aplican a todos los reportes de información de las EPS. Adicionalmente se valida que el código CUM reportado con su respectivo registro sanitario, se encontrara vigente, en trámite de renovación o avalado para su comercialización en el periodo de referencia.
2. Revisión y validación de precios mínimos de reporte para medicamentos: se efectúa esta etapa con el fin de identificar y no tener en cuenta en el análisis, los medicamentos cuyo valor de dispensación sea igual a cero o menor de \$10 (valor de reporte que la Dirección ha establecido como valor mínimo de un evento). Esta validación aplica únicamente para medicamentos.
3. Validación del cumplimiento de la condición de “No cobertura por el PBSUPC”: se verifica que la tecnología en salud dispensada no esté cubierta por el PBSUPC, así mismo, que la tecnología con la cual se comparó esta cubierta por el PBSUPC.
4. Para el análisis de la congruencia de los medicamentos reportados bajo dicho artículo se utiliza la clasificación ATC, donde se compara el código ATC de la tecnología en salud No cubierta por el PBSUPC prestada o dispensada con el código ATC de la tecnología en salud cubierta por el PBSUPC reportada como comparador.

Para tal efecto se relaciona el código CUM que reporta la EPS para el medicamento no cubierto, extrayendo el ATC de la tabla de cobertura por CUM de la DRBCTAS y comparándolo el código ATC mediante el cual se identifica el medicamento incluido explícitamente en el PBSUPC con el cual se establece el cumplimiento del artículo 134 de la resolución 6408 de 2016. De esta manera es posible establecer varios niveles de congruencia según la concordancia entre los dos códigos ATC de cada registro, así:

- ✓ Correlación a nivel de principio activo: Aquellos ATC que coinciden en sus 7 dígitos.
- ✓ Correlación a nivel Químico: Aquellos ATC que coinciden en los primeros 5 dígitos.
- ✓ Correlación a nivel farmacológico: Aquellos ATC que coinciden en los primeros 4 dígitos.
- ✓ Correlación a nivel Terapéutico: Aquellos ATC que coinciden en los primeros 3 dígitos.
- ✓ Correlación a nivel de Sistema u órgano blanco: Aquellos ATC que coinciden sólo en el primer dígito.

5. Finalmente se procede a emitir un concepto final en donde se enunciarán las recomendaciones finales sobre el análisis efectuado.

Para el año 2017 y luego de efectuar las primeras validaciones, se recibe de la base de datos que contiene el reporte de prestaciones farmacéuticas en las que se aplicó lo consignado en el artículo 134 de la resolución 6408 de 2016 tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, contenido que se resume en la siguiente tabla:

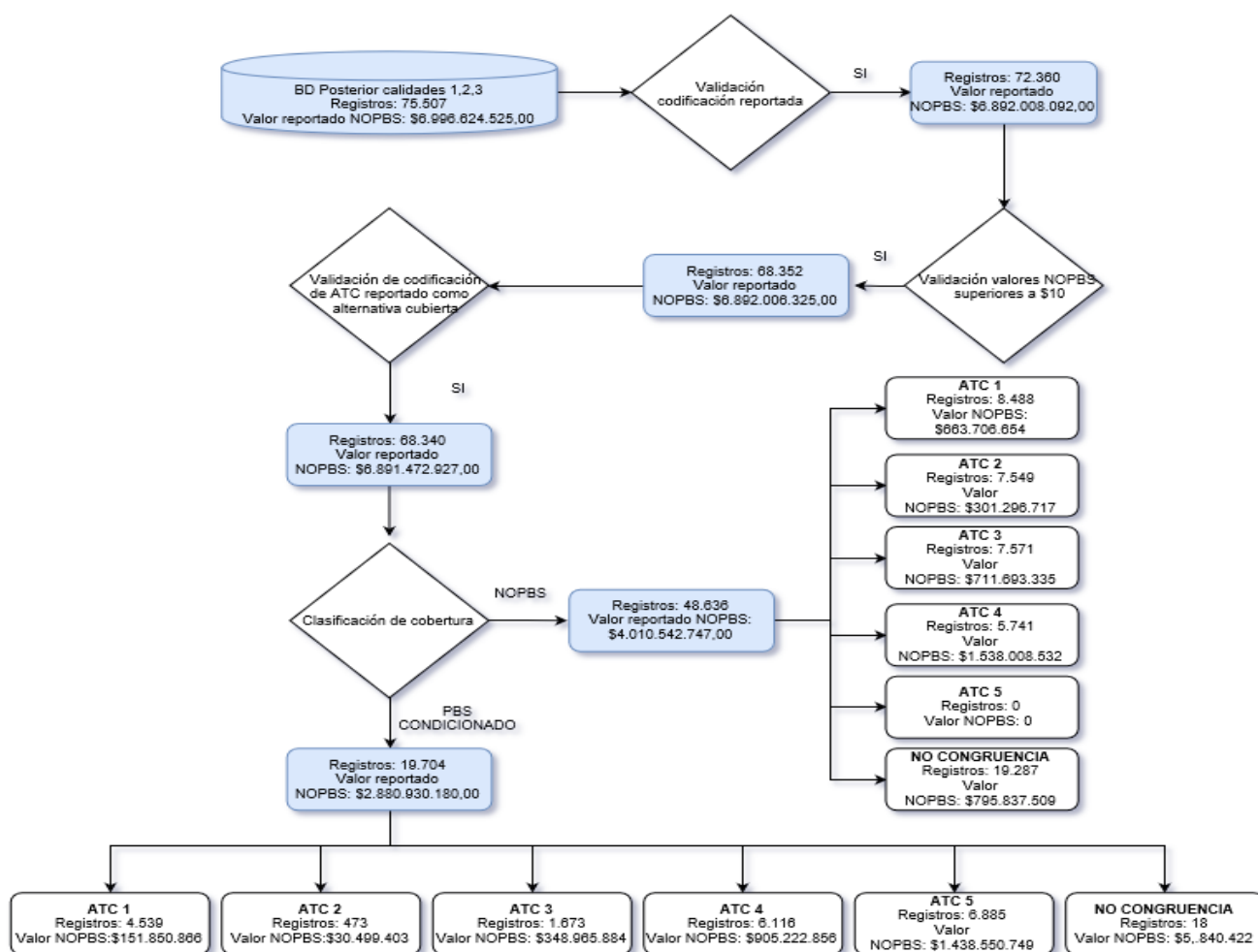
Tabla 8 Contenido del reporte registro tipo

Reporte de información de medicamentos Artículo 134 Resolución 6408 de 2016			
	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN SUBSIDIADO	TOTAL
Número de registros	41.565	33.942	75.507
Valor reportado NO PBS	\$ 3.876.031.241,00	\$ 3.120.593.284,00	\$ 6.996.624.525,00
Valor teórico PBSUPC	\$ 15.859.522.964,00	\$ 3.121.658.024,00	\$ 18.981.180.988,00

- **Validación codificación reportada:** para los 75.507 registros de ambos regímenes que pasan las primeras mallas de validación, se procede a verificar la validez del código CUM para el periodo de referencia, obteniendo 3.147 registros inválidos.

- **Validación de los valores mínimos de reporte:** Una vez obtenidos los registros considerados como válidos, se procede a identificar los registros cuyo valor de dispensación es menor o igual a \$10, con el fin de no tenerlos en cuenta en el análisis por cuanto se asume que pueden ser errores de reporte por el valor, de la anterior validación se encuentran 3.008 registros que no se tuvieron en cuenta por esta razón.
- **Validación de codificación de ATC reportado como alternativa cubierta:** finalmente se procedió a verificar que el código ATC reportado como alternativa cubierta, efectivamente correspondiera con las descripciones de ATC clasificadas como cubiertas y cubiertas condicionadas para el periodo de reporte, encontrando que para 12 registros se encontró que la tecnología reportada como alternativa cubierta, no correspondía en efecto a un medicamento financiado con cargo a la UPC.
- **Validación de congruencia del código ATC:** de acuerdo con las validaciones previas, se inicia la verificación de congruencia del código ATC con 68.340 registros que representan el 91% de la información inicial y un valor reportado de \$ 6.891.472.927 que corresponde al 98.5% del valor total reportado. Para los 68.340 registros de medicamentos validados se analiza la concordancia del código ATC en todos los niveles de desagregación, empezando por el primer nivel que se refiere al grupo anatómico, segundo nivel subgrupo terapéutico, tercer nivel subgrupo farmacológico, cuarto nivel subgrupo químico y finalmente quinto nivel sustancia química.

En el siguiente diagrama, se visualiza el proceso de validación de la información reportada y los registros y valores resultantes de cada paso, finalmente se observa la clasificación de congruencia por cada nivel del código ATC.



Luego de realizados los análisis correspondientes, se concluye que por concepto del artículo 134 ningún medicamento será dispuesto de manera explícita en Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

6.3. REVISIÓN DEL LISTADO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES DE LA OMS NÚMERO 20.

Para realizar la comparación de los dos listados se siguieron los siguientes pasos metodológicos:

1. Identificación del número de medicamentos incluidos en cada listado, por principio activo, concentración, forma farmacéutica y la distribución de estos.
2. Identificación de los medicamentos del LME que no tienen registro de la autoridad competente para comercialización en el país, empleando como fuente la consulta en línea de Registros Sanitarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos–INVIMA, a la fecha de elaboración del informe técnico, para este caso con corte a 22 de mayo de 2018.

[http://farmacovigilancia.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp]



3. Comparación de la cobertura de los medicamentos incluidos en el LME de la OMS en la versión 20 vigente para el año 2017, con el listado de medicamentos cubiertos en el mecanismo de protección colectivo mediante el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, definido por la Resolución 5269 de 2017. La búsqueda y posterior clasificación de cobertura se realiza teniendo en cuenta el Anexo 01 de medicamentos y los artículos del capítulo IV de la mencionada Resolución, adicionalmente se realiza una confirmación de la clasificación para cada medicamento en la “Base de cobertura CUM” con corte a julio 2018.
4. Para los medicamentos del LME no incluidos en el PBSUPC y financiados a través del mecanismo de protección individual, se realiza la identificación de medicamentos cubiertos por el PBSUPC que pertenecen al mismo grupo químico según el código ATC.

A continuación, se presentan las diferentes tablas producto de la comparación del Listado de Medicamentos Esenciales número 20 de la OMS y el listado del Anexo 1 de medicamentos de la Resolución 5269 de 2017.

En la siguiente tabla se observa el número de ítems que contiene cada listado, el conteo se realizó para la totalidad de los listados, incluyendo otras tecnologías en salud que no corresponden a medicamentos como métodos anticonceptivos de barrera, componentes sanguíneos, fórmulas lácteas, entre otros.

Tabla 9 Resumen ítems

	LME 20th edición	PBSUPC Res. 5269 (Anexo 01)
Número de ítems	542	525
Número de Medicamentos	534	523
Número de Principios Activos	434	478

Fuente: Creación propia Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Adicionalmente, para la clasificación de cobertura de los medicamentos del LME también se tuvo en cuenta los medicamentos con cobertura implícita en la Resolución 5269, los cuales se relacionan a continuación:

Tabla 10 Resumen cobertura implícita Resolución 5269

COBERTURA IMPLÍCITA RESOLUCIÓN 5269 DE 2017	NÚMERO DE PRINCIPIOS ACTIVOS
MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN ANALGESIA, ANESTESIA Y SEDACIÓN DE PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN EL PBSUPC	28
MEDICAMENTOS ESTEREOISÓMEROS DE PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS EN EL PBSUPC	5
MEDICAMENTOS METABOLITOS ACTIVOS DE PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS EN EL PBSUPC	4
MEDICAMENTOS CON UNIÓN A MOLÉCULAS PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS EN EL PBSUPC	8



La salud
es de todos

Minsalud

COBERTURA IMPLÍCITA RESOLUCIÓN 5269 DE 2017	NÚMERO DE PRINCIPIOS ACTIVOS
COMBINACIONES DE DOSIS FIJAS (CDF) QUE PUEDEN CUMPLIR LAS CONDICIONES CITADAS EN EL ARTÍCULO 41 DE LA RESOLUCIÓN 5269 DE 2017 ⁷ .	56
RADIOFÁRMACOS NECESARIOS E INSUSTITUIBLES PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE MEDICINA NUCLEAR	33
SOLUCIONES Y DILUYENTES	9
NECESARIOS E INSUSTITUIBLES PRUEBAS RUTINARIAS	3

Fuente: "Base de cobertura CUM" con corte a julio 2018

Teniendo en cuenta lo anterior, se procedió a realizar la comparación de los dos listados obteniendo una clasificación de cobertura del listado de medicamentos esenciales de la OMS según el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC definido por la Resolución 5269 de 2017, los cuales se exponen de forma detallada a lo largo del documento así:

Tabla 11 Clasificación de medicamentos según cobertura en el PBSUPC

Detalle del LME 20th edición	Número de ítems
I. Clasificación por disponibilidad de Registro Sanitario vigente en Colombia	
a) Medicamentos del LME con Registro Sanitario en Colombia	435
b) Medicamentos del LME sin Registro Sanitario en Colombia	98
II. Medicamentos del LME que se encuentran incluidos en el PBSUPC	
a) Medicamentos del LME incluidos en el PBSUPC con igual concentración y forma farmacéutica	321
b) Medicamentos del LME incluidos en el PBSUPC con diferente forma farmacéutica	18
c) Medicamentos del LME incluidos en el PBSUPC con formas farmacéuticas parcialmente incluidas	6
III. Medicamentos del LME que no se encuentran incluidos en el PBSUPC	90
IV. Medicamentos del LME para niños	
a) Medicamentos del LME para niños incluidos en el PBSUPC con igual concentración y forma farmacéutica	214

⁷ **RESOLUCIÓN 5269 DE 2017. 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, el plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC considera cubiertos 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 descritos en el listado de medicamentos cubiertos por el plan de beneficios en Salud con cargo a la UPC a que refiere el Anexo 1 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 utilizara como mono fármaco por separado. Si alguno de los principios activos que hacen parte de la CDF se encuentra en un grupo de cobertura, será el valor máximo de reconocimiento definido para dicho grupo el que se deba aplicar para ese principio activo que compone la combinación.

El cumplimiento de estas dos condiciones de forma simultánea es obligatorio para considerar la CDF cubierta por el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.



Detalle del LME 20th edición	Número de ítems
b) Medicamentos del LME para niños con formas farmacéuticas no incluidas en el PBSUPC	5
c) Medicamentos del LME para niños con formas farmacéuticas parcialmente incluidas en el PBSUPC	17
d) Medicamentos del LME para niños no incluidos en el PBSUPC	62
V. Sustancias o dispositivos médicos del LME	
a) Componentes sanguíneos	4
b) Dispositivos médicos/otros	5

Fuente: Creación propia Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

7. RESULTADO FINAL DE LA ACTUALIZACIÓN.

En el marco de lo estipulado en la Ley Estatutaria, y bajo el proceso de actualización integral del presente año se incluyeron, entre otras, tecnologías en salud para patologías priorizadas y de interés como son las de salud mental, hipertensión arterial, diabetes mellitus, osteoporosis, así como tecnologías en salud para el manejo de patologías que no contaban con una alternativa de tratamiento en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la UPC, como son la Incontinencia Urinaria y la Hiperplasia Prostática Benigna.

En cuanto a Medicamentos se incluyeron:

Medicamentos de primera y segunda línea para la atención de patologías de Salud Mental como son trastorno de pánico, trastorno de Fobia Social, Trastorno de ansiedad generalizada,

Medicamentos para el manejo de la osteoporosis postmenopáusica, primaria y secundaria,

Medicamentos para el manejo de la incontinencia urinaria y la hiperplasia prostática benigna,

Medicamentos para el manejo de la Náusea y Vómito,

Medicamentos para el manejo de la Hipertensión y la Diabetes Mellitus tipo II,

Medicamentos de segunda línea para el manejo del Estreñimiento en adultos, y

Un medicamento para la atención de la Hemorragia postparto y atonía uterina

En total se incluyeron 60 principios activos para 19 condiciones patológicas y se aclaró la financiación con recursos de la UPC para 34 procedimientos que ya estaban siendo financiados con la UPC, de conformidad con lo establecido en el Artículo 134 de la Resolución 6408 de 2016.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Metodología para nominación de tecnologías en salud en el marco de la actualización integral del plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC).
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Metodología para ponderación de criterios para seleccionar las tecnologías en salud a evaluar.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (2017). Metodología de priorización para seleccionar las tecnologías a incluir en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (2013). Desarrollo metodológico de los procesos generales de depuración y ordenamiento de tecnologías en salud a evaluar, aumento de cobertura y supresión para efectos de la actualización del POS 2013.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (2014). Continuación del Ordenamiento y Selección de las Tecnologías en Salud para la Evaluación de Tecnologías del año 2014
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5851 de 2018. Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS. (2018)
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social. Aclaración explícita de cobertura de Tecnologías en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC – Artículo 134 Resolución 6408 de 2016.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2017. Comparación entre el listado de medicamentos esenciales de la OMS número 20 y el listado de medicamentos cubiertos por el plan de beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación definido mediante resolución 5269 de 2017.