



INFORME DEL ANÁLISIS REALIZADO PARA LA ACTUALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC) - AÑO 2024

Dirección de Regulación de Beneficios
Costos y Tarifas del Aseguramiento en
Salud

Subdirección de Beneficios en
Aseguramiento



República de Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social

**INFORME DEL ANÁLISIS REALIZADO PARA LA ACTUALIZACIÓN
DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD FINANCIADOS
CON RECURSOS DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN
(UPC) - AÑO 2024**

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

Marzo de 2025





DIRECCIÓN DEL PROYECTO

JOHN EDISON BETANCUR ROMERO

**Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento
en Salud (E)**

JULIO CESAR CUBILLOS ALZATE

Subdirector de Beneficios en Aseguramiento

EQUIPO TÉCNICO

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento

Marzo de 2025



ABREVIACIONES

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
AIP	Análisis de impacto presupuestal.
APME	Alimento con Propósito Médico Especial
ATC	Acrónimo de Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system de la Organización Mundial de la Salud
CDF	Combinación a Dosis Fijas
CUM	Código Único de Medicamentos
CUPS	Clasificación Única de Procedimientos en Salud
DRBCTAS	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ETS	Evaluación de tecnologías en salud
GPC	Guía de Práctica Clínica
GR	Grupo relevante
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
LME	Listado de Medicamentos Esenciales
Minsalud	Ministerio de Salud y Protección Social
MIPRES	Herramienta automatizada para el reporte y prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC
MVND	Medicamento Vital No Disponible
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Plan Ampliado de inmunizaciones
PBSUPC	Plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación
POS	Plan Obligatorio de Salud
RC	Régimen Contributivo
RS	Régimen Subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISMED	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
TS	Tecnología en salud
UNIRS	Uso No Incluido en el Registro Sanitario
UPC	Unidad de Pago por Capitación.



INTRODUCCIÓN

Con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud en una concepción integral, de acuerdo con lo establecido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se avanzó en establecer por defecto un plan de beneficios implícito, que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a todos los servicios y tecnologías en salud autorizadas en el país, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de cualquier patología o condición de salud, según la prescripción del profesional de la salud tratante.

La financiación de dichos servicios y tecnologías en salud está organizada a través de dos componentes que coexisten articuladamente, para facilitar la materialización del derecho a la salud. Por una parte, se tiene el aseguramiento que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, utiliza instrumentos para inferir y reconocer un presupuesto de manera ex ante denominado Unidad de Pago por Capitación- UPC y, de otra, se presenta el reconocimiento del presupuesto máximo que busca gestionar el riesgo en salud de manera integral financiando aquellos servicios y tecnologías en salud que no son financiadas con cargo a la UPC. Adicionalmente, se cuenta con otro componente a través del cual se financia el acceso a servicios y tecnologías que aún no hacen parte del aseguramiento, los cuales son financiados con recursos dispuestos por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

El conjunto de tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC se ha venido incrementando paulatinamente con el fin de otorgar mayores opciones terapéuticas a la población colombiana, para lo cual se estableció el procedimiento de actualización integral de los beneficios financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación-UPC, en el marco del núcleo esencial de derecho fundamental, en cumplimiento de los criterios señalados legal y jurisprudencialmente a través de un procedimiento técnico-científico, transparente y participativo.

El procedimiento de actualización integral de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, reconoce los criterios y las condiciones y disposiciones señaladas en la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 en el entendido que precisan aspectos esenciales como: 1) carga de enfermedad de la población, 2) perfil epidemiológico, 3) disponibilidad de recursos y equilibrio y 4) medicamentos extraordinarios no explícitos.

El procedimiento de actualización es permanente, continuo, dinámico y participativo que abarca diversas fases. Para establecer la financiación con cargo a la UPC, las tecnologías en salud nominadas deben agotar todas las fases del proceso, conforme a la metodología establecida.

La aplicación de este procedimiento, considera a las Tecnologías en Salud (TS) como el insumo fundamental de la actualización integral, responde a las necesidades en salud de la población colombiana, contiene los elementos esenciales para lograr el objetivo clínico respecto de la necesidad





en salud, procura la mejor utilización de los recursos, servicios y tecnologías disponibles en el país y proporciona beneficios adicionales de los que ya se encuentran financiados con recursos de la UPC.

El desarrollo metodológico incluye, tanto la aclaración de la cobertura de procedimientos, medicamentos y demás TS que migran, de manera progresiva, desde un plan de beneficios en salud basado en una lista taxativa positiva, hacia un plan de beneficios implícito que contenga una lista taxativa de exclusiones o “lista negativa”; como el resultado de la aplicación de las metodologías estipuladas para su actualización.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, garantiza el derecho fundamental a la salud, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993. Este derecho abarca las etapas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, aplicables a todas las patologías, a través de la provisión de servicios y tecnologías en salud.

La financiación de estos beneficios se estructura mediante dos mecanismos de protección que operan de manera complementaria para garantizar la efectividad del derecho a la salud:

1. Mecanismo de protección colectiva: Este componente se fundamenta en el aseguramiento, que consolida los riesgos asociados a las necesidades de salud de la población. A través de herramientas actuariales, como la Unidad de Pago por Capitación (UPC), los presupuestos máximos y la prima del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), se calculan de manera anticipada las primas necesarias para cubrir dichos riesgos.
2. Mecanismo de protección individual: Este esquema es gestionado por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y está diseñado para financiar el acceso a servicios y tecnologías en salud que no están incluidos en el esquema de protección colectiva, permitiendo así complementar las coberturas garantizadas por el sistema de aseguramiento.

El conjunto de tecnologías en salud y servicios financiados mediante los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) ha experimentado un crecimiento progresivo, orientado a actualizar de manera integral el portafolio de servicios respaldado por esta fuente de financiamiento. Este proceso busca optimizar las interacciones entre los agentes del sistema y facilitar la gestión integrada de las tecnologías en salud, en estricto cumplimiento de la normatividad vigente y utilizando estrategias de agrupamiento que convergen hacia un plan implícito de cobertura.

La actualización integral de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC se desarrolla en múltiples etapas, que incluyen la identificación de tecnologías, su ponderación, la evaluación de tecnologías en salud (ETS), la verificación de la disponibilidad de estas tecnologías en el sistema de salud colombiano, la garantía de acceso mediante el SGSSS y, finalmente, la toma de decisiones. Este proceso se concibe como un ejercicio continuo, dinámico, participativo y





permanente, que ha permitido la apropiación de conocimiento por parte de los diferentes actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La actualización integral de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) está diseñada para abordar diversos aspectos clave: 1) las necesidades en salud de la población colombiana; 2) la incorporación de elementos esenciales para alcanzar los objetivos clínicos relacionados con dichas necesidades; 3) la optimización del uso de los recursos, servicios y tecnologías disponibles en el país; y 4) la provisión de beneficios adicionales a los ya incluidos en el esquema de protección colectiva del aseguramiento social.

Para la implementación de los procedimientos de actualización integral, se han desarrollado y aplicado metodologías que integran los criterios, condiciones y disposiciones estipulados en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Estas metodologías establecen que: (a) la actualización debe realizarse con una periodicidad bienal; (b) debe responder a los cambios en el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad de la población, considerando la disponibilidad y el equilibrio de los recursos; (c) se requiere la aplicación de un enfoque metodológico riguroso para la definición y actualización de las tecnologías; y (d) se debe incorporar la opinión de los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En este marco, como parte del desarrollo metodológico, se han llevado a cabo eventos de participación ciudadana en 2012, 2014 y 2015, en los cuales se definieron dimensiones y ponderaciones utilizadas para priorizar la evaluación e inclusión de tecnologías en salud dentro de la financiación con recursos de la UPC.

Como resultado de este proceso, al 1 de enero de 2024, los medicamentos financiados con recursos de la UPC correspondían al 96.53% del total de códigos Únicos de Medicamentos disponibles y aprobados en el país.



JUSTIFICACIÓN

Todos los años se ha realiza una revisión y análisis de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Salud para recomendar su financiamiento con recursos de la UPC. Es así que la actualización de los servicios y tecnologías financiadas con recursos de la UPC se ha efectuado desde el 2013, siguiendo los lineamientos dispuestos en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011¹.

Es así que la forma de nominar y definir qué tecnologías en salud se financian con recursos de la UPC ha evolucionado en los últimos años, desde un proceso que se hacía en primera instancia, a través de una solicitud escrita sin mayor formalidad, hasta establecer un proceso de nominación con el soporte técnico correspondiente. Así se desarrolló durante los años 2014 al 2018, advirtiendo la participación, en mayor medida, de la industria farmacéutica y, en procesos especiales, de la comunidad científica (nominación de TS de primera línea, identificación de TS para el diagnóstico de Enfermedades Huérfanas, etc).

En la actualización de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC se identificaron problemas puntuales que afectaban el adecuado desarrollo del procedimiento:

- a) Nominación de tecnologías mayormente por la industria farmacéutica, generando un sesgo entre las verdaderas necesidades de la población y lo que la industria necesita que sea incluido con cargo a la UPC.
- b) Imposibilidad de realizar una Evaluación de Tecnología en Salud-ETES completa a cada una de las TS nominadas para inclusión, en razón a que el recurso asignado dentro del presupuesto de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, para ese propósito, es limitado lo que genera un remanente, en cada vigencia, para ser evaluado.
- c) Inclusión limitada de TS, seguras y efectivas, a la financiación con recursos de la UPC porque la disponibilidad presupuestal no es suficiente para asumir el impacto que genera en el valor de la UPC, por lo que se tenían TS con ETES con concepto favorable que aún no se habían incluido a la financiación con recursos de la UPC.

La identificación de los problemas expuestos afectó el adecuado desarrollo del procedimiento, por lo que, a partir del año 2019 se incluyó en la metodología, como mecanismo para la Identificación de TS, la construcción de la Matriz de Priorización elaborada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud- IETS, avalada por las sociedades científicas y con la participación de los diversos actores del SGSSS. Tal instrumento permite segmentar por sistema anatómico la búsqueda de tecnologías a

¹ Realizarse una vez cada dos años; Atender los cambios en el perfil epidemiológico y carga de enfermedad de la población colombiana, así como la disponibilidad y equilibrio de los recursos; Aplicar una metodología para su definición y actualización; Tener en cuenta la opinión de los diferentes actores del SGSSS, mediante eventos de participación ciudadana.



incluir, evita que se repitan por patologías de alto porcentaje de Carga de Enfermedad para nuestro país, da espacio a tecnologías con menor presentación que nunca habían sido estudiadas técnicamente.

Para el año 2021, siguiendo con el objetivo de migración progresiva de las TS, hacia una única bolsa de financiamiento por prima y gestión de riesgo, se hizo necesario acudir a otras metodologías complementarias a la de nominación y matriz de priorización por cuanto al cubrir la carga global de enfermedad con las principales patologías de todo el abanico epidemiológico de la población del país, se encontraba que algunos clúster de enfermedades, muy prevalentes, con alta afectación en calidad de vida de los pacientes pero con baja severidad o mortalidad, no puntuaban en los primeros lugares de la jerarquía de priorización, para ser tenidos en cuenta para su inclusión. Es así que, para enfermedades del ojo y sus anexos o enfermedades bucodentales, por ejemplo, era muy difícil que TS utilizadas para su prevención, tratamiento y control, fueran tomadas en cuenta para su migración hacia una fuente de financiación con recursos de la UPC.

Anudado a lo anterior, el proceso metodológico usado para definir los presupuestos máximos desde el año 2020, ayudó a mejorar la información en cuanto a frecuencias de uso cotidiano, población impactada y costos de las TS, tanto en régimen contributivo y en especial el subsidiado. Por lo anterior, para el estudio de la vigencia 2022, se agregaron, además de las metodologías realizadas en otras vigencias, nuevos análisis de escenarios conjuntos, los cuales fueron analizados técnico-científico, legal y fiscalmente para que la comisión eligiera la mejor propuesta y la más conveniente para el sistema de salud.

En definitiva, el proceso de actualización de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, está revestido de un sustrato multifactorial que agrupa un alto componente técnico científico; una voluntad de consenso entre diferentes instituciones o agrupaciones científicas, no científicas y la población colombiana; y el seguimiento de lineamientos normativos consignados en derechos y deberes constitucionales, leyes, decretos y resoluciones, que constituyen un reto constante para agruparlos de manera ética y funcional para el sistema de salud colombiano.



Contenido

1.	FASE 1: IDENTIFICACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y SERVICIOS PARA INCLUSIÓN A LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC.....	15
2.	FASE 2: SELECCIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA EVALUAR (PRIORIZACIÓN):	15
3.	FASE 3: ANÁLISIS Y EVALUACIÓN PARA INCLUSIÓN DE TECNOLOGIAS A LOS BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC Y DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS DE ACTUALIZACIÓN	16
3.1	ESTRATEGIA DE INTEGRALIDAD (MEDICAMENTOS)	16
3.1.1	Evaluación para Análisis de Impacto Presupuestal (AIP) de Formas Farmacéuticas. 17	
3.2	ESTRATEGIA DE EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN (MEDICAMENTOS).....	23
3.3	ESTRATEGIA DE TENDENCIAS DE PRESCRIPCIÓN (MEDICAMENTOS).....	33
3.3.1	Análisis para Alimentos para Propósitos a Médicos Especiales:	66
3.4	ESTRATEGIA DE ACTO NORMATIVO.....	67
3.5	PSEUDOESTUDIO DE MERCADO PARA TAMIZAJE NEONATAL	69
3.6	AMPLIACIÓN DE RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS EXPUESTAS AL ASBESTO 79	
3.7	INCLUSIÓN DE PRUEBAS COVID FINANCIADAS EN LA RESOLUCION 1412 DEL 2022	82
3.8.	REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 111 DE LA RESOLUCIÓN 2808 DE 2022 PARA PROCEDIMIENTOS	85
4.	RESULTADO FINAL DEL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN.....	88

ANTECEDENTES NORMATIVOS

Artículo 25° de la Ley 1438 de 2011.

Dispone: *“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.*

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).

Artículo 4° de la Resolución 2808 de 2022.

Dispone: *“Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC requieren haber surtido los procesos de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), o análisis de grupos terapéuticos o del mercado, o análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica (GPC), adoptadas por este Ministerio, así como otros análisis que se consideren necesarios y la toma de decisión por parte de la autoridad competente.”* (Ministerio de Salud Y Protección Social, 2022).

Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional

En sus apartes: *“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) (...). (Corte Constitucional).

Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Dispone: “Prestaciones de salud. 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:

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;

que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;

que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;

que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

que se encuentren en fase de experimentación;

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).

3.5 Auto 755 de 2021 de la Honorable Corte Constitucional



Algunas consideraciones respecto de *“Medidas tendientes a la actualización periódica de los planes de beneficios”*

“(…)”

El artículo 25 de la Ley 1438 de 2011 el cual señala que *“el plan de beneficios”* debe actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años no ha sido derogado ni modificado por una normatividad posterior. En este sentido tal norma continúa vigente y debería aplicarse al actual sistema del plan de beneficios, esto es, al implícito.

Con el nuevo esquema de coberturas del plan de beneficios, en el que el usuario del sistema tiene la posibilidad de recibir todos los servicios y tecnologías en salud salvo que expresamente sean excluidos; no actualizar periódicamente los planes conllevaría a un desconocimiento de los principios de eficiencia y sostenibilidad. Lo anterior por cuanto, los dineros de la salud se estarían empleando en tecnologías que no deberían ser financiadas con tales recursos y, de esta manera, no se está procurando por la mejor utilización de los emolumentos de la salud; lo cual, es indispensable para garantizar el derecho a esta prerrogativa fundamental. Por lo tanto, la falta de actualización periódica de los medicamentos y procedimientos excluidos de financiación con recursos públicos de la salud tendría efectos adversos en la sostenibilidad financiera del sistema.

En este contexto la falta de actualización periódica bajo un sistema de exclusiones explícita sería una fuente de ineficiencia del sistema y un obstáculo para alcanzar la cobertura universal en salud, tal como lo señaló la Organización Panamericana de la Salud, al indicar que *“La falta de financiamiento adecuado y la ineficiencia en el uso de los recursos disponibles representan retos importantes en el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”* (...). (Corte Constitucional).



OBJETIVO

Este compendio de estrategias metodológicas, tiene por objeto servir de guía en todos los procesos realizados por los profesionales de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, encaminados a actualizar integralmente los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, e indirectamente, ayudar a cumplir las metas que pretenden en los próximos años financiar con recursos de la UPC todas las tecnologías en salud aprobadas y disponibles en el país para la atención de las patologías con mayor carga de enfermedad.

Este proceso puede combinar varias metodologías, dependiendo del tipo de tecnología y su estado actual de avance en el proceso ya indicado de migración de la financiación con recursos del presupuesto máximo hacia la financiación con recursos de la UPC. En ocasiones podrán implementarse procesos que incluyan actuaciones de alguna de las fases ya realizadas en el pasado (ej. Nominaciones históricas o identificación de tecnologías por carga de enfermedad en la Matriz Horizonte) o pueden ser realizadas nuevas identificaciones, en el caso de necesitarlo.

En todo el documento se trazarán todas las metodologías históricas en caso de ser requeridas en algún momento y no implica que se vayan a implementar todas estas en forma sistemática.

Presentar el informe sobre el resultado de las metodologías utilizadas para la actualización integral de los medicamentos financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que aplica para la vigencia año 2025.

Este informe se basa en lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, según el cual debe:

- Realizarse una vez cada dos años;
- Atender los cambios en el perfil epidemiológico y carga de enfermedad de la población colombiana, así como la disponibilidad y equilibrio de los recursos;
- Aplicar una metodología para su definición y actualización
- Tener en cuenta la opinión de los diferentes actores del SGSSS, mediante eventos de participación ciudadana.



1. FASE 1: IDENTIFICACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD Y SERVICIOS PARA INCLUSIÓN A LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC

Con el objetivo de identificar las tecnologías en salud (TS) no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que formaron parte de las estrategias implementadas para definir las TS incluidas en la propuesta de financiación con recursos de la UPC para 2024, se llevó a cabo una revisión exhaustiva. Inicialmente, se analizaron los salvos de financiación descritas en los artículos de la Resolución 2366 de 2023. Asimismo, se examinaron los salvos de financiación asociadas a los principios activos incluidos en el Anexo 1 de la precitada resolución, junto con los medicamentos prescritos mediante la herramienta tecnológica MIPRES que, hasta la fecha, no cuentan con financiación mediante recursos de la UPC.

Como parte del proceso, se incluyó el análisis de la información contenida en la Matriz de priorización I_2019 y Matriz de priorización II_2020, en cuanto a la línea de atención de los medicamentos no financiados con recursos de la UPC, no obstante, en varios casos las frecuencias de prescripción eran muy bajas, en ocasiones siendo de una única prescripción para un paciente.

Para el caso de los procedimientos, se revisaron las prescripciones durante el 2023 realizadas con la herramienta dispuesta para prescribir las tecnologías y servicios en salud no financiados con recursos de la UPC, MIPRES, donde se evidenció un total de 16.787 pacientes únicos prescritos con procedimientos, 28.189 prescripciones únicas, 244 procedimientos diferentes.

2. FASE 2: SELECCIÓN DE TECNOLOGÍAS PARA EVALUAR (PRIORIZACIÓN):

Durante los análisis desarrollados por el equipo técnico de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento, para la fase de identificación de medicamentos que podrían incluirse a la financiación con recursos de la UPC para 2025, se aplicaron diferentes estrategias que se detallan más adelante, con el fin de seleccionar los medicamentos que serían objeto de la propuesta de financiación para 2025, evaluando en primer lugar y para cada medicamento, la vigencia de autorización y el tipo de comercialización para asegurar que los medicamentos seleccionados se encontraran disponibles en el país. También se tuvo en cuenta los casos especiales de Medicamentos Vitales No Disponibles, ya que atienden a situaciones específicas y que en algunos casos como aquellos que no tienen un registro sanitario vigente en Colombia, presentan particularidades en cuanto a su proceso de adquisición.

Para los casos de procedimientos, al ser tan pocos se evaluaron todos los procedimientos y los que no fueron prescritos fueron evaluados en cuanto a su posible obsolescencia y se revisó por parte del grupo CUPS y las Sociedades científicas que dieron su opinión sobre la declaratoria de monitoreo para obsolescencia del procedimiento en la vigencia 2025.



3. FASE 3: ANÁLISIS Y EVALUACIÓN PARA INCLUSIÓN DE TECNOLOGÍAS A LOS BENEFICIOS EN SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC Y DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS DE ACTUALIZACIÓN

Para la actualización de los medicamentos financiados con recursos de la UPC de la vigencia 2025, se desarrollaron cuatro (4) estrategias. Las metodologías utilizadas para llevar a cabo cada estrategia se encuentran descritas en el documento *“Actualización Integral UPC -Metodologías utilizadas para la actualización integral de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC”*²

Para los procedimientos, dado el caso que se encontraron frecuencias de prescripción bajas con frecuencias de suministros aún más bajas, se decide no realizar la actualización por tendencias de prescripción y tomar en cuenta los requerimientos específicos de otras áreas. En el caso concreto, se recibe solicitud de parte del Grupo Curso de Vida de la Dirección de Promoción y prevención del Ministerio de Salud y Protección Social para la realización de un estudio de mercado para Tamizaje Neonatal Básico en cumplimiento de la Ley 1980 de 2019 y posterior lineamiento de la Resolución 207 de 2024. También se recibe solicitud para la implementación de la ruta de atención integral para personas expuestas al Asbesto, de acuerdo con el artículo 12 de la Ley 1968 de 2019. Finalmente se recibe solicitud de incluir con cargo a los recursos de la UPC las pruebas contenidas en la Resolución 1412 de 2022, que establece las pruebas diagnósticas de búsqueda y tamizaje para SARS- CoV-2 que corresponden a:

1. SARS CoV2 (COVID-19) ANTICUERPO Ig G,
2. SARS CoV2 (COVID-19) ANTICUERPO IgM
3. SARS CoV2 (COVID-19) ANTIGENO y
4. La IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES

A continuación, se expondrán las diferentes estrategias de actualización realizadas y las recomendaciones que generaron cada una de ellas.

3.1 ESTRATEGIA DE INTEGRALIDAD (MEDICAMENTOS)

En desarrollo de la estrategia de integralidad se desarrollaron los siguientes análisis:

² <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/ASL/actualizacion-integral-upc.pdf>

3.1.1 Evaluación para Análisis de Impacto Presupuestal (AIP) de Formas Farmacéuticas

Tal como se ha realizado en vigencias anteriores, el desarrollo de un Análisis de Impacto Presupuestal - AIP de formas farmacéuticas busca que mediante los correspondientes análisis técnicos y económicos, las formas farmacéuticas que no se encontraban financiadas con recursos de la UPC de principios activos que si lo están, es decir las salvedades descritas en la financiación de algunos medicamentos del anexo 1 de la Resolución 2366 de 2023, sean incluidas a la financiación con recursos de la UPC para ofrecer más alternativas terapéuticas para pacientes y grupos poblacionales que puedan verse beneficiados.

Las aclaraciones de financiación relacionadas con formas farmacéuticas incluyen diversas estrategias orientadas a optimizar el acceso y la eficacia terapéutica. Entre estas, se han contemplado en vigencias anteriores, soluciones orales diseñadas para pacientes con dificultades en la administración de tabletas, como niños y adultos mayores, permitiendo el suministro adecuado de un principio activo prescrito para su condición clínica. Asimismo, se incluyen tabletas previamente no financiadas con recursos de la UPC, que facilitan la continuidad del tratamiento farmacológico iniciado por vía parenteral en un entorno hospitalario, permitiendo al paciente proseguir con el mismo principio activo por vía oral en un régimen ambulatorio.

Dentro de estas estrategias también se incorporan formas farmacéuticas de liberación modificada, que contribuyen a mejorar la adherencia al tratamiento al reducir la frecuencia de administración de dosis o al mantener niveles plasmáticos más estables del principio activo, favoreciendo así el logro del objetivo terapéutico. Adicionalmente, se han considerado las Combinaciones a Dosis Fijas (CDF) de medicamentos, que consisten en formulaciones que integran dos o más principios activos en concentraciones específicas. Estas combinaciones pueden generar sinergias farmacológicas, potenciando el efecto terapéutico respecto al que se obtendría con los principios activos administrados por separado, lo que resulta en beneficios clínicos significativos para la terapia farmacológica.

a. Bases de datos consultadas

- a. Anexo 1 de la Resolución 2366 de 2023.
- b. Base de datos CUM-Cobertura Subdirección de Beneficios en Aseguramiento corte 31 de diciembre de 2023.
- c. Base de datos de medicamentos identificados como Baja Utilidad Terapéutica Subdirección de Beneficios en Aseguramiento corte junio 2024.
- d. Consulta Base de datos SISMED vigencia 2023 Registros válidos.
- e. Consulta Base de datos MIPRES Registro tipo 9 Suministro 2023, fecha de corte junio 2024.

b. Extracción de salvos del anexo 1 de la Resolución 2366 de 2023

Se procedió a extraer todos los ítems que contengan un salvo en la financiación con recursos de la UPC relacionados con formas farmacéuticas tal como se aprecia en la tabla 1:

TABLA 1 EXTRACCIÓN DE MEDICAMENTOS DEL ANEXO 1 DE LA RESOLUCIÓN 2366 DE 2023 CON ALGÚN SALVO DE FORMA FARMACÉUTICA

Ítem	No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
1	49	ALCOHOL ETÍLICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: GEL DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	LA FORMA FARMACÉUTICA GEL ESTÁ EXCLUIDA DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS PÚBLICOS DE SALUD EN LAS ENFERMEDADES O CONDICIONES ASOCIADAS SEÑALADAS EN LA RESOLUCIÓN 2273 DE 2021 O LA NORMA QUE LA ADICIONE, MODIFIQUE O SUSTITUYA.
2	213	CAPSAICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TRANSDÉRMICA	
3	276	CLINDAMICINA + TERCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN VAGINAL	
4	444	ETOFENAMATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
5	478	FLUCITOSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
6	527	GLUCOSAMINA SULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
7	613	ITRACONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
8	622	KETOPROFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
9	637	LAROTRECTINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
10	642	LETERMOVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
11	676	LORATADINA + FENILEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
12	705	MELOXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
13	748	MINOXIDIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
14	788	NIMESULIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
15	837	PENTOSANO DE POLISULFATO SODIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
16	861	PIROXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
17	974	SODIO BICARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS NO EFERVESCENTES	

Fuente: Elaboración propia, extracción Anexo 1 Res. 2366/2023

c. Análisis cualitativo de medicamentos con salvos de formas farmacéuticas (FF)

Luego se procedió a extraer todos los Códigos Únicos de Medicamentos de los **17** medicamentos relacionados en la tabla 1 de la base de datos de CUM cobertura con corte a 31 de diciembre de 2023 que tenían permiso de comercialización y se procede a caracterizar cada ítem con las siguientes variables que sugieren que no sean considerados dentro del análisis de AIP FF:

BAJA UTILIDAD TERAPÉUTICA (BUT): bajo este atributo se marcan aquellos medicamentos cuya indicación posiblemente no aporte un alto impacto dentro del sistema de salud aclarando que continúan entonces siendo financiados con recursos del presupuesto máximo hasta tanto no se realice un análisis que permita decidir si se proponen para exclusión o se define financiarlos con recursos de la UPC. Esta clase de medicamentos catalogados en otros países como de *“baja o dudosa utilidad terapéutica por valor intrínseco no elevado”* no son financiados por los sistemas de salud. Bajo este atributo no continúan en el análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC medicamentos con indicaciones tales como: coadyuvante en el tratamiento tópico de la alopecia androgénica, despigmentadores cutáneos, antisépticos refrescantes de uso externo, vasodilatadores periféricos para el tratamiento sintomático de várices superficiales o hematomas, contrairritantes y rubefacientes de uso externo, cicatrización de fisuras labiales, alivio de los signos y síntomas del resfriado común, suplemento multivitamínico, antiácidos indicados en aquellas situaciones de llenura e indigestión transitoria, que se presentan después del consumo de alimentos o bebidas en exceso, entre otros. La base de datos fuente de información es construida por la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento que caracteriza los medicamentos con esta descripción.

EXCLUSIONES:

- a. *Nominaciones a posible exclusión:* bajo este atributo se marcan los medicamentos que se encuentran en curso en la vigencia actual bajo el análisis del Procedimiento Técnico Científico de Exclusiones establecido por la Resolución 318 de 2023. No es conveniente su estudio de financiación con recursos de la UPC hasta tanto y mediante el PTC no se emita un concepto final.
- b. *Exclusiones explícitas del sistema de salud:* bajo este atributo se marcan los medicamentos que actualmente se encuentran excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud, según la Resolución 641 de 2024, por tanto, no es procedente su estudio de financiación con recursos de la UPC.

REGISTROS SANITARIOS SIN PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN: bajo este atributo se marcan los ítems que no cuentan con Registros Sanitarios (RS) con permiso de comercialización durante la vigencia y la vigencia inmediatamente anterior, de este modo, es posible considerar que no van a tener reportes de consumos. La fuente de información es la base de datos de CUM-Cobertura con corte a 31 de diciembre de 2023 y contiene los RS con permiso de comercialización según el INVIMA.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentan en la tabla 2, los **12** medicamentos con algún criterio que sugiere que **no** continúen en el análisis así:

TABLA 2. MEDICAMENTOS DEL ANEXO 1 DE LA RESOLUCIÓN 2366 DE 2023 QUE NO CONTINÚAN EN EL ANÁLISIS DE AIP DE FF EN RAZÓN A QUE SON EXCLUSIONES, BUT O SU RS NO TIENE PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN.

Item	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	Análisis
1	ALCOHOL ETÍLICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: GEL DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	Exclusión
2	CAPSAICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TRANSDÉRMICA	BUT
3	CLINDAMICINA + TERCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN VAGINAL	RS sin comercialización
4	ETOFENAMATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
7	ITRACONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	RS sin comercialización
8	KETOPROFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
12	MELOXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
13	MINOXIDIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
14	NIMESULIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
15	PENTOSANO POLISULFATO DE SODIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
16	PIROXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
17	SODIO BICARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS NO EFERVESCENTES	BUT

Fuente: Elaboración propia, extracción Anexo 1 Res. 2366/2023

*BUT: Baja Utilidad Terapéutica

De la tabla anterior, es posible sugerir que los medicamentos que no tienen RS con permiso de comercialización se pueden eliminar el salvo como una aclaración, ya que no representan consumos para el sistema de salud, por ende, son de impacto cero. Adicionalmente, que no es lógico aclarar que no se financia con UPC lo que no se comercializa en el país.

d. Consulta de registros en SISMED y MIPRES Suministro 2023

Para los medicamentos que continúan en el análisis, es necesario extraer las frecuencias y los precios promedios ponderados de la base de datos del SISMED vigencia 2023 con registros válidos, mediante un cruce de datos por Registro Sanitario.

Por otro lado, a modo de consulta se revisa la base de datos MIPRES Suministro Registro tipo 9 con el objetivo de hacer comparaciones con la base de datos de SISMED.

Como resultado de las consultas en SISMED y MIPRES Suministro 2023, se observa que solo el LAROTRECTINIB – SOLUCION ORAL tiene reportes de frecuencias y valores en ambas bases de datos como se muestra en la tabla 3:

TABLA 3. RESULTADOS DE LA CONSULTA DE FF NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC EN BASES DE DATOS DE SISMED Y MIPRES SUMINISTRO 2023

Ítem	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	Tiene reportes en SISMED	Tiene reportes en MIPRES 2023 Suministro	Análisis del estado del Registro Sanitario
5	FLUCITOSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	NO	NO	El único registro sanitario para las formas Farmaceuticas de administración parenteral es INVIMA 2023M-0021026 el cual fue otorgado en el año 2023, razón por la cual es probable que aún no se vean frecuencias en SISMED o MIPRES Suministro 2023.
6	GLUCOSAMINA SULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	NO	NO	El único registro sanitario para las formas Farmaceuticas de administración parenteral es INVIMA 2016M-0006445-R1 cuyo estado es Temp. no comerc - Vigente
9	LAROTRECTINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	SI	SI	El único registro sanitario para las formas Farmaceuticas de administración oral es INVIMA 2022M-0020592, se recomienda analizar por estrategia de tendencias de prescripción
10	LETERMOVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	NO	NO	El único registro sanitario para las formas Farmaceuticas de administración parenteral es INVIMA 2021M-0020572 cuyo estado es Temp. no comerc - Vigente
11	LORATADINA FENILEFRINA +	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	NO	NO	El único registro sanitario para las formas Farmaceuticas de administración oral es INVIMA 2020M-0000927-R2 cuyo estado es Temp. no comerc - Vigente

Fuente: Elaboración propia, extracción Anexo 1 Res. 2366/2023

Teniendo en cuenta los anteriores resultados, es posible sugerir que para los medicamentos que no presenten frecuencias de consumo ni de valores en SISMED y MIPRES Suministro 2023, se puede eliminar el salvo como una aclaración ya que no representan consumos para el sistema de salud, por ende, son de impacto cero.

Para el caso del LAROTRECTINIB – SOLUCION ORAL se evidencian frecuencias en el reporte de MIPRES Suministro 2023 por lo tanto se sugiere que este medicamento sea analizado por la estrategia de “tendencias de prescripción”, ya que por eficiencia en la utilización de recursos no es procedente contratar un AIP para una sola forma farmacéutica de un principio activo.

Para el caso de la FLUCITOSINA- SOLUCIÓN INYECTABLE, el único registro sanitario para las formas farmacéuticas de administración parenteral es INVIMA 2023M-0021026 el cual fue otorgado en el año 2023, razón por la cual es probable que aún no se vean frecuencias en SISMED o MIPRES Suministro 2023. Teniendo en cuenta lo anterior, se recomienda mantener el salvo durante una vigencia adicional, en consideración a que el Registro Sanitario es muy nuevo y puede tener frecuencias en la vigencia 2024.

RESULTADOS

Luego de analizar todas las formas farmacéuticas que podrían ser parte de un Análisis de Impacto Presupuestal para la vigencia 2024, se plantean 3 escenarios para los 17 ítem, así:

- Mantener salvo:** aplica para 11 ítem que son FF de BUT o exclusión, y para uno de ellos que su RS es muy nuevo (probablemente tiene frecuencias 2024) por lo que no se sugiere eliminar el salvo.

- b. **Eliminar salvo por aclaración:** aplica para 5 ítem en razón a que no se evidencian frecuencias en SISMED ni en MIPRES Suministro, o no tienen RS con permiso de comercialización y por ende no representan consumos para el sistema de salud, por lo cual son de impacto cero.
- c. **Análisis por otra estrategia:** aplica para 1 ítem, LAROTRECTINIB – SOLUCION ORAL el cual mostró frecuencias en el reporte de MIPRES Suministro 2023 por lo tanto se sugiere que este medicamento sea analizado por la estrategia de tendencias de prescripción.

La conclusión para cada ítem se presenta en la tabla 4:

TABLA 4. ANÁLISIS FINAL DE FF NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC EN RESOLUCIÓN 2366 DE 2023.

Ítem	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	análisis final
1	ALCOHOL ETÍLICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: GEL DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	mantener salvo por exclusión
2	CAPSAICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TRANSDÉRMICA	mantener salvo por BUT
3	CLINDAMICINA + TERCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN VAGINAL	eliminar salvo por aclaración
4	ETOFENAMATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	mantener salvo por BUT
5	FLUCITOSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	mantener salvo una vigencia adicional en consideración a RS nuevo
6	GLUCOSAMINA SULFATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	eliminar salvo por aclaración
7	ITRACONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	eliminar salvo por aclaración
8	KETOPROFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	mantener salvo por BUT
9	LAROTRECTINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	analizar por estrategia de tendencias de prescripción
10	LETERMOVIR	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	eliminar salvo por aclaración
11	LORATADINA + FENILEFRINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	eliminar salvo por aclaración
12	MELOXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	mantener salvo por BUT
13	MINOXIDIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	mantener salvo por BUT
14	NIMESULIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	mantener salvo por BUT
15	PENTOSANO POLISULFATO DE SODIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	mantener salvo por BUT
16	PIROXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	mantener salvo por BUT
17	SODIO BICARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS NO EFERVESCENTES	mantener salvo por BUT

Fuente: Elaboración propia, extracción Anexo 1 Res. 2366/2023

Teniendo en cuenta lo anterior, no es procedente la realización de un AIP de formas farmacéuticas para la vigencia 2024 en razón a que excepto por el Larotrectinib (cuyo análisis sería mucho más eficiente por la estrategia de tendencias de prescripción) no hay datos disponibles de precios o frecuencias que permitan analizar las formas farmacéuticas de los salvos.

Se recomienda con estos resultados, adaptarlos en el momento de la propuesta de modificación del Anexo 1 de la Resolución 2366 de 2023 en la vigencia 2024 para aquellos que su análisis final haya sido **“eliminar salvo por aclaración”**

3.2 ESTRATEGIA DE EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN (MEDICAMENTOS)

Para esta estrategia se planteó analizar el mecanismo que la resolución de financiación de servicios y tecnologías en salud presenta hace varios años y mediante el cual se cubren tecnologías no incluidas explícitamente en los listados de tecnologías mencionados anteriormente y se describe en el artículo 111 de la siguiente forma:

“Artículo 111. Reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC. De prescribirse servicios y tecnologías de salud que sean alternativos a los financiados explícitamente con recursos de la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de los descritos en este acto administrativo, dichos servicios y tecnologías igualmente serán financiados con recursos de la UPC, así no se encuentren explícitamente descritos en los anexos a que refiere el artículo 5 de esta resolución, siempre y cuando, cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificados por el INVIMA, o por la respectiva autoridad competente.”

Parágrafo 1. Será la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos por evento o per cápita, en concordancia con las normas especiales vigentes que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos, incluidos en el Régimen de Control Directo de Precios, entre otras.

Parágrafo 2. La información correspondiente a la financiación con recursos de la UPC, para servicios y tecnologías de salud que no se encuentren incluidos y explícitamente descritos en este acto administrativo, a que hace referencia el presente artículo, se deberá reportar conforme con lo dispuesto en los artículos 7 y 115 de esta resolución, o las normas que los modifiquen o sustituyan, y surtirá los mismos procesos que los servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC.”

Se entiende entonces que, con la aplicación del precitado artículo, las Instituciones prestadoras de servicios de salud- IPS y las Entidades Promotoras de Salud- EPS pueden dispensar con cargo a los recursos de la Unidad de pago por Capitación (UPC), con el previo cumplimiento a cada condición del artículo, medicamentos que no se encuentran incluidos explícitamente en el listado de medicamentos financiados con la UPC. Del valor reportado se toma la información como verídica y acorde a la realidad del país, teniendo en cuenta la obligación que tienen las EPS de reportar datos fiables.

De esta forma, se otorgan mayores posibilidades terapéuticas a médicos prescriptores y pacientes permitiendo la dispensación con cargo a la UPC sin requerir otros trámites administrativos para su autorización como la justificación y solicitud de autorización de pago por recobro, siempre y cuando se cumpla lo descrito en dicho artículo.

Esta estrategia de dispensación es una clara evidencia de la realidad de la prescripción en el país y de las tecnologías alternativas que pueden demandar tanto prescriptores como afiliados, por lo tanto y al contar mediante solicitud de información para el análisis de suficiencia de la UPC 2023, con los datos provenientes de las EPS sobre la dispensación de medicamentos con cargo a UPC mediante el artículo 111 de la resolución 2808 de 2022 por el tipo de reporte 6, se hace necesario

realizar un análisis a esta información, para identificar las tecnologías que podrían ser susceptibles de aclaración en cuanto a su cobertura explícita en el PBSUPC, ya que vienen siendo prestadas a los usuarios dentro de la práctica médica con recursos de la UPC, al tener un valor igual o menor al de su alternativa financiada. Las tecnologías que se reportan mediante el artículo 111 según el reporte 6 se tienen en cuenta en el cálculo de la UPC para la siguiente vigencia.

En esta estrategia se planteó:

- Analizar el reporte de prestaciones farmacéuticas no financiadas con cargo a la UPC realizando las validaciones correspondientes y necesarias para asegurar la coherencia de la información reportada, tanto por el régimen contributivo como por el subsidiado, y el cumplimiento de lo consignado en el artículo 111 de la resolución 2808 de 2022 (vigente en 2023).
- Proponer prestaciones farmacéuticas no cubiertas de forma explícita en el listado de medicamentos del anexo 1 de la resolución 2808 de 2022 para su expresión en el nuevo listado de medicamentos para la financiación con recursos de la UPC en 2025.
- Identificar medicamentos que deban ser analizados mediante otros mecanismos de evaluación para considerar su financiación con recursos de la UPC.

Fuentes.

- I. Base de datos según *“Solicitud información a Entidades Promotoras de Salud para el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar las tecnologías en salud financiadas con la UPC año 2024”* periodo de estudio 2023; para el Registro tipo 6 – Registro de detalle Artículo 111 Resolución 2808 de 2022 - Reconocimiento de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Esta fuente en adelante se denominará REPORTE TIPO 6.
- II. Base de financiación de la DRBCTAS con corte a 31 de diciembre de 2023. A cada uno de los CUM reportados se le define su financiación y la vigencia del registro sanitario. En la vigencia del registro se permiten registros sanitarios que a pesar de aparecer como vencidos en la base de datos del INVIMA, correspondan a registros que vencieron luego de 2020. La razón principal es que a pesar de que el registro haya vencido podrían encontrarse unidades de producto en el comercio. No se aceptan registros sanitarios de años anteriores teniendo en cuenta que en general los medicamentos definen una fecha de caducidad de 3 años y si por ejemplo un medicamento venció su registro sanitario en 2018, la última unidad fabricada en el día de vencimiento del registro sanitario se vencería en 2022 luego no podría ser reportada como una prestación efectiva en 2023.
- III. Clasificación Anatómica Terapéutica y Química de la Organización Mundial de la Salud-2023.
- IV. Base de datos de registros sanitarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA. Archivo.xls y consulta en línea en: https://consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp

La información inicial reportada mediante el registro tipo 6 por parte de las EPS y remitida a Minsalud, se muestra en la tabla 5:

TABLA 5. INFORMACIÓN INICIAL REGISTRO TIPO 6. VIGENCIA 2023.

RÉGIMEN / EPS	Registros	Valor total teórico NO UPC	Valor total teórico UPC
CONTRIBUTIVO	1.981	\$ 1.227.374.018	\$ 1.248.189.602
EAS016	33	\$ 42.565.768	\$ 42.565.768
EPS046	302	\$ 141.510.077	\$ 141.510.077
EPS048	1.646	\$ 1.043.298.173	\$ 1.064.113.757
MOVILIDAD AL SUBSIDIADO	8.125	\$ 369.452.648	\$ 372.682.878
EPSS46	56	\$ 39.780.285	\$ 39.780.285
EPSS48	8.069	\$ 329.672.363	\$ 332.902.593
SUBSIDIADO	1.052.841	\$ 60.092.198.377	\$ 60.396.987.846
EPSI03	2.595	\$ 864.176.130	\$ 864.176.130
EPSS40	1.896	\$ 4.448.259.832	\$ 4.448.259.832
ESS118	573	\$ 429.124.532	\$ 429.124.532
ESS207	1.047.777	\$ 54.350.637.883	\$ 54.655.427.352
MOVILIDAD AL CONTRIBUTIVO	2.598	\$ 1.733.171.224	\$ 1.733.171.224
EPS040	108	\$ 198.305.471	\$ 198.305.471
EPSIC3	75	\$ 30.218.210	\$ 30.218.210
ESSC07	2.379	\$ 1.477.607.895	\$ 1.477.607.895
ESSC18	36	\$ 27.039.648	\$ 27.039.648
TOTAL	1.065.545	\$ 63.422.196.267	\$ 63.751.031.550

Fuente: Subdirección de Costos y Tarifas. Base de datos de información prestaciones 2023 registro tipo 6.

A los anteriores datos se les aplican mallas de validación de la estructura de calidad de información así:

TABLA 6. DESCRIPCIÓN DE MALLAS DE VALIDACIÓN-ESTRUCTURA DE CALIDAD. VIGENCIA 2023.

Estructura de Calidad- Información 2023
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: <ul style="list-style-type: none"> • Valor soportado en servicios con forma de reconocimiento “S” • Tabla CIE-10 con edad y sexo • Tabla CUM con financiación y registros sanitarios vigentes • Tabla de Prestadores reportados con N o C

Estructura de Calidad- Información 2023

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.

Grupo de calidad 5 - Atenciones: verifica las atenciones por usuario y su duplicidad en el tiempo de su prestación:

- Durante el día
- Durante el mes
- Durante el año
- En la Vida. Corresponde a la verificación de procedimientos únicos en la vida, que están duplicados con respecto a la información histórica.

Grupo de calidad 7 - Dosis Máxima de dispensación: Verifica la cantidad dispensada de medicamento en relación con la dosis máxima teórica calculada para el mismo.

Grupo de calidad 8 - Valores atípicos: identifica los valores distantes del resto de los datos, con base en criterios paramétricos y no paramétricos.

Fuente: Subdirección de Costos y Tarifas. Base de datos de información para estudio de suficiencia 2022 con datos vigencia 2022. Registro tipo 6.

METODOLOGÍA.

El método empleado durante el análisis de las prestaciones farmacéuticas reportadas mediante el Registro tipo 6 se basa en la aplicación del artículo 111 de la resolución 2808 de 2022 y la validación de los reportes recibidos según el instructivo de << *Solicitud de información de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC para la vigencia 2023, a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado*>>.

El método de validación es el mismo que en los análisis de años anteriores a esta forma de reconocimiento de tecnologías no incluidas explícitamente en la financiación con recursos de la UPC y aplica las siguientes etapas:

- a. Validación de la información mediante mallas de calidad. Realizada con las mallas de calidad aplicadas a toda la información que se recibe de las EPS, incluyendo la validación del código CUM y enunciada en la “*Tabla 3. Descripción de mallas de validación-estructura de calidad. Vigencia 2023*”.
- b. Validación de la financiación. Adicionalmente a la validación que se realiza en la primera etapa y que corresponde a las inconsistencias que se marcan en este caso para medicamentos resultado de verificar que los aquellos reportados como no incluidos efectivamente no estén incluidos explícitamente, se hace una validación a la financiación de la vigencia analizada, teniendo en cuenta que a pesar de que en el periodo de información efectivamente fuesen NO UPC mediante las actualizaciones posteriores que se realizan al plan pueden haber sido objeto de inclusión o aclaración y actualmente considerarse incluidos. Estos registros no se

pueden tener en cuenta en el presente análisis porque ya están incluidos en la financiación actual.

- c. Validación de la financiación de ATC reportado como UPC. Se revisa si todos los ATC que reportaron como medicamento contra el cual hacen la comparación respectiva definida en el artículo 111, efectivamente corresponde a prestaciones financiadas con recursos de la UPC.
- d. Validación de cumplimiento en reporte UPC. Se validan los datos con el fin de verificar que se utilizó correctamente la codificación definida para reportar prestaciones UPC.
- e. Validación de valor recobrado y del valor por registro del medicamento no cubierto es menor o igual (\leq) al del medicamento incluido explícitamente. En esta etapa se comparan los valores reportados para el medicamento UPC y para el NO UPC, verificando que se cumpla lo definido en el artículo 111.
- f. Revisión y validación de precios mínimos de reporte para medicamentos. Con el fin de identificar y no tener en cuenta los medicamentos cuyo valor de dispensación sea igual a cero o menor de COP10 (se establece este valor mínimo teniendo en cuenta que es muy poco probable que un tratamiento tenga un valor total de COP 10 aunque existen tabletas que tienen un valor mayor a este en caso de que sólo se haya dispensado una tableta).
- g. Revisión y validación de congruencia entre la tecnología no incluida y la descrita explícitamente en la financiación con recursos de la UPC y que se describió en el reporte tipo 6 como comparación. Se analiza la concordancia o relación que guarda la tecnología No incluida y prestada o dispensada y la tecnología incluida explícitamente contra la cual se hace la comparación y que permitió el cumplimiento del artículo sobre reconocimiento de tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.

Para tal efecto se utiliza la clasificación ATC³, utilizando, el código ATC relacionado con el Código CUM que reporta la EPS para el medicamento no cubierto, extrayendo el ATC de la tabla de cobertura por CUM de la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas en Aseguramiento de Salud - DRBCTAS y comparándolo el código ATC mediante el cual se identifica el medicamento incluido explícitamente en la financiación UPC con el cual se establece el cumplimiento del artículo 111 de la resolución 2808 de 2022. Se establecen varios niveles de congruencia según la concordancia entre los 2 códigos ATC de cada registro:

- **Correlación a nivel de principio activo:** Aquellos ATC5 que coinciden en sus 7 dígitos.
- **Correlación a nivel Químico:** Aquellos ATC4 que coinciden en los primeros 5 dígitos.
- **Correlación a nivel farmacológico:** Aquellos ATC3 que coinciden en los primeros 4 dígitos.
- **Correlación a nivel Terapéutico:** Aquellos ATC2 que coinciden en los primeros 3 dígitos.

³ ATC: Acrónimo de Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system, que se un índice de sustancias farmacológicas y medicamentos, organizados según grupos terapéuticos instituido por la Organización Mundial de la Salud. El código recoge el sistema u órgano sobre el que actúa, el efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química del fármaco

- **Correlación a nivel de Sistema u órgano blanco:** Aquellos ATC1 que coinciden sólo en el primer dígito.

h. Concepto final. Se enunciarán las recomendaciones finales sobre el análisis efectuado.

DESARROLLO

Validación de congruencia de la información mediante mallas de validación.

La información que contiene el reporte de prestaciones farmacéuticas en las que se aplicó lo consignado en el artículo 111 de la resolución 2808 de 2022, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, producto de la revisión de inconsistencias según los descrito en 4.1, se observa en la siguiente tabla:

TABLA 7. INFORMACIÓN REGISTRO TIPO 6 LUEGO DE MALLAS DE CALIDAD. VIGENCIA 2023.

Régimen/EPS	Registros	Valor total teórico NO UPC	Valor total teórico UPC
CONTRIBUTIVO	1978	\$ 1.227.191.018,00	\$ 1.248.006.602,00
EAS016	30	\$ 42.382.768,00	\$ 42.382.768,00
EPS046	302	\$ 141.510.077,00	\$ 141.510.077,00
EPS048	1646	\$ 1.043.298.173,00	\$ 1.064.113.757,00
MOVILIDAD AL SUBSIDIADO	110	\$ 42.533.143,00	\$ 45.763.373,00
EPSS46	56	\$ 39.780.285,00	\$ 39.780.285,00
EPSS48	54	\$ 2.752.858,00	\$ 5.983.088,00
SUBSIDIADO	21974	\$ 17.860.694.914,00	\$ 18.164.314.677,00
EPSI03	2595	\$ 864.176.130,00	\$ 864.176.130,00
EPSS40	1896	\$ 4.448.259.832,00	\$ 4.448.259.832,00
ESS118	573	\$ 429.124.532,00	\$ 429.124.532,00
ESS207	16910	\$ 12.119.134.420,00	\$ 12.422.754.183,00
MOVILIDAD AL CONTRIBUTIVO	2598	\$ 1.733.171.224,00	\$ 1.733.171.224,00
EPS040	108	\$ 198.305.471,00	\$ 198.305.471,00
EPSIC3	75	\$ 30.218.210,00	\$ 30.218.210,00
ESSC07	2379	\$ 1.477.607.895,00	\$ 1.477.607.895,00
ESSC18	36	\$ 27.039.648,00	\$ 27.039.648,00
TOTAL	26660	\$ 20.863.590.299,00	\$ 21.191.255.876,00

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad.

En este momento, es importante analizar que solo pasaron 26.660 de un total de 1.065.545 registros que corresponde a un 2.5%, las causas de no validación fueron las siguientes:

TABLA 8. INFORMACIÓN REGISTRO TIPO 6: REGISTROS NO VÁLIDOS. VIGENCIA 2023.

Régimen/EPS	Registros	Valor total teórico NO UPC	Valor total teórico UPC
CÓDIGO NO MEDICAMENTO	594.899	\$ 27.100.393.725	\$ 27.100.587.647
CONTRIBUTIVO	1	\$ 120.000	\$ 120.000
EAS016	1	\$ 120.000	\$ 120.000
MOVILIDAD AL SUBSIDIADO	4.569	\$ 228.251.103	\$ 228.251.103
EPSS48	4.569	\$ 228.251.103	\$ 228.251.103
SUBSIDIADO	590.329	\$ 26.872.022.622	\$ 26.872.216.544
ESS207	590.329	\$ 26.872.022.622	\$ 26.872.216.544
MUESTRA MEDICA	9	\$ 27.213	\$ 27.213
SUBSIDIADO	9	\$ 27.213	\$ 27.213
ESS207	9	\$ 27.213	\$ 27.213
RS SIN PERMISO DE COMERCIALIZACION	443.977	\$ 15.458.185.030	\$ 15.459.160.814
CONTRIBUTIVO	2	\$ 63.000	\$ 63.000
EAS016	2	\$ 63.000	\$ 63.000
MOVILIDAD AL SUBSIDIADO	3.446	\$ 98.668.402	\$ 98.668.402
EPSS48	3.446	\$ 98.668.402	\$ 98.668.402
SUBSIDIADO	440.529	\$ 15.359.453.628	\$ 15.360.429.412
ESS207	440529	\$ 15.359.453.628	\$ 15.360.429.412
TOTAL	1038885	\$ 42.558.605.968	\$ 42.559.775.674

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad. RS= Registro Sanitario

La anterior tabla 8 muestra que, es posible analizar que 594.899 (55.83%) de 1.065.545 registros son códigos de tecnologías que NO corresponden a medicamentos en su estructura de CUM, seguido de 443.977 (41.7%) registros que se identifican como medicamentos pero que, para la vigencia de análisis, en este caso el año 2023, el Registro Sanitario no cuenta con permiso de comercialización (RS vencidos, entre otros). Es posible concluir que el 97.5 % de los registros no son válidos en la primera malla por razones de grupo de calidad 3, en ese sentido es importante que los reportantes validen sus mallas de reporte solo a CUMS con permiso de comercialización en la vigencia del reporte.

Otras validaciones.

Las validaciones descritas en los numerales 4.2.a 4.6 de la sección de metodología se presentan a continuación:

TABLA 9. RESULTADOS DE REGISTROS NO VALIDOS AL APLICAR LAS VALIDACIONES 4.2.A 4.6 DE LA SECCIÓN DE METODOLOGÍA

Régimen	Registros	No cumple financiación MED NO UPC	No cumple VR UMD MED NO UPC	No cumple criterios técnicos MED UPC
CONTRIBUTIVO	1.978	37	-	1.644
MOVILIDAD AL SUBSIDIADO	110	19	-	64
SUBSIDIADO	21.974	3	2	17.450
MOVILIDAD AL CONTRIBUTIVO	2.598	-	2	2.211
TOTAL	26.660	59	4	21.369

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad. VR= Valor de referencia

En este punto del análisis, es importante mencionar que, de los 26600 registros analizados, 21369 (80.2%) no cumplen criterios de calidad relacionados con el medicamento seleccionado como alternativa UPC, los motivos de rechazo en la validación fueron los que se muestran en la tabla 10:

TABLA 10. RESULTADOS DE REGISTROS NO VALIDOS POR RAZONES TÉCNICA

Razón de rechazo en la validación	Cantidad
CÓDIGO REPORTADO NO ES EL CONSECUTIVO DE LA RESOLUCIÓN 2808 de 2022	20.014
MEDICAMENTO A SER CONSIDERADO ES UPC	26
MEDICAMENTO NO UPC	3
MEDICAMENTO REPORTADO NO ES POSIBLE CONSIDERARLO COMO COMPARADOR EN RAZÓN A QUE ES UPC CONDICIONADO	107
NO EXISTE CONCENTRACIÓN DE 150MG TABLETA	8
NO EXISTE LA FORMA FARMACÉUTICA ORAL PARA EL ATC B05XA06	12
NO EXISTE LA FORMA FARMACÉUTICA TÓPICA PARA EL ATC B05XA06	4
NO EXISTE LA FORMA FARMACÉUTICA TÓPICA PARA EL ATC M01AX05	603
PRINCIPIO ACTIVO NO UPC NO ES UN COMPARADOR	69
UNIDAD DE CONCENTRACIÓN NO CORRESPONDE CON EL PRINCIPIO ACTIVO	523
TOTAL	21.369

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad.

Es posible analizar que, 20.014 (93.65%) de los 21.369 registros rechazados estuvieron relacionados con que el código de reporte del medicamento considerado como alternativa UPC no es el número consecutivo de la Resolución 2808 de 2022, tal y como lo especifica el reporte de información:

“Número consecutivo para los medicamentos de la sección A1 o Código ATC para medicamentos de la sección A2 tal y como aparece en la Resolución 2808 de 2022 del medicamento incluido en Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que teóricamente se reemplazó con el medicamento NO incluido. Cuando aparecen varios códigos ATC en la resolución, deberá escoger el que corresponda al uso que se le dio al medicamento.”⁴

Para el 100% de los casos, este reporte fue realizado con el código ATC, lo cual no es el código de reporte adecuado técnicamente para aquellos medicamentos de la sección A1 del Anexo 1 de la Resolución 2366 de 2022. Es importante destacar que para los medicamentos reportados de la sección A2, si se validaron los respectivos códigos ATC reportados.

Por otro lado, siguiendo con el análisis, las siguientes causas de rechazo fueron incoherencias técnicas en el reporte del medicamento relacionadas principalmente con la FORMA FARMACÉUTICA, por ejemplo, reportan como medicamento alternativa a GLUCOSAMINA SULFATO en presentación de gel tópico el cual no existe en el mercado farmacéutico colombiano, por tanto no es posible validar este medicamento como alternativa, seguido de errores en la unidad de concentración como por ejemplo, reportan unidad de medida “mg + U.I.” para un LIRAGLUTIDA que es monofármaco, por tanto es una incoherencia en unidades de medida.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante considerar una capacitación a las EPS reportantes sobre la interpretación de la << Solicitud de información de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC para la vigencia 2023, a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado>>.

Revisión y validación de congruencia entre el medicamento no financiado con UPC y el incluido en UPC y utilizado para el reporte por artículo 111.

Con los registros validados de medicamentos se analiza la concordancia a nivel de principio activo, subgrupo Químico según la clasificación ATC, Subgrupo farmacológico o terapéutico o simplemente si se relacionan por el sistema u órgano blanco al cual dirigen su acción farmacológica.

Así las cosas, es posible continuar con el análisis de 5291 registros que pasan todas las validaciones técnicas, que corresponden a 5 principios activos y un total de 7 Códigos Únicos de Medicamentos el cual es el siguiente:

⁴ Número consecutivo o Código de Medicamento incluido en los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC (contra el cual se realiza la comparación). Reporte Tipo 6. Solicitud de información a las Entidades Promotoras de Salud, para el Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, recursos para garantizar la financiación de los servicios y tecnologías en salud año 2024.

TABLA 11. RESULTADOS FINANCIACIÓN CUMS VÁLIDOS Y SU ALTERNATIVA UPC.

Razón de rechazo en la validación	Cantidad
NO VÁLIDOS	5.289
VALSARTAN+HIDROCLOROTIAZIDA: La terapia combinada se usa en segunda línea y no es alternativa del monofármaco reportado como UPC que es el valsartán	1
LIRAGLUTIDA: las indicaciones de la liraglutida no UPC (reducción de peso) no son las mismas de la liraglutida UPC (control glucémico) por tanto no son alternativas	1.301
ORLISTAT: las indicaciones de la liraglutida UPC es control glucémico y la indicación del orlistat es obesidad por tanto no son alternativas	3.987
VÁLIDOS	2
ROMOSUZUMAB: Se acepta como alternativa a ACIDO ZOLEDRÓNICO para el manejo de Osteoporosis compartiendo ATC hasta el tercer nivel.	1
DESLORATADINA+FENILEFRINA: Se acepta como alternativa a DESLORATADINA como antihistamínico compartiendo ATC hasta el primer nivel.	1
TOTAL	5.291

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad.

DEFINICIÓN DE CORRELACIONES ATC

CORRELACIÓN A NIVEL DE ATC 5.

Una vez aplicadas todas las validaciones descritas en la metodología, para la revisión de correlación para grupo ATC 5, se encontró 1301 coincidencias que corresponde a un principio activo reportado como alternativa, en este caso la LIRAGLUTIDA que se encuentra financiada con recursos de la UPC con su indicación en Diabetes Mellitus en comparación con la LIRAGLUTIDA NO UPC cuya indicación es OBESIDAD. De lo anterior, es posible analizar que a pesar de que comparte en mismo ATC en el quinto nivel, no son alternativas por cuanto tienen indicaciones diferentes como se había mencionado previamente. Por lo tanto, en esta etapa no se genera ninguna propuesta para el reconocimiento de tecnologías no incluidas explícitamente en la financiación con recursos de la UPC.

CORRELACIÓN A NIVEL DE ATC 4.

El análisis a esta etapa corresponde al mismo descrito en la correlación a nivel de ATC 5.

AGRUPACIONES SEGÚN CONCORDANCIA A NIVEL ATC3, ATC2 Y ATC1.

Estos niveles de agregación, según la concordancia a nivel ATC 3- farmacológico, 2- terapéutico o 1- Sistema no se considera pertinente tenerlos en cuenta para este desarrollo de la metodología, porque son relaciones a nivel macro que no permiten concluir una cobertura mediante la UPC o una conveniencia desde el punto de vista clínico, ya que los principios activos pertenecen a grupos químicos diferentes y por ende pueden tener registradas otras indicaciones que no sería adecuado evaluar de esta forma y, por ende, se recomienda analizarlas mediante otro tipo de agrupación y evaluación como una Evaluación de Tecnología en salud formal.

A continuación, los resultados del análisis de congruencia de los niveles ATC3, ATC2 Y ATC1

TABLA 12. CLASIFICACIÓN SEGÚN CONGRUENCIA A NIVEL ATC ENTRE MEDICAMENTO NO FINANCIADO CON RECURSOS DE LA UPC Y EL FINANCIADO

Régimen	Registros válidos para análisis	ATC 1	ATC 2	ATC 3	ATC 4	ATC 5
CONTRIBUTIVO	334	334	92	92	91	91
MOVILIDAD AL SUBSIDIADO	46	46	10	10	10	10
SUBSIDIADO	4.524	4.524	1.124	1.123	1.123	1.123
MOVILIDAD AL CONTRIBUTIVO	387	387	77	77	77	77
TOTAL	5.291	5.291	1.303	1.302	1.301	1.301

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad.

De la anterior tabla, es posible analizar que hay un salto en la coincidencia de ATC nivel 1 a ATC nivel 2 relacionado principalmente con el reporte de ORLISTAT – TABLETA O CAPSULA con ATC A08AB01 como “*Productos para la obesidad de acción periférica*” en su indicación “*sobrepeso*” y reportan como alternativa a LIRAGLUTIDA con ATC A10BJ02 como “*Análogos del péptido similar al glucagón tipo 1*” en su indicación “*control glucémico*” por tanto LIRAGLUTIDA **no es alternativa** de ORLISTAT – TABLETA O CAPSULA como se había mencionado anteriormente.

Resultados.

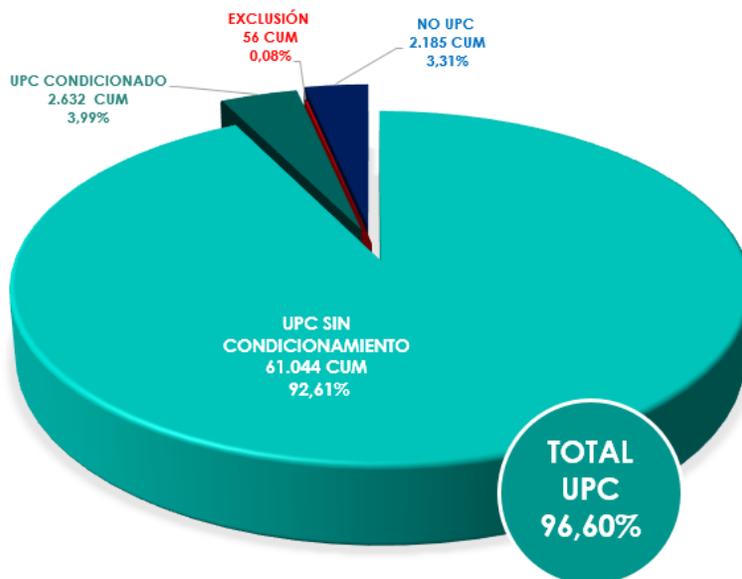
Teniendo en cuenta los resultados del conjunto de datos analizados, se menciona que no es posible recomendar la inclusión de ningún medicamento por la estrategia eficiencia de la prescripción. Solo dos registros cumplieron con los criterios mencionados en el artículo 111 de la Resolución 2808 de 2022, por tanto, es de vital importancia realizar capacitaciones relacionadas con el reporte de información tipo 6 << *Solicitud de información de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC para la vigencia 2023, a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado*>> a las EPS

3.3 ESTRATEGIA DE TENDENCIAS DE PRESCRIPCIÓN (MEDICAMENTOS)

Panorama actual sin propuesta de actualización:

Al corte de elaboración de esta propuesta de actualización y, teniendo en cuenta que la financiación es dinámica, ya que depende de la vigencia de los CUM de medicamentos, la distribución de financiación con recursos de la UPC es la siguiente:

FIGURA 1. FINANCIACIÓN POR CUM A 9 DE SEPTIEMBRE DE 2024



Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos INVIMA vigencia 2024 (corte 09-09-2024)

En la anterior gráfica puede observarse que del total de Códigos Únicos de Medicamento, que se encuentran vigentes a septiembre de 2024, la financiación con recursos de la UPC se encuentra en el 96.60% (92,61% que corresponde a 61.044 CUMS financiados por UPC en todas las concentraciones, formas farmacéuticas e indicaciones del registro sanitario y un 3,99% es decir 2.632 CUMS con financiación condicionada con UPC, según un uso o criterio específico como Combinaciones a Dosis Fijas, anestésicos, entre otros).

DESARROLLO

En esta estrategia se analizan las tecnologías en salud correspondientes a medicamentos, que se encuentran financiadas con recursos del presupuesto máximo y que fueron prescritas y suministradas a través de la herramienta tecnológica MIPRES, y financiadas con cargo al presupuesto máximo en cumplimiento a lo dispuesto en la **Resolución 1139 de 2022**⁵.

Esta estrategia pretende abarcar el mayor número de tecnologías que sean susceptibles de migrar hacia la financiación con recursos de la UPC, con la aplicación de algunos atributos mediante los cuales se recomiende su migración para complementar y aumentar las alternativas terapéuticas disponibles para pacientes y prescriptores y de esta forma lograr una atención y gestión más integral, que responda a la realidad del mercado farmacéutico, las opciones de innovación que se encuentran

⁵ Resolución 1139 de 2022. Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación -UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS. Ministerio de Salud y Protección Social.

disponibles y los correspondientes beneficios en salud que conlleva este proceso. Para este análisis se parte de identificar los medicamentos mediante su agrupación por grupos relevantes⁶ que pueden ser objeto de migración desde la financiación con presupuestos máximos hacia la financiación con recursos de la UPC. La fuente de información utilizada fue la base de datos MIPRES-Suministros transacción 9, de la vigencia 2023 con reporte de datos hasta marzo 31 de 2024. De esta forma se cuenta con la mayor completitud de prestaciones suministradas en 2023.

En cada GR se incluyeron los Códigos únicos de Medicamento (CUM) relacionados, y así se realiza una primera depuración de la base de datos estableciendo su financiación ya que en algunos casos puede tratarse de medicamentos No financiados en su totalidad y en otros con financiación condicionada. También se marcaron medicamentos que se consideran excluidos para el pago con recursos públicos asignados a la salud.

El total de grupos consultados es de 299, de los cuales uno de ellos denominado “P-MAGISTRAL” no es objeto de este análisis ya que se trata de preparaciones magistrales que en teoría y por lo dispuesto en la Resolución 1139 de 2022 no se financian con presupuesto máximo, ya que sólo se financian las preparaciones magistrales en cuya fabricación de parte de medicamentos No UPC y lo que debería reportarse es el CUM del medicamento utilizado (\$710.966.957 en el régimen contributivo y 8.815.036 en el régimen subsidiado). El otro GR que no se tiene en cuenta es el “R893” con un CUM relacionado y que se trata de un medicamento financiado con recursos de la UPC “Delta-9-tetrahidrocannabinol+cannabidiol 27mg solución oral” del cual se dispensaron 9 frascos en el régimen contributivo por un valor total de \$ 4.238.964.

Realizando una clasificación de cada uno de los principios activos de esta base de MIPRES mediante la agrupación ATC a nivel 1, es decir, por órgano o sistema en el cual ejerce su acción el fármaco, y cuantificando con el valor total suministrado se obtiene lo señalado en la tabla 13:

⁶ Definidos en la Resolución 586 de 2021 como: “3.11.1. Grupo relevante de medicamentos: corresponde al conjunto de medicamentos pertenecientes a la misma clasificación Anatómica Terapéutica Química, por su sigla en inglés - ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) a nivel 5 (principio activo) e igual forma farmacéutica, y a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM.”

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR ATC1 Y SUMINISTRO 2023 MIPRES.

ÓRGANO O SISTEMA DONDE EJERCE SU ACCIÓN EL FÁRMACO	No. DE GR.	No. DE PA.	CUM/UM	TOTAL Personas Únicas	TOTAL Registros	TOTAL dispensación	Valor Per cápita TOTAL	Valor registro dispensación TOTAL	por de % frente al valor total	Valor R. Contributivo	Personas Únicas R. Contributivo	Registros Contributivo	Valor R. Subsidiado	Personas Únicas Subsidiado	Registros Subsidiado
TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO	57	57	469	134.741	386.347	772.861.230.275,2	5.735.902,4	2.000.432,8	41,69%	591.777.100.459,0	111.199	322.343	181.084.129.816,2	33.542	54.004
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E INMUNOMODULADORES	51	56	1.131	5.939	27.542	411.553.457.109,0	69.296.759,9	14.942.758,6	22,20%	326.921.584.640,0	5.137	24.140	34.631.872.469,0	302	3.402
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	27	25	213	48.064	154.595	241.608.643.155,0	3.026.811,0	1.562.849,0	13,03%	189.893.107.731,0	42.211	139.597	31.715.535.424,0	3.853	14.998
SANGRE Y ÓRGANOS FORMADORES DE SANGRE	16	16	159	1.863	5.780	117.985.700.853,0	53.331.025,7	20.412.751,0	5,37%	34.610.840.782,0	1.321	4.261	33.374.860.071,0	342	1.519
SISTEMA RESPIRATORIO	17	13	270	179	782	92.085.911.163,0	514.446.431,1	117.756.919,6	4,97%	38.366.994.429,0	165	743	3.718.916.734,0	14	39
PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS, HORMONAS SEXUALES E INSULINAS EXCL.	9	9	38	2.637	15.701	31.978.262.966,0	31.087.699,3	5.221.212,9	4,42%	71.272.764.596,0	2.161	13.673	10.705.498.370,0	476	2.028
SISTEMA CARDIOVASCULAR	14	13	107	15.433	37.791	57.762.101.690,1	4.390.727,8	1.793.075,1	3,66%	51.592.819.910,5	14.149	35.004	5.169.281.779,6	1.284	2.787
SISTEMA NERVIOSO	25	21	352	4.324	17.569	39.270.294.931,0	3.081.936,8	2.235.203,8	2,12%	34.949.553.945,0	3.500	14.643	4.320.740.986,0	324	2.926
ANTIINFECIOSOS DE USO SISTÉMICO	37	29	301	38.706	44.055	21.093.812.711,9	544.975,3	478.806,3	1,14%	18.684.798.049,9	32.107	36.449	2.409.014.662,0	5.599	7.606
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	1	1	1	27	211	3.836.630.859,0	142.097.439,2	18.183.084,6	0,21%	3.202.645.719,0	22	177	333.985.140,0	5	34
VARIOS	3	3	5	738	1.424	2.293.913.488,0	3.108.283,9	1.610.894,3	0,12%	2.058.940.212,0	562	1.303	234.973.276,0	76	121
DERMATOLÓGICOS	27	22	341	3.812	3.328	993.853.033,0	260.717,0	106.545,1	0,05%	747.101.032,0	2.946	7.471	246.752.001,0	366	1.857
SISTEMA GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES	4	4	289	19	50	231.396.152,0	12.178.744,8	3.856.602,5	0,01%	231.396.152,0	19	50			
PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTE	2	2	50	2	13	56.003.760,0	38.001.880,0	4.307.981,5	0,00%	56.003.760,0	2	13			
TOTAL	297	266	4.236	256.484	701.198	1.853.611.212.146,2	7.227.005,2	2.643.491,9	100%	1.474.365.651.417,4	215.601	399.877	379.245.560.728,8	40.883	101.321

Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024)

Con la información de la tabla 13 se observa que el grupo de tracto alimentario y metabolismo representa el porcentaje más alto frente al total con un 41,7% del total del valor suministrado, debido principalmente a que en este grupo se ubican principios activos con indicación en enfermedades huérfanas y que representan más del 90% del valor total de este grupo. En segundo lugar, aparece el grupo de “antineoplásicos e inmunomoduladores” en el cual se encuentran medicamentos para el tratamiento de patologías huérfanas como Hemoglobinuria paroxística nocturna (eculizumab con 53% del valor total) y medicamentos para diferentes tipos de cáncer. Le siguen en porcentaje frente al total los grupos de “Sistema musculoesquelético” y “sangre y órganos formadores de sangre” con 13,03% y 6,37% respectivamente. Estos 4 grupos de los 14 en total representan más del 80 % del valor suministrado por medicamentos en 2023.

Los valores per cápita por cada uno de los grupos muestran que a pesar de que el grupo de tracto alimentario y metabolismo tiene el valor más alto de suministro, involucra un alto número de personas, por tanto, su per cápita es de los más bajos de toda la clasificación, mientras que el grupo de sistema respiratorio presenta un valor total de suministro aproximadamente 8 veces más bajo, pero su per cápita el más alto de toda la clasificación con cerca de 514 millones de pesos por paciente, alejado del segundo per cápita en casi 4 veces. Los valores promedio por registro de suministro también ubican los medicamentos del sistema respiratorio en primer lugar con valores cercanos a los 117 millones de pesos por registro, seguidos de medicamentos del grupo Sangre y órganos formadores de sangre con 20 millones de pesos por registro de suministro, órganos de los sentidos con 18 millones de pesos por registro y agentes antineoplásicos con 15 millones de pesos.

En general, el valor per cápita total y por régimen, y los valores promedio por registro de dispensación se pueden apreciar en la tabla 14:

TABLA 14. VALOR PER CÁPITA TOTAL Y POR RÉGIMEN, Y LOS VALORES PROMEDIO POR REGISTRO DE DISPENSACIÓN SEGÚN ATC 5

ÓRGANO O SISTEMA DONDE EJERCE SU ACCIÓN EL FÁRMACO	Per cápita TOTAL	Valor por registro de dispensación TOTAL	Per cápita régimen CONTRIBUTIVO	Per cápita régimen SUBSIDIADO	Valor por registro de dispensación régimen CONTRIBUTIVO	Valor por registro de dispensación régimen SUBSIDIADO
TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO	5.735.902,40	2.000.432,80	5.321.784,40	7.691.960,30	1.835.861,50	2.829.262,70
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E INMUNOMODULADORES	69.296.759,90	14.942.758,60	63.640.565,40	105.526.025,50	13.542.733,40	24.877.093,60
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	5.026.811,00	1.562.849,00	4.498.664,00	8.835.731,30	1.360.295,00	3.448.162,10
SANGRE Y ÓRGANOS FORMADORES DE SANGRE	63.331.025,70	20.412.751,00	64.050.598,60	61.577.232,60	19.857.038,40	21.971.599,80
SISTEMA RESPIRATORIO	514.446.431,10	117.756.919,60	535.557.542,00	265.636.909,60	118.932.697,80	95.356.839,30
PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS, HORMONAS SEXUALES E INSULINAS EXCL.	31.087.699,30	5.221.212,90	32.981.381,10	22.490.542,80	5.212.664,70	5.278.845,40
SISTEMA CARDIOVASCULAR	4.390.727,80	1.793.075,10	4.353.157,10	4.804.736,60	1.759.593,80	2.213.592,30

ÓRGANO O SISTEMA DONDE EJERCE SU ACCIÓN EL FÁRMACO	Per cápita TOTAL	Valor por registro de dispensación TOTAL	Per cápita régimen CONTRIBUTIVO	Per cápita régimen SUBSIDIADO	Valor por registro de dispensación régimen CONTRIBUTIVO	Valor por registro de dispensación régimen SUBSIDIADO
SISTEMA NERVIOSO	9.081.936,80	2.235.203,80	9.985.586,80	5.243.617,70	2.386.775,50	1.476.671,60
ANTIINFECCIOSOS DE USO SISTÉMICO	544.975,30	478.806,30	581.954,00	365.057,50	512.628,60	316.725,60
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	142.097.439,20	18.183.084,60	145.574.805,40	126.797.028,00	18.094.043,60	18.646.621,80
VARIOS	3.108.283,90	1.610.894,30	3.110.181,60	3.091.753,60	1.580.153,70	1.941.927,90
DERMATOLÓGICOS	260.717,00	106.545,10	253.598,40	284.933,00	100.000,10	132.876,70
SISTEMA GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES	12.178.744,80	3.856.602,50	12.178.744,80	-	3.856.602,50	-
PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTE	28.001.880,00	4.307.981,50	28.001.880,00	-	4.307.981,50	-
TOTAL	7.227.005,20	2.643.491,90	6.838.398,90	9.276.363,30	2.457.779,90	3.743.010,40

Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024)

Al revisar el grupo del sistema respiratorio se encuentra que sólo un medicamento importado como vital no disponible, con el principio activo: "ELEXACAFOTOR+TEZACAFOTOR+IVACAFOTOR+IVACAFOTOR" que se usa para tratar la fibrosis quística en los adultos y los niños de al menos 2 años de edad y se usa en pacientes con una mutación genética específica relacionada con la fibrosis quística, representa el 96% del valor total del grupo con 118 pacientes tratados.

Si se detalla más el reporte, se puede observar que sólo 27 principios activos del total de 266 (10%) representan el 80% del valor total:

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE PARETO PARA 27 PRINCIPIOS ACTIVOS (80% DEL VALOR TOTAL SUMINISTRADO)

No.	PRINCIPIO ACTIVO	TOTAL Valor Entregado	% frente al total	TOTAL Registros	TOTAL Personas Únicas	INDICACIÓN RELACIONADA CON:
1	ECULIZUMAB	215.848.522.738,00	11,6%	3.961,00	352,00	EH
2	ELOSULFASA ALFA	197.621.274.692,00	10,7%	5.324,00	176,00	EH
3	LIRAGLUTIDA	159.126.153.956,30	8,6%	211.093,00	60.460,00	OTRAS
4	ELEXACAFOTOR TEZACAFOTOR IVACAFOTOR IVACAFOTOR	88.699.248.381,00	4,8%	671,00	118,00	EH + OTRAS
5	IMIGLUCERASA	73.602.270.924,00	4,0%	1.990,00	158,00	EH
6	BUROSUMAB	70.711.089.220,00	3,8%	1.609,00	175,00	EH
7	ATALUREN	60.231.129.000,00	3,3%	963,00	123,00	EH + OTRAS
8	RIOCIGUAT	55.246.300.093,00	3,0%	4.792,00	1.265,00	EH + OTRAS

No.	PRINCIPIO ACTIVO	TOTAL Valor Entregado	% frente al total	TOTAL Registros	TOTAL Personas Únicas	INDICACIÓN RELACIONADA CON:
9	LANADELUMAB	51.449.547.887,00	2,8%	1.336,00	137,00	EH
10	NINTEDANIB	51.234.089.008,00	2,8%	6.721,00	1.364,00	OTRAS
11	NUSINERSEN	48.966.796.373,00	2,6%	176,00	60,00	EH
12	IDURSULFASA	41.078.658.610,00	2,2%	1.269,00	48,00	EH
13	METRELEPTIN	35.425.812.180,00	1,9%	120,00	21,00	EH + OTRAS
14	OCRELIZUMAB	34.942.464.257,00	1,9%	930,00	577,00	EH
15	LANREOTIDA	34.419.192.963,00	1,9%	8.567,00	1.373,00	EH + OTRAS
16	ALGLUCOSIDASA ALFA	31.953.728.418,00	1,7%	594,00	45,00	EH
17	GALSULFASA	28.497.067.272,00	1,5%	712,00	37,00	EH
18	AGALSIDASA BETA	26.014.630.536,00	1,4%	1.951,00	152,00	EH
19	OCTREOTIDE	25.844.512.267,00	1,4%	5.764,00	1.032,00	EH + OTRAS
20	VEDOLIZUMAB	25.405.514.314,00	1,4%	2.955,00	741,00	EH + OTRAS
21	VELAGLUCERASA ALFA	24.701.745.449,00	1,3%	655,00	43,00	EH
22	AGALSIDASA ALFA	22.614.029.290,00	1,2%	1.127,00	82,00	EH
23	ICATIBANTO	21.379.145.059,00	1,2%	2.057,00	589,00	EH
24	GOLODIRSEN	19.171.804.987,00	1,0%	59,00	8,00	EH + OTRAS
25	CANAKINUMAB	18.556.958.645,00	1,0%	503,00	82,00	EH
26	ETEPLIRSEN	17.941.971.440,00	1,0%	144,00	14,00	EH + OTRAS
27	MIGALASTAT	17.361.945.564,00	0,9%	313,00	46,00	EH
	TOTAL	1.498.045.603.523,3	80,8%			

Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024)

Merece especial atención el caso de la liraglutida, que ocupa el tercer lugar de los principios activos más representativos en valor, ya que como se puede observar en la tabla 2, su indicación no está relacionada con una enfermedad huérfana, pero tiene un peso importante en el total de medicamentos suministrados en 2023 con cargo al presupuesto máximo.

La liraglutida actualmente se encuentra autorizada en Colombia para comercialización bajo 3 registros sanitarios:

TABLA 16. REGISTROS SANITARIOS PARA MEDICAMENTOS QUE CONTIENEN LIRAGLUTIDA

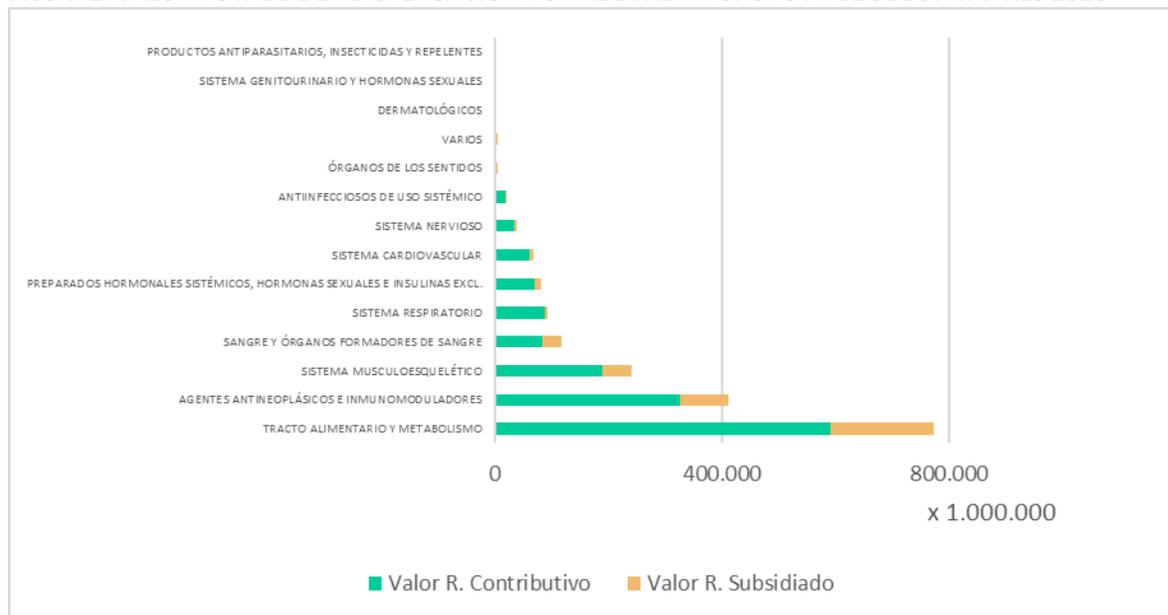
Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro	Indicaciones
20094683	LIRAGLUTIDA	SAXENDA® 6 MG/ML	INVIMA 2018M-0017986	Vigente	Nueva Indicación (Acta No. 15 de 2016 numeral 3.8.3 SEMPB y Acta No. 12 del 2022 numeral 3.4.2.1 SEMNNIMB) Adultos Saxenda® está indicado en combinación a una dieta baja en calorías y el aumento de la actividad física, para el manejo crónico del peso en pacientes adultos con un Índice de Masa Corporal (IMC) inicial de: 30 kg/m ² (obesidad), o 27 kg/m ² a <30 kg/m ² (sobrepeso) en presencia de al menos una comorbilidad relacionada con el peso como disglucemia (prediabetes y diabetes mellitus tipo 2), hipertensión, dislipidemia, o apnea obstructiva del sueño.
20090556	LIRAGLUTIDA	XULTOPHY® SOLUCION PARA INYECCIÓN	INVIMA 2017M-0017779	Vigente	Xultophy® está indicado para el tratamiento de adultos con diabetes mellitus tipo 2, para lograr el control glucémico en combinación con medicamentos hipoglucemiantes orales.
20028798	LIRAGLUTIDA	VICTOZA® 6MG/ML	INVIMA 2019M-0014110-R1	Vigente	Liraglutida está indicado en asociación con metformina como complemento de la dieta y el ejercicio para lograr un control glucémico en niños con diabetes mellitus tipo 2 a partir de los 10 años de edad que no han respondido a metformina en monoterapia Liraglutida está indicado como complemento de la dieta y el ejercicio para lograr un control glucémico en adultos en monoterapia o combinado con uno o más antidiabéticos orales (metformina, sulfonilureas inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SLGT2i) o tiazolidinediona) cuando el tratamiento con metformina no ofrece un control glucémico adecuado. - Tratamiento combinado con insulina en pacientes que no logran un adecuado control glucémico, con Liraglutida y metformina - Para reducir el riesgo de muerte cardiovascular en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 y alto riesgo cardiovascular acompañado de otras medidas que reduzcan el riesgo cardiovascular. Sin embargo, no se ha demostrado la eficacia de liraglutida para reducir el riesgo de infarto de miocardio no fatal o accidente cerebrovascular no fatal en adultos con diabetes mellitus tipo 2

Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de registros sanitarios- INVIMA (fecha de consulta 01-10-2024)

En este orden de ideas, el producto Xultophy y Victoza están financiados con recursos de la UPC para el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2. El producto Saxenda por su indicación diferente a diabetes mellitus tipo 2 se financia con presupuesto máximo. Por lo anterior, se entiende que la indicación en el manejo crónico del peso en pacientes adultos se financia con el presupuesto máximo, sin embargo, ha tenido un aumento elevado desde su consumo en 2022, en el que se reportó un total de \$104.302.683.721 (\$85.649.651.434 para el régimen contributivo y \$ 18.653.032.287 para el subsidiado) y en 2023 se encuentra un reporte de \$159.126.153.956,29 (\$129.899.298.287 para el régimen contributivo y \$ 29.226.866.669,29 para el subsidiado) lo que representa un incremento cercano al 53%. La proporción de aumento también se mantiene en el número de personas tratadas con el medicamento.

Con esta clasificación también es posible conocer cuál es el comportamiento entre regímenes de afiliación, en los cuales el régimen subsidiado frente al valor total representa el 20.5% (22,26% en 2022) y el contributivo el 79.5% restante (77,74% en 2022); presentándose diferentes proporciones en los grupos de clasificación ATC1 de los principios activos tal como se aprecia en la siguiente gráfica:

FIGURA 2. VALOR TOTAL DE LA DISPENSACIÓN POR RÉGIMEN Y GRUPO ATC1 SEGÚN MIPRES 2023



Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024)

Marcación por atributos

Una vez caracterizada la base MIPRES 2023, se definen características o atributos que podrían cumplir cada uno de los medicamentos incluidos en el análisis y bajo las cuales pueden definirse los medicamentos que se proponen para migrar desde la financiación con presupuestos máximos hacia la financiación con recursos de la UPC.

Los atributos propuestos se dividieron en dos categorías, los primeros 4 atributos se consideran una *“recomendación a favor de continuar el análisis”* para la migración de un medicamento desde la financiación con presupuestos máximos hacia la financiación con la UPC, y los siguientes atributos son *“recomendaciones a favor de no continuar el análisis”* para la migración de financiación:

RECOMENDACIONES A FAVOR DE CONTINUAR ANÁLISIS:

1. Matriz horizonte. Durante los años 2018 y 2019 se realizó una priorización de patologías en el país por diferentes actores del sistema para ingresar a la financiación con recursos de la UPC. El Ministerio de Salud, en conjunto con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y diferentes sociedades científicas que apoyaron este proceso, realizaron una priorización de estas tecnologías en salud teniendo en cuenta las principales causas de morbimortalidad del país y su carga de enfermedad. De esta forma, se obtuvo un listado con medicamentos priorizados científicamente y recomendados para inclusión en la financiación con recursos de la UPC, con el cuál se ha venido trabajando en años anteriores y realizando recomendaciones de inclusión de algunas tecnologías, por lo que se considera una “*lista de espera*” que se utilizó para marcar cada uno de los GR de la base MIPRES 2023 que concordaran.
2. Indicación relacionada con cáncer. Se revisaron todas las indicaciones de los medicamentos que conforman los 297 GR de la base MIPRES 2023, y se marcaron aquellos que presentan una indicación relacionada con el tratamiento de cáncer en cualquiera de sus tipos: Cáncer de cuello uterino, Cáncer de estómago, Cáncer de hígado, Cáncer de hueso, Cáncer de ovario, Cáncer de páncreas, Cáncer de próstata, Cáncer de pulmón, Cáncer de tiroides, Cáncer de útero, Cáncer renal, Cáncer sistema nervioso central y Gliomas malignos (grado IV de la OMS) o glioblastoma, linfomas, melanomas, entre otros.
3. TERAPIAS ANTIRETROVIRALES: No se encontraron medicamentos que cumplieran esta condición, por tanto, este criterio no se tuvo en cuenta.
4. Listado de Medicamentos Esenciales (LME) de la OMS. Se marcaron los medicamentos en sus GR que correspondieran a los recomendados por la Organización Mundial de la Salud en su último documento World Health Organization – Model List of Essential Medicines. 23rd List (2023)⁷. Estos medicamentos representan la lista básica de las necesidades mínimas de medicamentos para un sistema básico de atención de la salud de niños y adultos, enumerando los medicamentos (y algunas alternativas) que satisfacen las necesidades prioritarias de atención médica de una población y que fueron seleccionados teniendo en cuenta la prevalencia de la enfermedad y la relevancia para la salud pública, la evidencia de eficacia y seguridad y la relación costo-efectividad comparativa según la OMS.

⁷ World Health Organization Model List of Essential Medicines – 23rd List, 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02>



5. SALUD PÚBLICA. En este atributo se marcan aquellos GR cuya migración a UPC no representa ningún inconveniente para el desarrollo de programas para el tratamiento de enfermedades de interés especial en salud pública según lo dispuesto en el anexo 4 de la Resolución 2808 de 2022 o que se encuentran relacionados con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (o con vacunación de brotes específicos realizada por el mismo PAI). La marcación se realiza de la siguiente forma:
- i. No aplica: Cuando el medicamento no tiene indicaciones para enfermedades de interés especial en salud pública o en el PAI.
 - ii. NO: Cuando el medicamento tiene indicación en una o varias enfermedades de interés especial en salud pública o PAI con indicaciones adicionales en otras patologías.

No se encontraron medicamentos con indicaciones en salud pública y adicionalmente con indicaciones en otras patologías que merecieran un análisis para su posible financiación con recursos de la UPC.

Es necesario realizar este análisis ya que los medicamentos que hacen parte del listado de programas especiales en salud pública son suministrados directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el hecho de incluirlos también en el listado de medicamentos que deben ser garantizados por las EPS puede prestarse para confusión o incumplimiento de programas. Actualmente, se encuentran algunos medicamentos, principalmente vacunas conjugadas o con características especiales como las acelulares, que se prescriben por MIPRES, posiblemente por condiciones específicas del paciente, por ejemplo, cuando pierden inmunidad por alguna patología o cuando no se encuentran en los rangos de vacunación de los programas y el prescriptor decide que se requiere su administración.

RECOMENDACIONES A FAVOR DE NO CONTINUAR ANÁLISIS:

6. Exclusiones.
- a) A-2024. Se marcaron aquellos GR que contienen medicamentos que se encuentran en análisis y discusión en 2024 del Proceso Técnico Científico de exclusiones, teniendo en cuenta que hasta que el proceso no finalice no es posible catalogarlos como excluidos o no excluidos y no tendría sentido incluirlos en la financiación con recursos de la UPC hasta tanto no se finalice este proceso.
 - b) P: Parcial. se marcaron aquellos medicamentos que se encuentran descritos normativamente como una exclusión de la financiación con recursos públicos asignados a la salud en algunos diagnósticos.
 - c) T: Total, Si se encontraban medicamentos excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud en todas sus indicaciones.



d) No: Medicamentos que no se consideran excluidos de la financiación con recursos públicos destinados a la salud, en ninguna modalidad.

7. INDICACIONES UNIRS. Bajo este atributo se marcan aquellos GR que contienen medicamentos que presentan un Uso No Incluido en el Registro Sanitario (UNIRS). Estos usos no se encuentran financiados con recursos de la UPC y se financian con presupuestos máximos.

La marcación se realiza de la siguiente forma:

- i. No: No tiene indicación UNIRS.
- ii. Si: Tiene indicación UNIRS y la financiación en indicaciones diferentes se encuentra financiada con recursos de la UPC.
- iii. UNIRS+Otras: Tiene indicaciones UNIRS y adicionalmente en otras patologías que son financiadas con presupuestos máximos.

8. ENFERMEDADES HUÉRFANAS. Se marcan aquellos GR que contienen medicamentos relacionados con el tratamiento de enfermedades huérfanas teniendo en cuenta que para este tipo de enfermedades se están desarrollando otras estrategias para asegurar el acceso oportuno y adecuado a los medicamentos para todos los pacientes que los requieran. La marcación se realiza de la siguiente forma:

- a) OTRAS: El medicamento no tiene indicación para el tratamiento de enfermedades huérfanas.
- b) EH+OTRAS: El medicamento tiene indicación en una o varias enfermedades huérfanas e indicaciones diferentes a enfermedades huérfanas.
- c) EH: El medicamento tiene indicación para el tratamiento en EH.

Adicionalmente, se realizó una marcación de aquellos medicamentos clasificados con indicación tanto en enfermedad huérfana como en otras indicaciones adicionales, cruzando la información contra el registro de pacientes de enfermedades huérfanas con corte a agosto de 2024, para poder cuantificar los registros en que a pesar de que el medicamento presentara esta dualidad, se suministraron para el tratamiento de una enfermedad huérfana.

9. COMPRA CENTRALIZADA. Hace parte de los medicamentos de compra centralizada por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el análisis realizado no se encontró ningún medicamento que cumpla con este criterio.

10. ANÁLISIS POSTERIOR POR BAJA UTILIDAD TERAPÉUTICA. Bajo este atributo se marcan aquellos GR que contienen medicamentos cuya indicación posiblemente no aporte un alto impacto dentro del sistema de salud y requiere ser examinada en un análisis posterior,

aclarando que, si no se deciden migrar a la financiación con recursos de la UPC, continúan siendo financiados con recursos de los presupuestos máximos hasta tanto no puedan ser candidatos a exclusión. Para esta marcación se utilizaron los resultados de una revisión panorámica de literatura enfocada en conocer la evidencia de financiación en otros países, encontrando que en otros sistemas de salud no sólo no se encuentran en sus listados básicos sino que no se financian en algunos de ellos, catalogándolos como de *“baja o dudosa utilidad terapéutica por valor intrínseco no elevado”*.

11. MEDICAMENTO VITAL NO DISPONIBLE (MVND). Bajo este atributo se marcan aquellos GR que contienen medicamentos clasificados como Medicamento Vital No Disponible en el listado oficial que publica el INVIMA⁸ (con corte a agosto de 2024), y que se propone mantener financiados con presupuestos máximos, hasta tanto no se definan estrategias, bien sea que garanticen su disponibilidad en el mercado colombiano o, que regulen los precios de importación de algunos de ellos para que respondan a la realidad del mercado y a las necesidades y expectativas del sistema de salud, o en un escenario menos conservador, migrarlos a la financiación con UPC analizando sus frecuencias y severidades.

12. IMPORTADO COMO MVND. Bajo este atributo se marcan aquellos GR que contienen medicamentos que han sido importados previa autorización del INVIMA y que a pesar de no estar clasificados explícitamente como Medicamento Vital No Disponible en el listado oficial que publica el INVIMA⁹ (con corte a agosto de 2024), dicha institución en su revisión los ha clasificado como tal y ha permitido su importación¹⁰. Para estos medicamentos de igual forma que aquellos descritos en el numeral 11, se propone mantener su financiación con presupuestos máximos según las condiciones actuales descritas en dicho mecanismo de financiación, hasta tanto no se definan estrategias bien sea que garanticen su disponibilidad en el mercado colombiano o, que regulen los precios de importación de algunos de ellos para que respondan a la realidad del mercado y a las necesidades y expectativas del sistema de salud. Adicionalmente, presentan mucha incertidumbre en sus frecuencias de uso una vez incluidos explícitamente en los recursos de la UPC.

La marcación se realiza de la siguiente forma:

- a) NA: No se encuentra incluida en el listado de importados como MVND.
- b) NO: Se encuentra en el listado de importados como MVND, pero su importación se realizó antes de que obtuviera su registro sanitario en el país, es decir que actualmente se comercializa en Colombia y ya no es un MVND, o su

⁸ Disponible en: Listado disponible en: <https://www.invima.gov.co/medicamentos-vitales-no-disponibles> (corte 01072023)

⁹ Ibidem

¹⁰ Listado disponible en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/MEDICAMENTOS-VITALES-NO-DISPONIBLES/sdmr-tfmf> (corte 01072023)



importación se presentó por un desabastecimiento temporal y tiene registros sanitarios vigentes en Colombia.

c)SI: Se encuentra incluida en el listado de importados como MVND definido y publicado por el INVIMA, pero no cumple los criterios del literal a).

Por último, se realizaron marcaciones adicionales en cuanto al atributo de monopólico de un medicamento, según su oferta farmacéutica en Colombia, según presente en su mercado de comercialización sólo un registro sanitario o una marca comercializada sin opciones adicionales de otras marcas o genéricos y el año de su ingreso al país.

RESULTADOS

La aplicación de cada uno de estos atributos se realizó de forma secuencial para cada uno de los 297 GR analizados, partiendo de los atributos a favor de la propuesta de migración hacia la financiación con recursos de la UPC y luego aplicando aquellos bajo los cuales no se recomienda continuar el análisis. De esta forma se obtienen diferentes escenarios de posible migración a la UPC, sin embargo, no es posible definir grupos excluyentes de medicamentos frente a atributos ya que un mismo grupo que se agrupe bajo un atributo puede contener medicamentos que se marcan con otros atributos y que no permiten su generalización. Por ejemplo, al agrupar medicamentos que poseen indicaciones diferentes a enfermedades huérfanas hay que tener en cuenta que en este mismo grupo pueden presentarse medicamentos que se marcan con el atributo de Baja Utilidad Terapéutica, por tanto y en su mayoría los grupos clasificados no son ajenos en su totalidad a la marcación por otros atributos.

Los datos por clúster o segmentación aclarando que no son mutuamente excluyentes, ya que un medicamento puede encontrarse en varios grupos, se aprecia en la tabla 17:



TABLA 17. VALORES POR SEGMENTACIÓN SEGÚN CRITERIOS APLICADOS PARA TENDENCIAS DE PRESCRIPCIÓN 2024.

SEGMENTACIÓN	VALOR TOTAL	CUMS / IUMS	GR	PA
MATRIZ HORIZONTE	92.185.575.395,94	2.044	60	49
CÁNCER	89.063.360.138,00	974	45	43
LME	53.362.382.442,93	1.849	77	60
NO PERTINENTES POR SALUD PÚBLICA	15.165.012.218,00	169	25	20
UNIRS (TOTAL)	12.975.545.579,00	2.621	63	53
<i>MED. NO UPC CON UNIRS (EN INDICAC. DEL R.S.)*</i>	2.984.748.674,00	37	4	3
<i>MED. NO UPC CON UNIRS (EN INDICAC. UNIRS)***</i>	963.739.620,00	37	4	3
<i>MED. UPC CON UNIRS (EN INDICAC. UNIRS)**</i>	9.027.057.285,00	2.575	59	50
EXCLUSIÓN				
PARCIAL	153.613.151,00	13	1	1
EN ESTUDIO	297.163.662,00	54	5	3
M0. Medicamentos	237.146.835.124,00	3.128	171	147
M1	438.067.133.137,00	1.285	68	62
M2	1.178.397.243.885,00	204	62	60
BUT	184.985.735.651,00	809	71	60
MVND OFICIAL	118.368.778.638,00	283	38	36
IMPORTADOS COMO MVND QUE YA TIENEN RS	183.078.590.745,00	111	23	24
IMPORTADOS COMO MVND QUE NO TIENEN RS	293.174.106.735,00	89	45	44
MONOPÓLICO	1.122.517.542.159,00	765	140	136

Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024). *NO UPC CON UNIRS (EN INDICAC. DEL R.S.)*: Medicamentos NO UPC con indicaciones UNIRS (en indicaciones del registro sanitario). **MED. UPC CON UNIRS (EN INDICAC. UNIRS)*: Medicamentos UPC con indicaciones UNIRS (en indicaciones UNIRS). *** MED. NO UPC CON UNIRS (EN INDICAC. UNIRS)***: Medicamentos NO UPC con indicaciones UNIRS (en indicaciones UNIRS)

Medicamentos de baja utilidad terapéutica.

Este grupo se analizó detalladamente para saber si el comportamiento de prescripción y suministro cambió frente a 2022, obteniendo los datos agrupados por su indicación principal que se observan en la tabla 18 y marcando en color verde aquellos grupos con una disminución en el valor total del

suministro frente a 2023, en amarillo aquellos grupos con un incremento en el valor total del suministro entre el 0 y el 10% frente a 2023, y en rojo aquellos con valores mayores al 10% frente a 2023:

TABLA 18. COMPORTAMIENTO 2023-2024 DE MEDICAMENTOS DE POSIBLE BAJA UTILIDAD TERAPÉUTICA. MIPRES

CATEGORÍA de Posible Baja Utilidad Terapéutica	Proporción del principio activo frente al total del valor del grupo 2023 (%)	No de CUMS / IUMS asociados	TOTAL VALOR SUMINISTRADO 2022 (Indexado a 2023 IPC: 9.28)	TOTAL VALOR SUMINISTRADO 2023	Proporción del grupo frente al total del valor suministrado en 2023 (%)	VARIACIÓN 2023/2022
MANEJO CRÓNICO DEL PESO			122.454.081.520,90	173.754.123.196,20	93,93%	41,89%
liraglutida	91,58%	7	113.981.972.770,30	159.126.153.956,30		39,61%
orlistat	8,42%	143	8.472.108.750,60	14.627.969.239,90		72,66%
AINE TÓPICO			13.343.275.342,00	9.467.084.566,00	5,12%	-29,05%
nimesulida	92,48%	20	12.590.919.179,20	8.755.469.754,00		-30,46%
ketoprofeno	6,65%	14	687.244.816,60	629.659.322,00		-8,38%
piroxicam	0,75%	35	60.760.004,60	70.968.214,00		16,80%
meloxicam	0,12%	6	4.351.341,60	10.987.276,00		152,50%
CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE DE USO EXTERNO.			137.005.508,60	636.864.242,00	0,34%	364,85%
salicilato de metilo	95,75%	3	114.479.097,60	609.821.849,00		432,69%
mentol+salicilato de metilo	1,95%	30	15.475.709,10	12.436.515,00		-19,64%
alcanfor+mentol+salicilato de metilo	1,33%	18	560.205,30	8.469.541,00		1411,86%
capsaicina	0,82%	3	6.121.926,80	5.200.510,00		-15,05%
eucalipto+alcanfor+mentol+trementina	0,08%	13	166.987,50	492.800,00		195,11%
mentol	0,04%	1	-	223.776,00		100%
eucalipto+alcanfor+mentol+salicilato de metilo	0,02%	3	66.949,30	107.628,00		60,76%
eucalipto+alcanfor+mentol	0,01%	20	134.633,00	61.600,00		-54,25%
salicilato de metilo+yodo	0,01%	6	-	50.023,00		100%
COADYUVANTE EN ALOPECIA ANDROGÉNICA			329.751.403,40	316.880.804,00	0,17%	-3,90%
minoxidil	71,04%	50	248.245.325,20	225.120.407,00		-9,32%
minoxidil+tretinoína+clobetasol	19,05%	2	38.588.907,70	60.352.514,00		56,40%
finasterida	6,28%	36	30.626.259,80	19.905.932,00		-35,00%
minoxidil+tretinoína	3,63%	2	12.290.910,70	11.501.951,00		-6,42%
COADYUVANTE EN TRATAMIENTO DE VÁRICES			629.901.129,90	305.640.803,00	0,17%	-51,48%
pinus pinaster corteza	66,99%	10	226.987.272,50	204.758.441,00		-9,79%
pinus pinaster corteza+troxerutina	23,55%	3	377.182.140,60	71.985.233,00		-80,91%
escina+salicilato de dietilamina	6,65%	1	9.398.068,00	20.330.536,00		116,33%
escina+heparinoide+salicilato de dietilamina	2,35%	13	6.756.443,60	7.194.059,00		6,48%

CATEGORÍA de Posible Baja Utilidad Terapéutica	Proporción del principio activo frente al total del valor del grupo 2023 (%)	No de CUMS / IUMS asociados	TOTAL VALOR SUMINISTRADO 2022 (Indexado a 2023 IPC: 9.28)	TOTAL VALOR SUMINISTRADO 2023	Proporción del grupo frente al total del valor suministrado en 2023 (%)	VARIACIÓN 2023/2022
escina	0,44%	6	1.738.928,90	1.334.650,00		-23,25%
pentosano polisulfato de sodio	0,01%	3	7.838.276,30	37.884,00		-99,52%
ANTISÉPTICO/DESINFECTANTE DE USO EXTERNO.			276.895.738,10	213.742.353,00	0,12%	-22,81%
clorhexidina	56,04%	141	141.379.665,70	119.770.870,00		-15,28%
ácido hipocloroso	38,97%	13	128.094.969,30	83.293.303,00		-34,98%
yodo+alcohol isopropílico	3,36%	3	5.168.253,40	7.178.180,00		38,89%
clorhexidina+cetrimida	0,83%	11	27.538,60	1.778.859,00		6359,52%
alcohol isopropílico+clorhexidina	0,46%	22	533.744,30	986.792,00		84,88%
peróxido de hidrógeno	0,13%	15	130.447,50	281.869,00		116,08%
cetrimida+clorhexidina	0,12%	16	282.169,70	257.423,00		-8,77%
mentol+alcohol etílico	0,09%	12	1.278.949,70	195.057,00		-84,75%
SUPLEMENTO MULTIVITAMÍNICO			189.776.044,70	170.428.890,00	0,09%	-10,19%
ácido ascórbico + d-pantenol + gluconato ferroso + nicotinamida + piridoxina + riboflavina + tiamina + vitamina A + vitamina B12 + vitamina D3 + sulfato de zinc	21,71%	2	42.244.726,90	36.992.219,00		-12,43%
ácido ascórbico + cloruro de calcio + ácido pantoténico + gluconato ferroso + nicotinamida + piridoxina + riboflavina + tiamina + vitamina A + cianocobalamina + vitamina D3	17,23%	2	31.430.638,20	29.371.512,00		-6,55%
vitamina A + tiamina + riboflavina + piridoxina + cianocobalamina + nicotinamida + ácido ascórbico + pantotenato de calcio + sulfato de zinc	14,61%	12	39.240.256,90	24.906.273,00		-36,53%
calcio + vitamina D + cobre + zinc + magnesio + manganeso	11,85%	16	27.695.103,60	20.200.650,00		-27,06%
vitamina A + tiamina + riboflavina + piridoxina + cianocobalamina + ácido ascórbico + vitamina D3 + vitamina E + nicotinamida + ácido fólico + biotina + pantotenato de calcio + carbonato de calcio + yoduro de potasio + óxido de magnesio + fumarato ferroso + sulfato de cobre + zinc + betacaroteno + molibdato de sodio + cromo + sulfato de manganeso	9,33%	4	12.653.579,30	15.894.804,00		25,62%
carbonato de calcio + tetraborato de sodio + sulfato cuprico pentahidratado + carbonato de magnesio + sulfato de manganeso + citrato de zinc trihidrato + vitamina D3	8,80%	17	4.983.535,20	14.998.830,00		200,97%
vitamina A + ácido ascórbico + tiamina + riboflavina + nicotinamida + piridoxina + cianocobalamina + pantotenato de calcio + sulfato de zinc	7,29%	12	14.397.569,00	12.423.270,00		-13,71%
vitamina A + vitamina D3 + vitamina E + ácido ascórbico + tiamina + riboflavina + nicotinamida + piridoxina + ácido fólico + vitamina B12 + bisglicinato ferroso + carbonato de calcio + óxido de zinc + ácido docosaheptaenoico	4,41%	10	8.889.023,20	7.513.882,00		-15,47%

CATEGORÍA de Posible Baja Utilidad Terapéutica	Proporción del principio activo frente al total del valor del grupo 2023 (%)	No de CUMS / IUMS asociados	TOTAL VALOR SUMINISTRADO 2022 (Indexado a 2023 IPC: 9.28)	TOTAL VALOR SUMINISTRADO 2023	Proporción del grupo frente al total del valor suministrado en 2023 (%)	VARIACIÓN 2023/2022
ácido fólico + ácido ascórbico + aceite de pescado + carbonato de calcio + fluoruro de sodio + bisglicinato ferroso + molibdato de sodio + nicotinamida + óxido de zinc + pantotenato de calcio + piridoxina + riboflavina + sulfato de cobre + sulfato de magnesio + sulfato de manganeso + sulfato de potasio + sulfato de cobalto + vitamina A + vitamina B12 + vitamina E + vitamina D3 + tiamina	2,63%	31	5.518.935,10	4.477.130,00		-18,88%
vitamina A + vitamina D3 + vitamina C + vitamina B1 + vitamina B2 + nicotinamida + vitamina B6 + ácido fólico + vitamina B12 + fumarato ferroso + óxido de zinc + carbonato de calcio + vitamina E	1,30%	2	1.481.072,90	2.214.765,00		49,54%
ácido ascórbico + gluconato ferroso + nicotinamida + piridoxina + riboflavina + tiamina + vitamina A + cianocobalamina + vitamina E + vitamina D3	0,36%	8	520.520,30	611.334,00		17,45%
vitamina A + ácido ascórbico + vitamina D3 + vitamina E + tiamina + riboflavina + nicotinamida + piridoxina + ácido fólico + vitamina B12 + fumarato ferroso + carbonato de calcio + óxido de zinc + ácido decosaheptaenoico	0,30%	2	60.716,00	508.770,00		737,95%
hierro + nicotinamida + piridoxina + riboflavina + tiamina	0,07%	2	167.715,30	123.911,00		-26,12%
ácido fólico + ácido ascórbico + fosfato dibásico de calcio + fumarato ferroso + nicotinamida + pantotenato de calcio + piridoxina + riboflavina + tiamina + vitamina A + cianocobalamina + vitamina E + vitamina D3	0,06%	17	477.597,30	96.750,00		-79,74%
gluconato ferroso + nicotinamida + piridoxina + tiamina + riboflavina	0,04%	3	6.155,70	59.780,00		871,13%
vitamina A + vitamina D + vitamina E + tiamina + piridoxina + niacinamida + vitamina B12 + fosfato tricalcico anhidro + pantotenato de calcio + ácido ascórbico + riboflavina + sulfato de zinc	0,02%	11	8.899,80	35.010,00		293,38%
EMOLIENTE, HIDRATANTE Y QUERATOLÍTICO.			29.963.335,70	81.465.373,00	0,04%	171,88%
carbamida	100,00%	4	29.963.335,70	81.465.373,00		171,88%
DESPIGMENTADOR CUTÁNEO.			36.841.679,00	27.077.856,00	0,01%	-26,50%
ácido glicólico+hidroquinona	57,79%	3	18.780.832,40	15.647.059,00		-16,69%
ácido retinoico+hidroquinona+mometasona	37,04%	5	16.002.392,80	10.029.977,00		-37,32%
hidroquinona	5,17%	21	2.058.453,80	1.400.820,00		-31,95%
ANTIHIISTAMÍNICO, DESCONGESTIONANTE NASAL			23.717.940,00	10.560.458,00	0,01%	-55,47%
fenilefrina+fexofenadina	75,68%	29	13.092.835,70	7.991.895,00		-38,96%
desloratadina+fenilefrina	19,44%	44	8.981.973,50	2.052.750,00		-77,15%
cetirizina+fenilefrina	3,84%	10	859.989,90	406.020,00		-52,79%
levocetirizina+fenilefrina	1,04%	39	783.140,90	109.793,00		-85,98%
TRATAMIENTO DE INFECCIONES CAUSADAS POR EL VIRUS DE LA INFLUENZA TIPO A Y B			5.772.502,90	1.254.960,00	0,00%	-78,26%
oseltamivir	100,00%	1	5.772.502,90	1.254.960,00		-78,26%

CATEGORÍA de Posible Baja Utilidad Terapéutica	Proporción del principio activo frente al total del valor del grupo 2023 (%)	No de CUMS / IUMS asociados	TOTAL VALOR SUMINISTRADO 2022 (Indexado a 2023 IPC: 9.28)	TOTAL VALOR SUMINISTRADO 2023	Proporción del grupo frente al total del valor suministrado en 2023 (%)	VARIACIÓN 2023/2022
COADYUVANTE EN INDIGESTIÓN, INDIGESTIÓN ÁCIDA, LLENURA, DISTENSIÓN ABDOMINAL Y PESADEZ			-	507.840,00	0,00%	100%
simeticona+bicarbonato de sodio		24	-	507.840,00		100%
TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DEL RESFRIADO COMÚN.			107.400,40	104.310,00	0,00%	-2,88%
acetaminofen+fenilefrina+cetirizina	100,00%	30	107.400,40	104.310,00		-2,88%
Total general		1042	137.457.089.545	184.985.735.651		47,07%

Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024)

En este grupo se observa nuevamente medicamentos con el principio activo liraglutida que representan más del 41% del valor total del grupo y que aumentaron su valor total suministrado frente a 2023 en casi un 40%.

En otros grupos, el aumento porcentual es mayor, aunque el valor neto puede ser menos representativo frente al valor total de medicamentos de posible baja utilidad terapéutica (BUT), como es el caso del grupo “CONTRAIRRITANTE RUBEFACIENTE DE USO EXTERNO” que aumentó en más del 350%, pasando de 137 millones de pesos a 636, sin embargo, frente al valor total del grupo representa cerca del 0.34%.

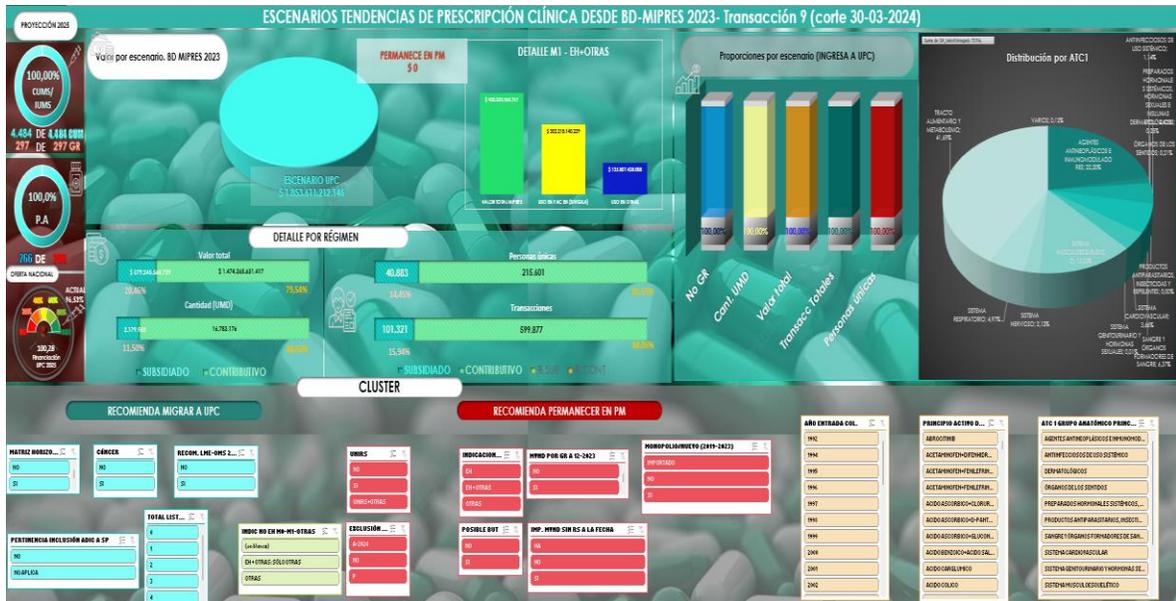
En general, el grupo de posible BUT aumentó en 2023 un 17% frente al valor suministrado en 2022.

Escenarios.

Para plantear los diferentes escenarios se recurrió a la elaboración de un modelo que cruce cada uno de los atributos y permita reconocer cómo sería el entorno de financiación en cada uno de ellos.

El modelo se realizó mediante el desarrollo de un dashboard en la herramienta Excel de Microsoft Office Standard 2019® del cual se presenta una visualización a continuación:

FIGURA 3. DASHBOARD DE MODELADO PARA ESCENARIOS DE MIGRACIÓN DE MEDICAMENTOS A LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC EN 2025



Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024), y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC.

Este modelo permite crear clústeres de agrupaciones con base en los atributos de marcación descritos en secciones anteriores y permite como salidas del modelo conocer cómo cambia la financiación en cada escenario propuesto para 2025, en las siguientes variables:

1. Número de CUM;
2. Número de principios activos
3. Proyección de la financiación total de CUM con recursos de la UPC en 2025 frente a la oferta nacional 2024.
4. Valor total que representa cada escenario. Los valores mantienen el detalle del valor total de suministro de 2023, es decir, que no se han indexado o presentado en valores constantes de 2023 ya que se espera que este ejercicio se desarrolle en el proceso final de costeo de impacto en la UPC a realizar por la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
5. Detalle del valor total por régimen de afiliación.
6. Cantidad en Unidades Mínimas de Dispensación – UMD que representaron en 2023 los medicamentos que se propone migrar.
7. Personas únicas relacionadas al suministro en 2023 de los medicamentos que se propone migrar.

8. Total, de transacciones o registros relacionados al suministro en 2023 de los medicamentos que se propone migrar.
9. Proporción en valor en cada uno de los 14 grupos de clasificación ATC a nivel 1 – órgano o sistema en el cual ejerce su acción el fármaco.
10. Detalle de uso de medicamentos que tienen indicación dual en enfermedades huérfanas y otras condiciones en salud.
11. Medicamento monopólico o que es comercializado en Colombia por un único oferente.
12. Detalle de uso de medicamentos que tienen indicación dual en UNIRS y en indicaciones incluidas en su registro sanitario.

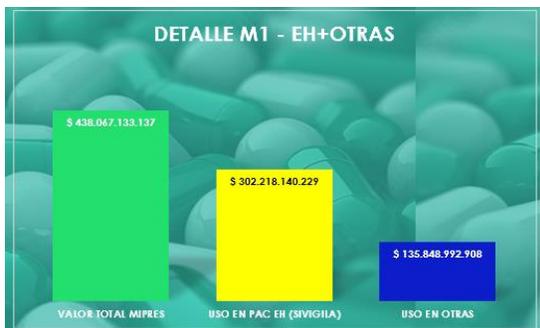


FIGURA 4. EJEMPLO DEL DETALLE DE USO DE MEDICAMENTOS QUE TIENEN INDICACIÓN DUAL EN ENFERMEDADES HUÉRFANAS Y OTRAS CONDICIONES EN SALUD



FIGURA 5. EJEMPLO DEL DETALLE DE USO DE MEDICAMENTOS CON INDICACIÓN UNIRS QUE TIENEN INDICACIÓN DUAL EN ENFERMEDADES HUÉRFANAS Y OTRAS CONDICIONES EN SALUD

De esta forma, entonces, se conoce cómo sería el entorno de financiación para 2024 según el escenario que se plantee desde el modelo desarrollado en el Dashboard.

Teniendo en cuenta estos clústeres, es posible entonces mezclar atributos que permitan generar los escenarios que a continuación se enumeran, enfocados a ofrecer la mayor migración de medicamentos hacia la UPC sin que puedan presentarse situaciones en las que los recursos estimados para la financiación con esta prima no sean los adecuados.

ESCENARIO No. 1.

En este escenario se plantea migrar todos los medicamentos cuyos atributos sean:

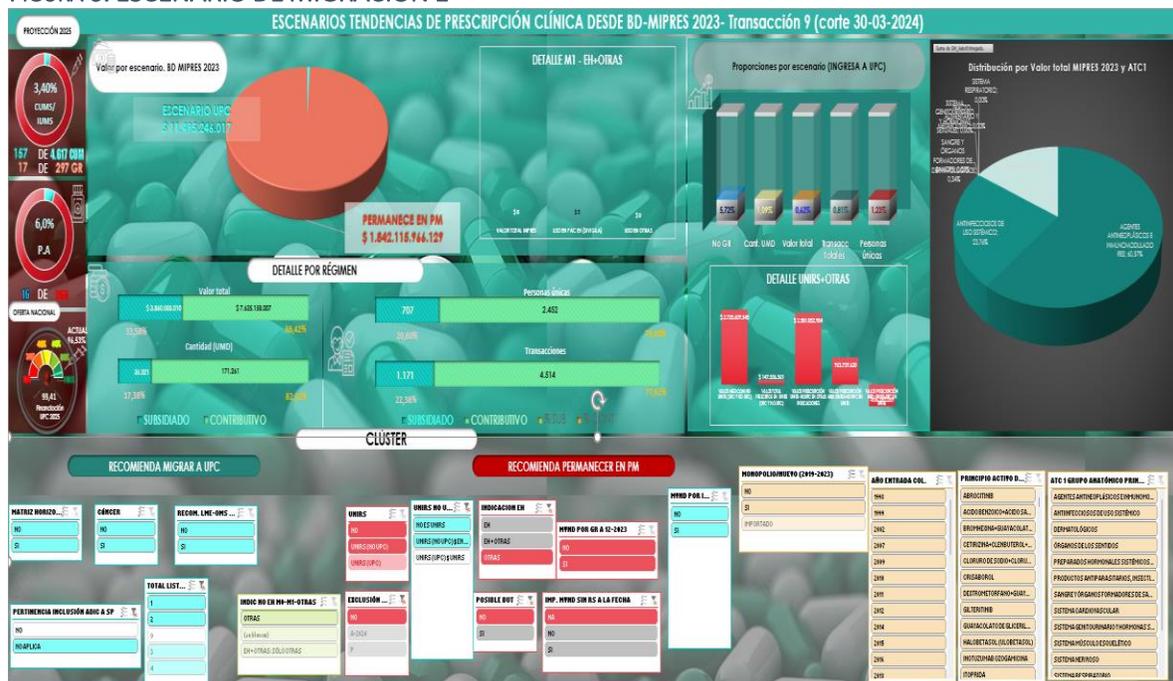
- Al menos 1 o más atributos de recomendación a favor (Matriz horizonte, indicación en cualquier tipo de cáncer o incluido en la propuesta de Listado de Medicamentos Esenciales de la OMS).
- Ser pertinente su inclusión según programas de salud pública. Algunos medicamentos que se encuentran en la base de MIPRES se utilizan para programas de Salud pública y podría mal interpretarse la financiación si se incluyen explícitamente en la UPC.
- No estar catalogado como de Baja Utilidad Terapéutica.
- No estar clasificado como exclusión total, parcial (con indicaciones no excluidas financiadas con UPC) o estar en análisis para exclusión.
- No tener indicación en Enfermedad huérfana: Ni como indicación exclusiva ni en duplicidad con otras indicaciones (cuando tiene duplicidad no se incluye ni en la indicación en enfermedad huérfana ni en las otras asociadas). El incluir medicamentos de enfermedades huérfanas podría provocar que los recursos estimados para la financiación con la UPC no sean los adecuados ya que no se podría diluir el riesgo cuando una EPS deba asegurar el acceso a estos medicamentos mientras que el cálculo de la UPC que consideró su migración se distribuya entre todas las EPS.
- No tener indicaciones UNIRS. Estas indicaciones no son financiadas con recursos de la UPC ya que pueden modificarse en cualquier momento y requeriría un nuevo cálculo de impacto de UPC cuando ocurra.
- No estar catalogado como un MVND. Incluir estos medicamentos puede representar incertidumbre en la estimación de la suficiencia de la UPC ya que puede ocurrir lo mismo que en enfermedades huérfanas, porque son casos específicos en su mayoría por paciente. Adicionalmente, se estarían incluyendo en algunos casos medicamentos sin registro sanitario en Colombia o con frecuencias y personas únicas debidas a esos casos específicos de importación, sin la seguridad de que se presenten más autorizaciones para otros pacientes o que no se presenten más autorizaciones, con lo que posiblemente se estaría sobreestimando la migración a UPC.

Adicionalmente, puede ocurrir lo que se observó con el medicamento del grupo relevante ACOM+096 cuyo principio activo es SOFOSBUVIR + VELPATASVIR + VOXILAPREVIR con valor total de: \$1.192.495.782,00, cuya indicación está asociada al tratamiento de hepatitis C, y se importó para 1 paciente, pero en Colombia ya existen medicamentos para el tratamiento de Hepatitis C con compra centralizada a cargo del Minsalud, por tanto no sería conveniente incluir esta combinación a Dosis Fijas porque podría ser incongruente con los medicamentos que se incluyen en la compra centralizada.

Otra singularidad sucede con los MVND del listado oficial, ya que esta marcación se decide no tener en cuenta, ya que finalmente estos medicamentos hacen parte de un listado oficial del INVIMA del cual ya hay medicamentos financiados con UPC y no habría razón para no poder incluir otros. Sin embargo, al hablar de los importados como MVND fuera del listado si es posible encontrar medicamentos no registrados en el país con frecuencias y severidades que posiblemente no permitan que la estimación de la UPC sea la adecuada. Adicionalmente, estos medicamentos a pesar de estar en el listado oficial de MVND, disponen de RS en el país.

Teniendo en cuenta lo anterior, y ya que las TS que se encuentran en la financiación con recursos del presupuesto máximo, se relacionan en su gran mayoría con el tratamiento de enfermedades huérfanas, el escenario estimado que se presenta a continuación ofrece menos incertidumbre en cuanto a su posible comportamiento para 2025, y que ofrece los menores riesgos de que los recursos estimados para la UPC sean no sean los adecuados, que no migra medicamentos de dudosa utilidad terapéutica, o con condiciones de cálculo variable durante el año, como los medicamentos con indicaciones UNIRS o MVND. El modelo sería el planteado en la figura 6:

FIGURA 6. ESCENARIO DE MIGRACIÓN 1



Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024) y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC

ESCENARIO 2

En este escenario se plantea migrar todos los medicamentos cuyos atributos sean:

- Al menos 1 o más atributos de recomendación a favor.
- Ser pertinente su inclusión según programas de salud pública. Algunos medicamentos que se encuentran en la base de MIPRES se utilizan para programas de Salud pública y podría mal interpretarse la financiación si se incluyen explícitamente en la UPC.
- No estar clasificado como exclusión total, parcial o estar en análisis para exclusión.
- No se migran indicaciones en enfermedad huérfana (EH): Es decir que no se tienen en cuenta medicamentos que tienen indicación exclusiva para EH (M2) y para los casos en que presenta dualidad con otras indicaciones (M1) sólo se tienen en cuenta el valor del suministro a pacientes para indicaciones diferentes a EH. De esta forma la migración de los medicamentos que tienen dualidad de indicaciones (M1) quedaría condicionada a sólo financiar con recursos de la UPC las indicaciones diferentes al tratamiento de alguna enfermedad huérfana, para asegurar que los recursos estimados para la financiación con la UPC sean los adecuados.
- No tener indicaciones UNIRS. Estas indicaciones no son financiadas con recursos de la UPC ya que pueden modificarse en cualquier momento y requeriría un nuevo cálculo de impacto de UPC en dicho momento, por lo tanto, sólo se considera en medicamentos con este tipo de usos, el valor de la dispensación en las indicaciones autorizadas en el país en su registro sanitario y se mantendría en el acto administrativo que define la financiación con recursos de la UPC para 2025, el párrafo que señala que no se financian con esta prima los UNIRS.
- No estar catalogado como un MVND importado sin RS. Sólo se incluyen aquellos que ya tienen registro sanitario en Colombia.
- Se incluyen los MVND del listado oficial del INVIMA.

Adicionalmente, puede ocurrir lo que se observó con el medicamento del grupo relevante ACOM+096 cuyo principio activo es SOFOSBUVIR + VELPATASVIR + VOXILAPREVIR con valor total de: \$1.192.495.782,00, cuya indicación está asociada al tratamiento de hepatitis C, y se importó para 1 paciente, pero en Colombia ya existen medicamentos para el tratamiento de Hepatitis C con compra centralizada a cargo del Minsalud, por tanto, no sería conveniente incluir esta combinación a Dosis Fijas porque podría ser incongruente con los medicamentos que se incluyen en la compra centralizada.

Se continúan presentando casos tal como sucedió en el análisis de esta estrategia en 2023, como:

Nintedanib: Registrado en Colombia en dos marcas comerciales diferentes, con 100 y 150 mg, sin embargo, en cada marca comercial registran indicaciones diferentes.

En OFEV®: está indicado para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (fpi) y para reducir la velocidad de progresión de la enfermedad. También está indicado para el tratamiento de "otras enfermedades pulmonares intersticiales (ild) crónicas fibrosantes con fenotipo progresivo.

En VARGATEF®: Tratamiento de segunda línea de pacientes con Carcinoma Pulmonar de Células No Pequeñas - CPNM localmente avanzado, metastásico o localmente recidivante con histología de adenocarcinoma tras una primera línea de quimioterapia siempre y cuando la primera línea no haya incluido docetaxel o inhibidores del VEGF, con excepción de bevacizumab.

De esta forma, se aprecia que en una marca la indicación es para enfermedad huérfana y en la otra marca no. Al incluir grupos relevantes que no son para enfermedades huérfanas se incluiría una sola marca y al ingresar a la financiación con UPC le aplicaría el artículo de armonización de indicaciones, por tanto, se estaría ingresando un medicamento para enfermedad huérfana, incumpliendo los criterios recomendados para este escenario, por tanto, se recomienda no incluir ninguno hasta no solucionar el inconveniente de las indicaciones, o incluirlo específicamente en aquellos escenarios en los cuales no se contemplaron valores de dispensación enfermedades huérfanas y aclarar en el anexo de financiación que sólo se financia con UPC en: TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DE PACIENTES CON CPNM LOCALMENTE AVANZADO, METASTÁSICO O LOCALMENTE RECIDIVANTE CON HISTOLOGÍA DE ADENOCARCINO TRAS UNA PRIMERA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA SIEMPRE Y CUANDO LA PRIMERA LÍNEA NO HAYA INCLUIDO DOCETAXEL O INHIBIDORES DEL VEGF, CON EXCEPCIÓN DE BEVACIZUMAB.

Este GR (R759) casi dobló el valor de 2022, pasando de: \$28.778.076.376 A \$51.234.089.008 en 2023.

Por último, se observa otro caso similar con el grupo relevante MCIM+014 que se compone de medicamentos cuyo principio activo es METIRAPONA. Estos medicamentos tienen registro sanitario con indicación:

- ALTERNATIVO COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA LA INSUFICIENCIA DE ACTH Y EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME DE CUSHING ACTH-DEPENDIENTE.
- ALTERNATIVO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE CUSHING ENDÓGENO.

Y se ha importado por desabastecimiento.

Las indicaciones de medicamentos que contienen metirapona son UPC Condicionada la primera y No UPC relacionada exclusivamente con Enfermedades huérfanas. La financiación UPC se da según lo descrito en el artículo 47 la Resolución 2366 DE 2023:

“Artículo 47. MEDIOS DIAGNÓSTICOS. Los medicamentos diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 1 “Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC”, que hace parte integral del presente acto administrativo, también serán financiados con recursos de la UPC cuando sean usados para realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos, financiados con recursos de la UPC.”

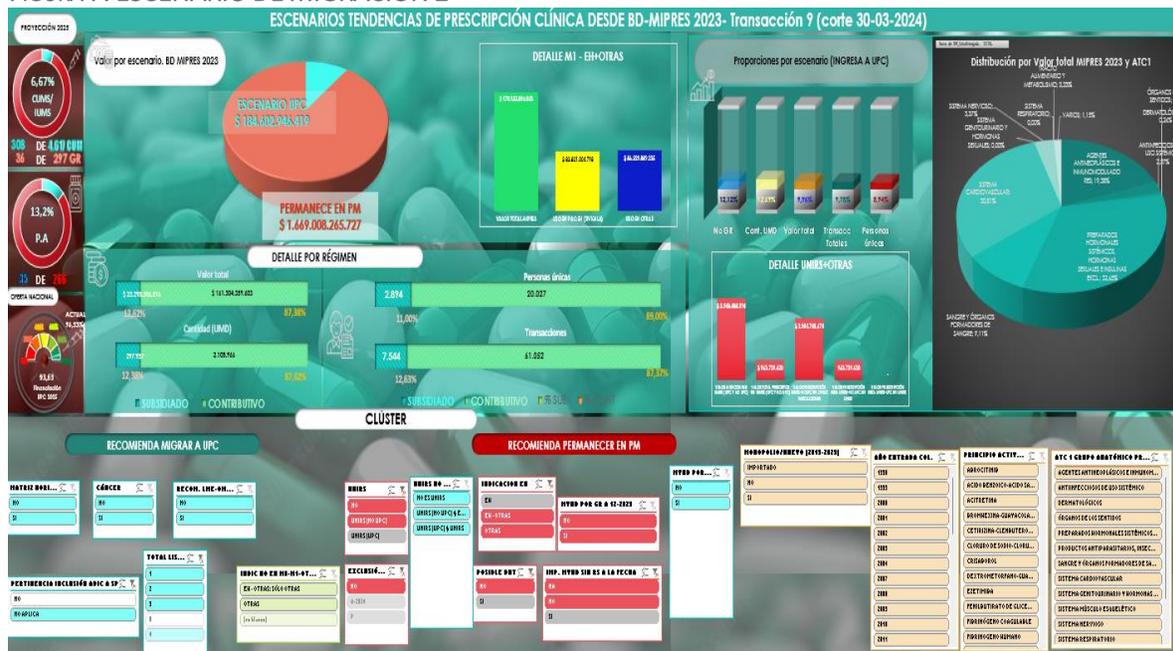
Por tanto, se consideraría UPC esa indicación, sin embargo, la segunda indicación está relacionada exclusivamente con enfermedades huérfanas, por tanto, si en este escenario no se tienen en cuenta medicamentos para enfermedades huérfanas, no se debe considerar.

En este escenario es necesario restar del valor total:

- El valor de los medicamentos MO en pacientes registrados con enfermedad huérfana en 2023: \$ 83.821.004.798
- El valor del medicamento del GR ACOM+096: (SOFOSBUVIR + VELPATASVIR + VOXILAPREVIR): \$ 1.192.495.782,00
- El valor del medicamento del GR R759: NINTEDANIB: \$ 551.595.550,00
- El valor del medicamento del GR MCOM+014: METIRAPONA: \$ 89.894.300,00

Dicho lo anterior, el modelo sería el que se muestra en la figura 7:

FIGURA 7. ESCENARIO DE MIGRACIÓN 2



Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024) y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC

ESCENARIO 3

En este escenario se plantea migrar todos los medicamentos cuyos atributos sean:

- Al menos 1 o más atributos de recomendación a favor.
- Ser pertinente su inclusión según programas de salud pública. Algunos medicamentos que se encuentran en la base de MIPRES se utilizan para programas de Salud pública y podría mal interpretarse la financiación si se incluyen explícitamente en la UPC.
- No estar clasificado como exclusión total, parcial o estar en análisis para exclusión.
- No se migran indicaciones en enfermedad huérfana (EH): Es decir que no se tienen en cuenta medicamentos que tienen indicación exclusiva para EH (M2) y para los casos en que presenta dualidad con otras indicaciones (M1) sólo se tienen en cuenta el valor del suministro a pacientes para indicaciones diferentes a EH. De esta forma la migración de los medicamentos que tienen dualidad de indicaciones (M1) quedaría condicionada a sólo financiar con recursos de la UPC las indicaciones diferentes al tratamiento de alguna enfermedad huérfana, para asegurar que los recursos estimados para la financiación con la UPC sean los adecuados.
- Se migran todos los usos UNIRS. Actualmente, estas indicaciones no son financiadas con recursos de la UPC ya que pueden modificarse en cualquier momento y requeriría un nuevo cálculo de impacto de UPC en dicho instante, por lo tanto, al proponer esta migración, aplicaría tanto para medicamentos no financiados con UPC, como para aquellos que están financiados y tienen UNIRS. En el acto administrativo que define la financiación con recursos de la UPC para 2025, el párrafo que señala que no se financian con esta prima los UNIRS debe eliminarse y sería necesario incluir un corte del Listado oficial como Condicionamiento de la financiación con recursos de la UPC, p.e. *“se financian con recursos de la UPC todos los usos de medicamentos incluidos en el anexo 1 de este acto administrativo, incluidos aquellos Unos No Incluidos en el Registro Sanitario UNIRS que se encuentren en el listado oficial UNIRS con corte a 31/12/2023.”* y si se desea dejar el corte a 2024 hay que evaluar si se incluyó algún UNIRS en el listado en la vigencia 2024.
- No estar catalogado como un MVND importado sin RS. Sólo se incluyen aquellos que ya tienen registro sanitario en Colombia.
- Se incluyen los MVND del listado oficial del INVIMA.
Adicionalmente, puede ocurrir lo que se observó con el medicamento del grupo relevante ACOM+096 cuyo principio activo es SOFOSBUVIR + VELPATASVIR + VOXILAPREVIR con valor total de: \$1.192.495.782,00, cuya indicación está asociada al tratamiento de hepatitis C, y se importó para 1 paciente, pero en Colombia ya existen medicamentos para el tratamiento de Hepatitis C con compra centralizada a cargo del Minsalud, por tanto no sería conveniente incluir esta combinación a Dosis Fijas porque podría ser incongruente con los medicamentos que se incluyen en la compra centralizada.

Se continúan presentando casos tal como sucedió en el análisis de esta estrategia en 2023, como:



Nintedanib: Registrado en Colombia en dos marcas comerciales diferentes, con 100 y 150 mg, sin embargo, en cada marca comercial registran indicaciones diferentes.

En OFEV®: está indicado para el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática (fpi) y para reducir la velocidad de progresión de la enfermedad. También está indicado para el tratamiento de "*otras enfermedades pulmonares intersticiales (ild) crónicas fibrosantes con fenotipo progresivo*".

En VARGATEF®: Tratamiento de segunda línea de pacientes con CPNM localmente avanzado, metastásico o localmente recidivante con histología de adenocarcinoma tras una primera línea de quimioterapia siempre y cuando la primera línea no haya incluido docetaxel o inhibidores del VEGF, con excepción de bevacizumab.

De esta forma se aprecia que en una marca la indicación es para enfermedad huérfana y en la otra marca no. Al incluir grupos relevantes que no son para enfermedades huérfanas se incluiría una sola marca y al ingresar a la financiación con UPC le aplicaría el artículo de armonización de indicaciones, por tanto, se estaría ingresando un medicamento para enfermedad huérfana, incumpliendo los criterios recomendados para este escenario, por tanto se recomienda no incluir ninguno hasta no solucionar el inconveniente de las indicaciones, o incluirlo específicamente en aquellos escenarios en los cuales no se contemplaron valores de dispensación enfermedades huérfanas y aclarar en el anexo de financiación que sólo se financia con UPC en: TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DE PACIENTES CON CPNM LOCALMENTE AVANZADO, METASTÁSICO O LOCALMENTE RECIDIVANTE CON HISTOLOGÍA DE ADENOCARCINO TRAS UNA PRIMERA LÍNEA DE QUIMIOTERAPIA SIEMPRE Y CUANDO LA PRIMERA LÍNEA NO HAYA INCLUIDO DOCETAXEL O INHIBIDORES DEL VEGF, CON EXCEPCIÓN DE BEVACIZUMAB.

Este GR (R759) casi dobló el valor de 2022, pasando de: \$28.778.076.376 A \$51.234.089.008 en 2023.

Por último, se observa otro caso similar con el grupo relevante MCIM+014 que se compone de medicamentos cuyo principio activo es METIRAPONA. Estos medicamentos tienen registro sanitario con indicación:

- ALTERNATIVO COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA PARA LA INSUFICIENCIA DE ACTH Y EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME DE CUSHING ACTH-DEPENDIENTE.
- ALTERNATIVO PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE CUSHING ENDÓGENO.

Y se ha importado por desabastecimiento.

Las indicaciones de medicamentos que contienen metirapona son UPC Condicionada la primera y No UPC relacionada exclusivamente con Enfermedades huérfanas. La financiación UPC se da según lo descrito en el artículo 47 la Resolución 2366 DE 2023:

"Artículo 47. MEDIOS DIAGNÓSTICOS. Los medicamentos diferentes a medios de contraste que se encuentren descritos en el Anexo 1 "Listado de Medicamentos financiados con recursos de la UPC", que hace parte integral del presente acto administrativo, también serán financiados con recursos de la UPC cuando sean usados para



realizar pruebas farmacológicas diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos, financiados con recursos de la UPC.”

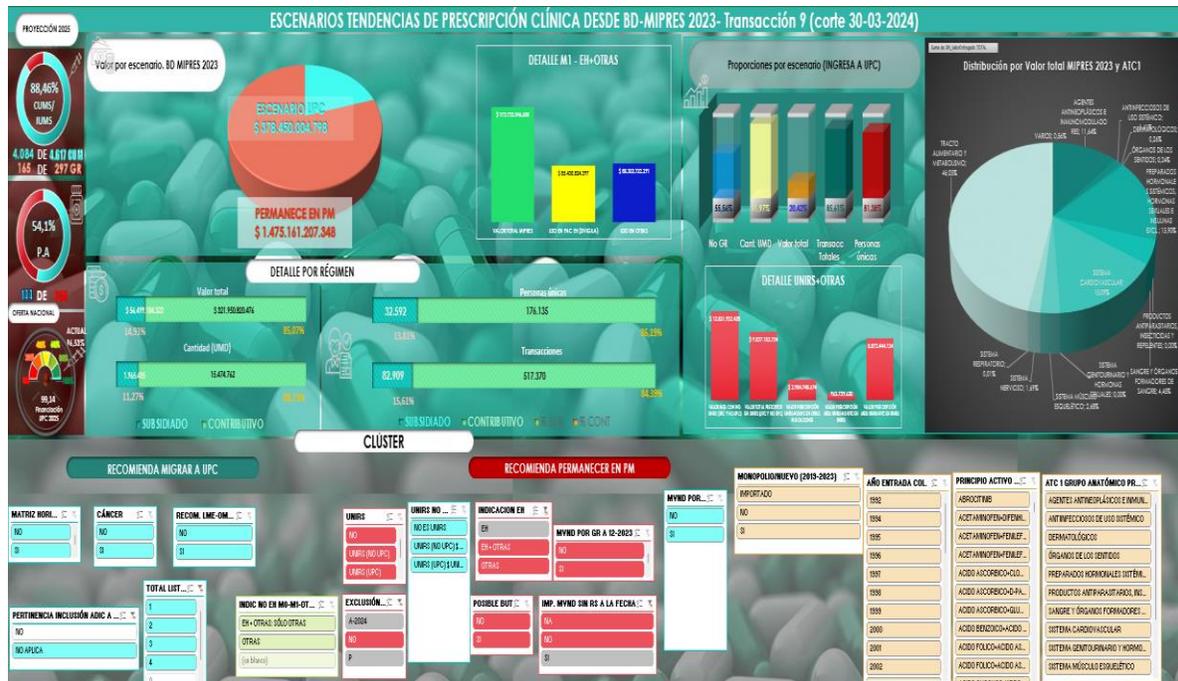
Por tanto, se consideraría UPC esa indicación, sin embargo, la segunda indicación está relacionada exclusivamente con enfermedades huérfanas, por tanto, si en este escenario no se tienen en cuenta medicamentos para enfermedades huérfanas, no se debe considerar.

En este escenario es necesario restar del valor total:

- El valor de los medicamentos MO en pacientes registrados con enfermedad huérfana en 2023: \$ 85.430.824.397
- El valor del medicamento del GR ACOM+096: (SOFOSBUVIR + VELPATASVIR + VOXILAPREVIR): \$ 1.192.495.782,00
- El valor del medicamento del GR R759: NINTEDANIB: \$ 551.595.550,00
- El valor del medicamento del GR MCOM+014: METIRAPONA: \$ 89.894.300,00

Dicho lo anterior, el modelo sería el que se muestra en la figura 8:

FIGURA 8. ESCENARIO DE MIGRACIÓN 3



Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024) y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC

ESCENARIO 4

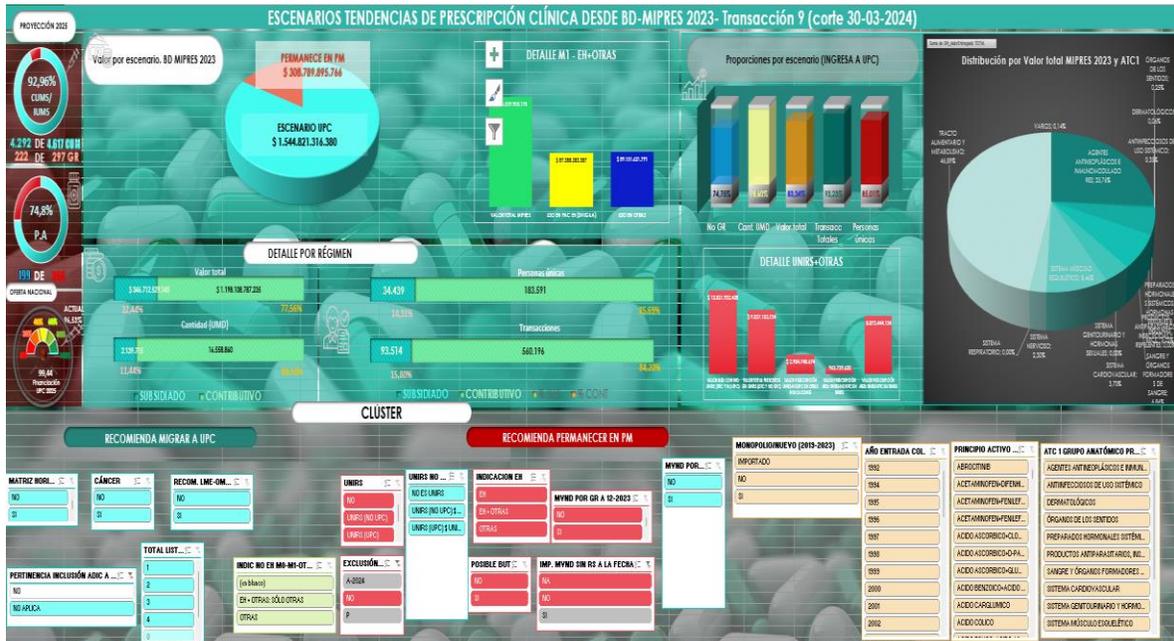
Por último, si se planteara migrar todos los medicamentos que se encuentran en el presupuesto máximo actualmente, no sería posible ya que no se deben migrar exclusiones, medicamentos que no sean pertinentes por salud pública, o que sea un Medicamento Vital no Disponible sin registro sanitario en el país.

En este escenario se plantea migrar todos los medicamentos cuyos atributos sean:

- No se tienen en cuenta los criterios de recomendación de migración.
- No estar clasificado como una posible exclusión total, parcial o en estudio en 2024.
- Ser pertinente su inclusión según programas de salud pública. Algunos medicamentos que se encuentran en la base de MIPRES se utilizan para programas de Salud pública y podría mal interpretarse la financiación si se incluyen explícitamente en la UPC.
- No estar catalogado como un MVND importado sin RS. Sólo se incluyen aquellos que ya tienen registro sanitario en Colombia.

El modelo sería el que se plantea en la figura 9:

FIGURA 9. ESCENARIO DE MIGRACIÓN 4



Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024) y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC

**TABLA 19. RESUMEN DE ESCENARIOS
CRITERIOS POR ESCENARIO**

INCERTIDUMBRE



ESCENARIO 1	ESCENARIO 2	ESCENARIO 3	ESCENARIO 4
Criterios de recomendación	Criterios de recomendación	Criterios de recomendación	TODAS LAS TECNOLOGÍAS SIN CRITERIOS DE RECOMENDACIÓN
POR LO MENOS 1 DE LOS 4 CRITERIOS DE RECOMENDACIÓN	POR LO MENOS 1 DE LOS 4 CRITERIOS DE RECOMENDACIÓN	POR LO MENOS 1 DE LOS 4 CRITERIOS DE RECOMENDACIÓN	SALVO: Que sea pertinente por S.P.
1. MATRIZ HORIZONTE. Recomendados En la matriz horizonte por la priorización realizada por soc. cient., IETS y Minsalud	PERTINENCIA S.P., Asegurando que no entre en conflicto con medicamentos de programas de salud pública	PERTINENCIA S.P., Asegurando que no entre en conflicto con medicamentos de programas de salud pública	Que no esté excluido o en estudio.
2. INDICACIÓN EN CÁNCER. Indicación incluida en su Registro sanitario (R.S.) en cualquier tipo de cáncer	Criterios para mantener en PM	Criterios para mantener en PM	Que no sea un MVND sin R.S. en el país
3. RECOMENDADO POR LA OMS. En el Listado de Medicamentos Esenciales para 2024	SIN INDICACIÓN EN EH. Sólo se migran medicamentos sin Indicación en EH: M0 y M1 en lo relacionado con la Otra indicación adicional a la de Huérfanas.	SIN INDICACIÓN EN EH. Sólo se migran medicamentos sin Indicación en EH: M0 y M1 en lo relacionado con la Otra indicación adicional a la de Huérfanas.	
4. PERTINENCIA S.P. Que no entre en conflicto con medicamentos de programas de salud pública	NO EXCLUIDO. No se migran medicamentos excluidos o parcialmente excluidos.	NO EXCLUIDO. No se migran medicamentos excluidos o parcialmente excluidos.	
Criterios para mantener en PM	NO UNIRS. No se migran medicamentos con indicaciones UNIRS	NO UNIRS. No se migran medicamentos con indicaciones UNIRS	
SIN INDICACIÓN EN EH. Sólo se migran medicamentos sin Indicación en EH: M0	NO BUT. No se migran medicamentos clasificados como de Posible baja utilidad terapéutica	NO BUT. No se migran medicamentos clasificados como de Posible baja utilidad terapéutica	
NO BUT. No se migran medicamentos clasificados como de Posible baja utilidad terapéutica	MVND POR LISTADO INVIMA. De los MVND sólo migran aquellos del listado oficial del INVIMA.	MVND POR LISTADO INVIMA. De los MVND sólo migran aquellos del listado oficial del INVIMA.	
NO EXCLUIDO. No se migran medicamentos excluidos o parcialmente excluidos.	IMPORTADOS COMO MVND CON RS. De los MVND autorizados para importación por el INVIMA, sólo migran aquellos que ya cuenten con Registro sanitario en el país.	IMPORTADOS COMO MVND CON RS. De los MVND autorizados para importación por el INVIMA, sólo migran aquellos que ya cuenten con Registro sanitario en el país.	
NO UNIRS. Se migran medicamentos únicamente en sus indicaciones incluidas en el registro sanitario y no en UNIRS.			
NO MVND CON O SIN R.S. No se migran Medicamentos Vitales No Disponibles del listado oficial del INVIMA o autorizados para importación como MVND.			
	No se tiene en cuenta: Metirapona, nintedanib y sofosbuvir velpatasvir voxilaprevir	No se tiene en cuenta: Metirapona, nintedanib y sofosbuvir velpatasvir voxilaprevir	No se tiene en cuenta: sofosbuvir velpatasvir voxilaprevir

Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024) y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC

TABLA 20. VALORES MIPRES 2023 POR ESCENARIO DE MIGRACIÓN

	VALOR INICIAL DEL ESCENARIO 2 (sin restar uso en EH DE M1)	VALOR INICIAL DEL ESCENARIO 3 (sin restar uso en EH DE M1)	VALOR INICIAL DEL ESCENARIO 4
VALOR FINAL TOTAL DEL ESCENARIO 1	184.602.946.419,00	378.450.004.798,00	1.544.821.316.380,00
11.495.246.017	VALOR PACIENTES SIVIGILA POR CUM DE M1	VALOR PACIENTES SIVIGILA POR CUM DE M1	VALOR TOTAL DEL GR ACOM+096 SOFOSBUVIR VELPATASVIR VOXILAPREVIR
NÚMERO DE CUMS INCLUIDOS DE 4,617	83.821.004.798,00	85.430.824.397,00	1.192.495.782,00
167	VALOR TOTAL DEL GR MCOM+014 METIRAPONA	VALOR TOTAL DEL GR MCOM+014 METIRAPONA	VALOR FINAL DEL ESCENARIO 4
GRUPOS RELEVANTES INCLUIDOS DE 297	89.894.300,00	89.894.300,00	1.543.628.820.598,00
17	VALOR TOTAL DEL GR R759 NINTEDANIB	VALOR TOTAL DEL GR R759 NINTEDANIB	NÚMERO DE CUMS INCLUIDOS DE 4,617
PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS DE 266	551.595.550,00	551.595.550,00	4.292,00
16	VALOR TOTAL DEL GR ACOM+096 SOFOSBUVIR VELPATASVIR VOXILAPREVIR	VALOR TOTAL DEL GR ACOM+096 SOFOSBUVIR VELPATASVIR VOXILAPREVIR	GRUPOS RELEVANTES INCLUIDOS DE 297
FINANCIACIÓN PARA 2025	1.192.495.782,00	1.192.495.782,00	222
96,76%	VALOR FINAL TOTAL DEL ESCENARIO 2	VALOR FINAL TOTAL DEL ESCENARIO 3	PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS DE 266
	98.947.955.989,00	291.185.194.769,00	199
	NÚMERO DE CUMS INCLUIDOS DE 4,617	NÚMERO DE CUMS INCLUIDOS DE 4,617	FINANCIACIÓN PARA 2025
	308	4.084	99,44%
	GRUPOS RELEVANTES INCLUIDOS DE 297	GRUPOS RELEVANTES INCLUIDOS DE 297	
	34	165	
	PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS DE 266	PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS DE 266	
	33	144	
	FINANCIACIÓN PARA 2025	FINANCIACIÓN PARA 2025	
	96,95%	99,14%	

Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024) y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC

TABLA 21. OTROS VALORES ASOCIADOS A CADA ESCENARIO

ESCENARIOS	Valor que migra a UPC MIPRES 2023 (TOTAL: \$1.853,611,212,146)	% FRENTE AL VALOR TOTAL	% transacciones MIPRES 2023 que migran	% personas únicas MIPRES 2023 relacionadas que migran
ESCENARIO 1	11.495.246.017,00	0,62%	0,81%	1,23%
ESCENARIO 2	98.947.955.989,00	5,34%	9,78%	8,94%
ESCENARIO 3	291.185.194.769,00	15,71%	85,61%	81,38%
ESCENARIO 4	1.543.628.820.598,00	83,28%	93,23%	85,01%

Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2023 (corte de reporte de información a 03-2024) y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC

3.3.1 Análisis para Alimentos para Propósitos a Médicos Especiales:

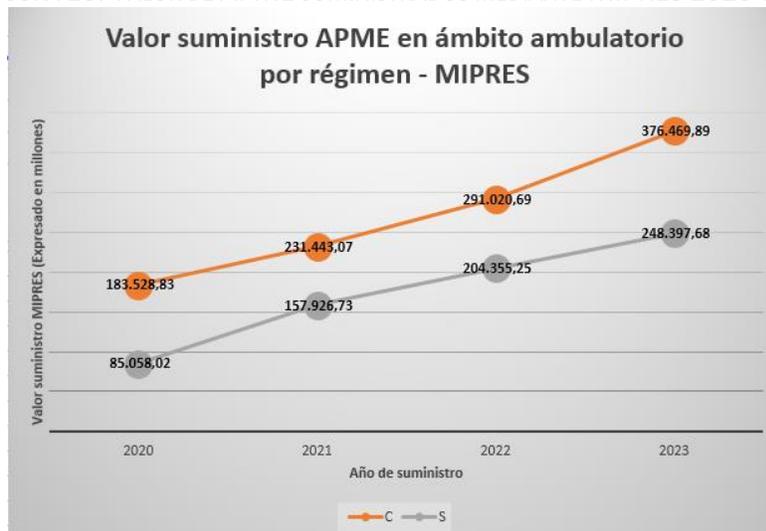
En cuanto a los Alimentos para propósitos médicos especiales APME, los valores reportados para todos los grupos relevantes suministrados en el ámbito ambulatorio, teniendo en cuenta que en el ámbito hospitalario ya se encuentran financiados con recursos de la UPC, son:

- APME Ámbito Ambulatorio: \$627.129.376.171,23
 - RC: \$376.469.888.116
 - RS: \$248.397.682.428

Para la migración de estos productos no se aplican los criterios utilizados en medicamentos por cuanto no es posible y es más una decisión de disponibilidad presupuestal. Sin perjuicio de lo anterior, se adjuntan algunas gráficas en las que se puede apreciar que el número de personas a las que se le prescribe este tipo de productos ha aumentado en los últimos 4 años, ya que el per cápita se mantiene en valores más constantes.

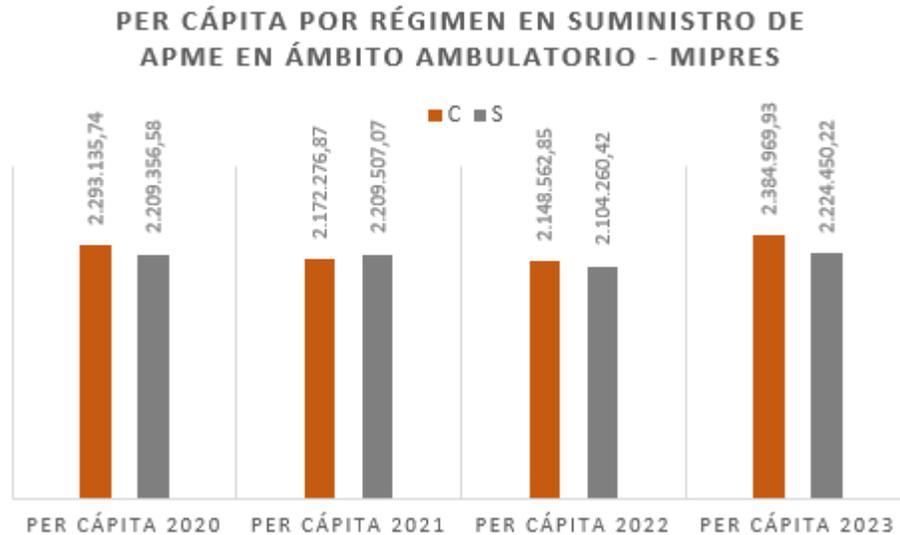
Por lo anterior, sería deseable poder analizar qué tan racionalmente se están prescribiendo estos productos, ya que por sus características pueden ser fácilmente prescritos en condiciones o cantidades que no escapen a la lógica clínica.

FIGURA 10. VALOR DE APME SUMINISTRADOS MEDIANTE MIPRES 2020-2023



Fuente: Base de datos MIPRES suministro 2020-2023. Subdirección de costos y tarifas del aseguramiento en salud- DRBCTAS

FIGURA 11. VALORES PERCÁPITA PARA APME 2020-2023



Fuente: Base de datos MIPRES suministro 2020-2023. Subdirección de costos y tarifas del aseguramiento en salud – DRBCTAS

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. Teniendo en cuenta las consideraciones técnicas realizadas en este documento el Escenario # 1 para medicamentos es el recomendado, ya que permite con las menores y posibles perturbaciones y la menor incertidumbre, la estimación adecuada de los recursos que garantizan la suficiencia de la UPC y evita que se migren medicamentos de dudosa utilidad terapéutica.
2. En cuanto a los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales, la recomendación es mantenerlos en presupuesto máximo hasta tanto no tener información completa del año 2024 en que se cambió la financiación del ámbito hospitalario y poder comprobar cómo se han comportado los precios, las cantidades y las frecuencias de suministro.

3.4 ESTRATEGIA DE ACTO NORMATIVO

Se llevó a cabo una revisión detallada por parte del equipo técnico de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento del texto del acto administrativo con el propósito de revisar su redacción y de ser

necesario ajustarla para asegurar un articulado claro y efectivo para los actores del SGSSS y de toda la ciudadanía. Durante este proceso, se consideró como insumo principal las consultas ciudadanas realizadas durante la vigencia 2024 y la lectura detallada por parte del equipo técnico, evitando términos ambiguos que pudieran dar lugar a interpretaciones erróneas. Luego de este proceso se compartió el proyecto de resolución con el Viceministerio de Salud, con el objetivo de recibir retroalimentación y posibles sugerencias redacción.

RESULTADO

El resultado final se traduce en los siguientes ajustes de forma:

- Ajuste del párrafo 2 del artículo 36 Combinaciones de dosis fijas (CDF) así:

“Párrafo 2. Será la IPS en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, cuando ella realiza la dispensación, o en coordinación con el asegurador cuando sea éste el responsable de garantizar la dispensación a través de otro actor, establezca la comparación entre los diferentes costos de tratamiento, sin dejar de lado las normas que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos incluidos en el régimen de control directo de precios, entre otras”.

Lo anterior, en razón a que las negociaciones con importadores o fabricantes de medicamentos pueden ser realizadas por diferentes actores como IPS, operadores logísticos y EPS, y es usual que la IPS prescriptora no sea quien realice la dispensación de los medicamentos prescritos.

- Se incluye la palabra *tecnología en salud* en el artículo 38 así:

*“Artículo 38. Registro sanitario. El tipo de registro sanitario otorgado por el INVIMA a una **tecnología en salud** no establece por sí mismo la financiación de los medicamentos con recursos de la UPC, puesto que esta se da con el cumplimiento de las condiciones establecidas en el presente acto administrativo”.*

Lo anterior en razón a que hace referencia justamente a tecnologías en salud y no a productos.

- Se incluye la palabra *hospitalario* en la descripción de la financiación de la FTLC así:

“Artículo 49. Sustancias y medicamentos para nutrición. La financiación de sustancias nutricionales con recursos de la UPC según se describe en el anexo 1 es la siguiente:

5.6. *La Fórmula Terapéutica Lista para Consumir (FTLC) para uso en pacientes pediátricos de 6 a 59 meses de edad en el manejo nutricional ambulatorio y **hospitalario** de la desnutrición aguda, moderada y severa según la Resolución 2350 de 2020 o aquella que la adicione, modifique o sustituya”.*

Lo anterior, con el objetivo de aclarar que la FTLC también se financia en el ámbito hospitalario.

- Corrección de la referencia de un artículo en el Artículo 110. Reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC así:

*“Parágrafo 2. La información correspondiente a la financiación con recursos de la UPC, para servicios y tecnologías de salud que no se encuentren incluidos y explícitamente descritos en este acto administrativo, a que hace referencia el presente artículo, se deberá reportar conforme con lo dispuesto en los artículos 7 y **113** de esta resolución, o las normas que los modifiquen o sustituyan, y surtirá los mismos procesos que los servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC”.*

En razón a que se corrige numeración del articulado.

- Modificación de los considerandos en virtud de lo que justificó la actualización del acto administrativo según corresponda.

En conclusión, esta revisión no solo busca mejorar la calidad del documento, sino también prevenir posibles confusiones o malentendidos entre los actores del sistema, garantizando que el texto cumpla con su propósito de forma eficiente y precisa.

3.5 PSEUDOESTUDIO DE MERCADO PARA TAMIZAJE NEONATAL

La población objetivo del tamizaje neonatal en Colombia serian todos los recién nacidos en una vigencia para Colombia, por lo cual se toman datos de la Base de Datos Única de Aseguramiento-BDUA y se contrastan con los del DANE.

Se realizó también una evaluación de la distribución de nacimientos en los meses del año, encontrando que como máximo, en el 2023 nacieron 44.935 niños en el mes de marzo, dato muy relevante para evaluar la factibilidad de la realización de pruebas con los laboratorios en Colombia.

Para el dato definitivo, al tomar de la BDUA las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, calculando la edad en el mes de consulta, para identificar los niños menores a 1 año, se ajustó con una población base de 453.318.

Posterior a la tamización se le realiza el análisis de confirmación y otras pruebas para las cuales se hace el cálculo de la población según información encontrada en diferentes fuentes, que son referenciadas a continuación.

Para el programa de tamizaje neonatal, según los lineamientos, se tienen planteadas dos etapas, una de diagnóstico por tamizaje y otra diagnóstica confirmatoria. Basado en esta premisa, se realiza una revisión bibliográfica en la cual se estima el porcentaje de población que utilizaría las diferentes tecnologías en salud y servicios que deben usarse para garantizar la fase de tamizaje neonatal y la de diagnóstico confirmatorio para los recién nacidos.

Adicional a esto, se tuvo en cuenta las tecnologías en salud y servicios que los recién nacidos con enfermedad confirmada, gastarían durante el primer mes de vida. Es necesario indicar que varias de estas tecnologías y servicios ya venían siendo utilizados por los pacientes, y están cuantificados en el cálculo de la UPC hacia varias vigencias (eje. Consulta control pediatría, internación en UCI neonatal pacientes diagnosticados con Hiperplasia suprarrenal congénita, pruebas moleculares de confirmación), por lo que no se tomaron en cuenta para los cálculos actuales de impacto nuevo a la UPC.

Es crucial destacar que, el diagnóstico inicial de estos trastornos metabólicos generalmente se realiza a través de pruebas de cribado neonatal, que en la mayoría de los casos mide los niveles de la enzima faltante o su actividad, por lo tanto, el tratamiento, según los análisis de las condiciones de prestación de servicios en Colombia, debe iniciarse con el diagnóstico por cribado y no esperar la confirmación diagnóstica con las pruebas moleculares. Las pruebas moleculares, como la determinación de mutaciones en los genes PAH, PKU, gen-GALT, gen-BTD, gen CFTR heteroalelos, son útiles para confirmar el diagnóstico y proporcionar información adicional sobre el tipo específico de mutación genética presente. Esto puede ser relevante para el pronóstico y la gestión a largo plazo del paciente, pero no para iniciar el tratamiento requerido en el primer mes de vida del paciente.

Por ejemplo, el tratamiento de la fenilcetonuria debe iniciarse lo antes posible después del diagnóstico por cribado, ya que un control adecuado de los niveles de fenilalanina desde el inicio de la vida es crucial para prevenir daño cerebral irreversible y otras complicaciones. En este caso, el tratamiento incluye una dieta estricta baja en fenilalanina y, en algunos casos, suplementos de tirosina, lo cual debe iniciar con el diagnóstico temprano, luego de la etapa de tamizaje inicial.

I. ESTUDIO DE MERCADO CON LABORATORIOS INSCRITOS AL INS

Para la fase de tamizaje, la cual no tiene antecedentes en Colombia (a excepción de la TSH en cordón umbilical), se propone realizar un estudio de mercado a laboratorios específicos de todo el país, contactados con ayuda del Instituto Nacional de Salud (INS). Este proceso se lleva a cabo mediante el llenado de una matriz de costeo enviada a los laboratorios ubicados en diversas regiones de Colombia,

que realizan algunas de las pruebas necesarias para la implementación del programa de tamización neonatal básica en el país. El listado de laboratorios fue proporcionado por el INS y se encuentra anonimizado para salvaguardar la identidad de las instituciones que aportaron datos.

TABLA 22 CARACTERISTICAS LABORATORIOS ENCUESTADOS

LABORATORIO	LAB1	LAB2	LAB3	LAB4	LAB5	LAB6	LAB7
CIUDAD	CALI	BOGOTÁ	BOGOTÁ- BARRANQUILLA	BOGOTÁ	BOGOTÁ	RIONEGRO	MEDELLÍN
DEPARTAMENTO	V. DEL CAUCA	C/MARCA	C/MARCA-ATLANTICO	C/MARCA	C/MARCA	ANTIOQUIA	ANTIOQUIA
Acreditación ISO 15189 *	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI
TOMA MUESTRA	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
TRANSPORTE	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI

*La acreditación se realiza con la ONAC sobre cada una de las pruebas, en el momento no fue informado ningún laboratorio con todas las 7 pruebas acreditadas.

Las pruebas de laboratorio reportadas por los laboratorios encuestados y las técnicas realizadas por ellos se describen en la Tabla 2, esto fue basado en la existencia de la tecnología en Colombia.

Se reconoce que existen otras tecnologías como la espectrometría de masas en tándem (MS/MS), una técnica avanzada utilizada en el cribado neonatal para detectar errores innatos del metabolismo. Esta técnica permite analizar simultáneamente múltiples metabolitos en una sola muestra de sangre seca, lo que la hace muy eficiente y precisa. No obstante, no se pudo encontrar en Colombia un laboratorio que ofreciera esta tecnología, y el único equipo encontrado, que pertenece al INS, lo reportaron como “averiado”.

TABLA 23 PRUEBAS DE LABORATORIO REPORTADAS Y SU TÉCNICA POR LOS LABORATORIOS ENCUESTADOS

ENFERMEDAD	Prueba Laboratorio		TECNICA REPORTADA
	Código	Descripción	
Hipotiroidismo congénito (TSH)	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	Inmunoensayo Fluorométrico, Inmunoensayo Enzimático
Déficit de biotinidasa (BTN)	908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD	Colorimétrico, Inmunoensayo Fluorométrico
Galactosemia (GAL)	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	Colorimétrico, Inmunoensayo Fluorométrico
	903301	GALACTOSA 1-FOSFATO	Enzimática, Inmunoensayo Fluorométrico
Fenilcetonuria (PKU)	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	Colorimétrico, Inmunoensayo Fluorométrico
Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC)	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	Elisa competitiva, Inmunoensayo Fluorométrico
Fibrosis quística (TIR)	908354	TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO	Microelisa, Inmunoensayo Fluorométrico
Hemoglobinopatías (HBPATIA)	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECIFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	Cromatografía líquida de alta resolución con intercambio iónico

Para el 2024, la capacidad semanal y anual de los equipos para los siete (7) laboratorios encuestados realizan un estimado de más de lo que se requiere para instaurar actualmente una tamización básica en Colombia, con lo reportado de nacimientos esperados para nuestro país en el 2023. Únicamente para el cribado de Hemoglobinopatías se reportó capacidad menor a los nacimientos esperados en el 2023, no obstante, solo se recibió reporte de una muestra de los laboratorios del país.

TABLA 24 CAPACIDAD DE PROCESAMIENTO SEMANAL Y ANUAL REPORTADAS POR LOS LABORATORIOS ENCUESTADOS

LABORATORIO	LAB1	LAB2	LAB3	LAB4	LAB5	LAB6	LAB7	Total semanal	Total anual
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	800	9576	40	1000	500	1200	665	13781	716.612
BIOTINIDASA ACTIVIDAD	800	9576	30	480	500	1200	665	13251	689.052
GALACTOSA CUANTITATIVA	800	9576		480	500	1200	665	13221	687.492
GALACTOSA 1-FOSFATO			25					25	1.300
FENILALANINA CUANTITATIVA	800	9576	25	480	500	1200	665	13246	688.792
HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	800	9576	37	1000	500	1200	665	13778	716.456
TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO	800	9576	33	1000	500	1200	665	13774	716.248
HEMOGLOBINAS (ESPECIFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	800	1680	18	480	500	1200	665	5343	277.836

Los costos indicados por los laboratorios evaluados fueron reportados en la encuesta realizada en colaboración con el INS y ajustada en entrevista realizada de manera virtual con los responsables del proceso de cada institución. No en todos los casos se realizaron estas entrevistas, esto dependía de la fecha de envío de las encuestas y de la disponibilidad de atenderla por parte de los laboratorios.

TABLA 25 COSTO EN \$COL DE LA PRUEBA

LABORATORIO	LAB1	LAB2	LAB3	LAB5	LAB6	LAB7	MAXIMO	MINIMO	PROMEDIO
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	18.185	12.000	10.924	19.543	17.766	17.000	19.543	10.924	15.903
BIOTINIDASA ACTIVIDAD	16.943	22.100	6.385	20.866	20.398	30.000	30.000	6.385	19.449
GALACTOSA CUANTITATIVA	17.217	22.100		20.866	18.097	30.000	30.000	17.217	21.656
GALACTOSA 1-FOSFATO			6.114						6.114
FENILALANINA CUANTITATIVA	10.765	22.100	6.596	19.766	11.517	30.000	30.000	6.596	16.791
HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	18.319	22.100	15.352	28.766	20.729	30.000	30.000	15.352	22.544
TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO	15.587	22.100	13.514	28.031	20.729	30.000	30.000	13.514	21.660
HEMOGLOBINAS (ESPECIFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	44.169	29.750	34.068	30.004	32.997	17.000	44.169	17.000	31.331
TOTAL	141.185	152.250	92.953	167.842	142.233	184.000	213.712	86.988	146.744

El valor de las pruebas dependió de la oferta actual que cada laboratorio realiza en su institución, y en cuatro de las siete instituciones incluían la toma y el transporte de las muestras a nivel local y regional. También es de destacar que el valor correspondía a los precios del mercado si se tomaran las pruebas de manera particular e individual, y no en un programa de contratación definido.

TABLA 26 VALOR DE LA PRUEBA EN \$COL EN LOS LABORATORIOS ENCUESTADOS

LABORATORIO	LAB1**	LAB2*	LAB3*	LAB5**	LAB6*	LAB7*	MAXIMO	MINIMO	PROMEDIO
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	38.700	15.000	90.724	27.990	68.000	65.000	90.724	15.000	50.902
BIOTINIDASA ACTIVIDAD	38.700	26.000	79.806	29.809	68.000	82.800	82.800	26.000	54.186
GALACTOSA CUANTITATIVA	38.700	26.000		29809	68.000	82.800	82.800	26.000	49.062
GALACTOSA 1-FOSFATO			79.806						79.806
FENILALANINA CUANTITATIVA	38.700	26.000	79.806	28.238	68.000	82.800	82.800	26.000	53.924
HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	38.700	26.000	95.152	41.095	68.000	82.800	95.152	26.000	58.625
TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO	38.700	26.000	79.813	40.045	68.000	82.800	82.800	26.000	55.893
HEMOGLOBINAS (ESPECIFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	45.500	35.000	113.868	42.863	68.000	82.800	113.868	35.000	64.672
TOTAL	277.700	180.000	618.975	239.849	476.000	65.000	630.944	180.000	309.587

*Incluye precio de toma de muestra y transporte a laboratorio; **Incluye precio de toma de muestra

Assumiendo el supuesto de que las pruebas deben ser realizadas de forma masiva, contratadas por la entidad responsable del afiliado, se solicitó a los laboratorios realizar el ajuste necesario en caso de que se contratara de manera que se copara toda la capacidad semanal de procesamiento del laboratorio. El valor reportado, bajo estas condiciones, es el que se encuentra en la Tabla 6.

TABLA 27 VALOR EN \$COL REPORTADO POR LOS LABORATORIO ENCUESTADOS AL PREGUNTAR: UTILIZANDO TODA SU CAPACIDAD SEMANAL DE PROCESAMIENTO, ¿CUÁL SERÍA EL VALOR DE LA PRUEBA?

	LAB2	LAB5	LAB6	LAB7	MAXIMO	MINIMO	PROMEDIO
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	13.000	12.804	56.000	50.000	56.000	12.804	32.951
BIOTINIDASA ACTIVIDAD	22.500	14.663	56.000	50.000	56.000	14.663	35.791
GALACTOSA CUANTITATIVA	22.500	14.726	56.000	50.000	56.000	14.726	35.807
GALACTOSA 1-FOSFATO							
FENILALANINA CUANTITATIVA	22.500	13.797	56.000	50.000	56.000	13.797	35.574
HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	22.500	22.373	56.000	50.000	56.000	22.373	37.718
TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO	22.500	22.373	56.000	50.000	56.000	22.373	37.718
HEMOGLOBINAS (ESPECIFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	32.000	29.445	56.000	50.000	56.000	29.445	41.861
TOTAL	157.500	130.181	392.000	350.000	392.000	130.181	171.614

TABLA 28 RESULTADOS REPORTE DE LOS LABORATORIOS DE LOS COSTOS DE LAS PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL BÁSICO

Prueba Laboratorio		LAB1**		LAB2*		LAB3*		LAB5**		LAB6*		LAB7*	
Código	Descripción	Valor total prueba	Valor de la prueba a máxima capacidad	Valor total prueba	Valor de la prueba a máxima capacidad	Valor total prueba	Valor de la prueba a máxima capacidad	Valor total prueba	Valor de la prueba a máxima capacidad	Valor total prueba	Valor de la prueba a máxima capacidad	Valor total prueba	Valor de la prueba a máxima capacidad
904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	38.700	n.d.	15.000	13.000	90.724	n.d.	27.919	12.804	68.000	56.000	65.000	50.000
908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD	38.700	n.d.	26.000	22.500	79.806	n.d.	29.809	14.663	68.000	56.000	82.800	50.000
903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	38.700	n.d.	26.000	22.500	n.d.	n.d.	29.809	14.726	68.000	56.000	82.800	50.000
908353	GALACTOSA 1-FOSFATO	n.d.	n.d.	26.000	22.500	79.806	n.d.			n.d.	n.d.	82.800	50.000
908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	38.700	n.d.	26.000	22.500	79.807	n.d.	28.238	13.797	68.000	56.000	82.800	50.000
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	38.700	n.d.	26.000	22.500	95.152	n.d.	41.095	22.373	68.000	56.000	82.800	50.000
908354	TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO	38.700	n.d.	26.000	22.500	79.814	n.d.	40.045	22.373	68.000	56.000	82.800	50.000
906858	HEMOGLOBINAS (ESPECIFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	45.500	n.d.	35.000	32.000	113.868	n.d.	42.863	29.445	68.000	56.000	65.000	50.000
	TOTAL	277.700	n.d.	206.000	180.000	618.977	n.d.	239.778	130.181	476.000	392.000	626.800	400.000

*Incluye precio de toma de muestra y transporte a laboratorio; **Incluye precio de toma de muestra

II. ACREDITACION DE LABORATORIOS EN COLOMBIA

Conscientes de la importancia, no solo de evaluar la viabilidad financiera para la implementación del tamizaje neonatal utilizando los recursos de la UPC, sino también de considerar la factibilidad de su implementación, se solicitó al Organismo Nacional de Acreditación de Colombia (ONAC), entidad encargada de la acreditación de laboratorios para las distintas pruebas de tamizaje neonatal, que informara sobre cuáles laboratorios en Colombia cuentan con la acreditación para realizar alguna de estas pruebas. A lo que ONAC respondió mediante el Radicado No. 2024105097 el 15 de noviembre de 2024.

III. DEFINICIÓN DE PROGRESIVIDAD DE IMPLEMENTACIÓN

En análisis realizado por el Grupo Curso de Vida de la Dirección de Promoción y prevención del Ministerio de Salud y Protección Social se indica que se aconseja realizar la implementación progresiva

del programa de tamizaje neonatal básico de acuerdo a las razones esbozadas en el radicado No. 2024210000810523 del 12 de diciembre del 2024, que se muestra a continuación. Por lo cual, a los cálculos básicos de población definida, se pondera al 65% del total estimado para la población a intervenir según datos del 2023. Es necesario también indicar que las estimaciones para la natalidad en Colombia está en franca disminución en la última década y con cada año que pase se supone una disminución mayor de la cantidad de niños nacidos para cada vigencia.

De acuerdo a lo planteado en los apartados anteriores, se registra lo concerniente al análisis para el cálculo a realizar el impacto de la UPC para la etapa de Tamizaje Neonatal Básico, teniendo en cuenta la meta indicada por progresividad del 65%, con población base de 453.318 nacimientos esperados y recomendando el costo de mercado con el supuesto de compra masiva de las pruebas.

IV. ETAPA DE TAMIZAJE

TABLA 29 POBLACIÓN TOMADA EN CUENTA PARA LAS PRUEBAS DE TAMIZAJE NEONATAL BÁSICO

Código Res. 2775 de 2022	Descripción Cups Res 2775 de 2022	Frecuencia	Población 2023	Tasas
908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	1	294.657	65%
903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	1	294.657	65%
908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD	1	294.657	65%
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	1	294.657	65%
908354	TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO	1	294.657	65%
906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	0,5	294.657	65%
906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	0,5	294.657	65%

*Estos datos son realizados en un preliminar y dependerán de la revisión posterior que se realice por parte de los actuariales, junto con los cálculos correspondientes de ajustes, adicionalmente se debe indicar que los definitivos serán los consignados en el informe de suficiencia.

Para el costo de los procedimientos necesarios durante el primer mes de vida, se calcula la población a impactar de acuerdo a las tasas extraídas en literatura para cada una de las estimaciones y se considera para el costo de los procedimientos en su gran mayoría el reportado en la base de datos de suficiencia para el año 2023. La frecuencia se toma del borrador de los lineamientos para tamizaje neonatal aportado por la Dirección de Promoción y Prevención al igual que las pruebas, las cuales fueron consensuadas en varias oportunidades en reuniones con otras direcciones, y en ellas con la participación de especialistas y colaboradores expertos del tema.

V. ETAPA DIAGNOSTICA

TABLA 30 PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA CUANTIFICAR DURANTE EL 1ER MES DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE TAMIZAJE NEONATAL BÁSICO (FENILCETONURIA)

Código Res. 2775 de 2022	Descripción Cups Res 2775 de 2022	Frecuencia	Población	Tasas
908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	1	121	0,041%
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	1	44	0,015%
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	3	44	0,015%
890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	1	44	0,015%
890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	1	44	0,015%
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	1	44	0,015%
890275	NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	1	44	0,015%
908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	7	44	0,015%
TOTAL				

*Estos datos son realizados en un preliminar y dependerán de la revisión posterior que se realice por parte de los actuariales, junto con los cálculos correspondientes de ajustes, adicionalmente se debe indicar que los definitivos serán los consignados en el informe de suficiencia.

TABLA 31 PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA CUANTIFICAR DURANTE EL 1ER MES DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE TAMIZAJE NEONATAL BÁSICO (GALACTOSEMIA)

Código Res. 2775 de 2022	Descripción Cups Res 2775 de 2022	Frecuencia	Población	Tasas
908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	1	737	0,25%
890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	1	9	0,003%
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	1	9	0,003%
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	1	9	0,003%
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	1	9	0,003%

*Estos datos son realizados en un preliminar y dependerán de la revisión posterior que se realice por parte de los actuariales, junto con los cálculos correspondientes de ajustes, adicionalmente se debe indicar que los definitivos serán los consignados en el informe de suficiencia.

TABLA 32 PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA CUANTIFICAR DURANTE EL 1ER MES DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE TAMIZAJE NEONATAL BÁSICO (DÉFICIT DE BIOTINIDASA)

Código Res. 2775 de 2022	Descripción Cups Res 2775 de 2022	Frecuencia	Población	Tasas
908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD (SANGRE)	1	53	0,018%
890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	1	6	0,002%
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1	6	0,002%
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	6	0,002%
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	6	0,002%

*Estos datos son realizados en un preliminar y dependerán de la revisión posterior que se realice por parte de los actuariales, junto con los cálculos correspondientes de ajustes, adicionalmente se debe indicar que los definitivos serán los consignados en el informe de suficiencia.

TABLA 33 PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA CUANTIFICAR DURANTE EL 1ER MES DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE TAMIZAJE NEONATAL BÁSICO (FIBROSIS QUÍSTICA)

Código Res. 2775 de 2022	Descripción Cups Res 2775 de 2022	Frecuencia	Población	Tasas
908354	TRIPSINOGENO INMUNOREACTIVO	1	29.466	10%
903612	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION DIRECTA	1	2.947	1%
903613	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN INDIRECTA	1	2.947	1%
890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	1	59	0,02%
890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	1	59	0,02%
890272	NEUMOLOGIA PEDIATRICA	1	59	0,02%
890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	1	59	0,02%
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	59	0,02%
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	59	0,02%
890212	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	1	59	0,02%

*Estos datos son realizados en un preliminar y dependerán de la revisión posterior que se realice por parte de los actuariales, junto con los cálculos correspondientes de ajustes, adicionalmente se debe indicar que los definitivos serán los consignados en el informe de suficiencia.

TABLA 34 PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA CUANTIFICAR DURANTE EL 1ER MES DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE TAMIZAJE NEONATAL BÁSICO (HIPERPLASIA SUPRARENAL CONGÉNITA)

Código Res. 2775 de 2022	Descripción Cups Res 2775 de 2022	Frecuencia	Población	Tasas
904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	1	2.948	1%
904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	1	2.948	0,01%
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	29	0,01%
890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	29	0,01%

*Estos datos son realizados en un preliminar y dependerán de la revisión posterior que se realice por parte de los actuariales, junto con los cálculos correspondientes de ajustes, adicionalmente se debe indicar que los definitivos serán los consignados en el informe de suficiencia.

TABLA 35 PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS PARA CUANTIFICAR DURANTE EL 1ER MES DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE TAMIZAJE NEONATAL BÁSICO (DEFECTOS DE HEMOGLOBINA)

Código Res. 2775 de 2022	Descripción Cups Res 2775 de 2022	Frecuencia	Población	Tasas
906808	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADO	0,5	2.948	1,0%
906809	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA AUTOMATIZADO	0,5	2.948	1,0%
890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENETICA MEDICA	1	354	0,12%
890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	1	354	0,12%
890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGIA PEDIATRICA	1	354	0,12%

*Estos datos son realizados en un preliminar y dependerán de la revisión posterior que se realice por parte de los actuariales, junto con los cálculos correspondientes de ajustes, adicionalmente se debe indicar que los definitivos serán los consignados en el informe de suficiencia.

TABLA 36 CUADRO DE RESUMEN DE LOS VALORES FINALES OBTENIDOS POR LOS CÁLCULOS ACTUARIALES QUE ANALIZA EL IMPACTO DEL PROGRAMA DE TAMIZAJE NEONATAL BÁSICO PARA SER IMPLEMENTADO EN COLOMBIA CON 65% DE LA POBLACIÓN

ETAPA	ENFERMEDAD	VALOR	TOTALES
ETAPA DE TAMIZAJE	TOTAL		36.138.976.402
ETAPA DE DIAGNOSTICO	FENILCETONURIA	84.638.446	
	GALACTOSEMIA	249.203.879	
	DEFICIT DE BIOTINIDASA	2.426.465	
	FIBROSIS QUISTICA	1.460.186.886	
	HIPERPLASIA SUPRARENAL CONGÉNITA	1.718.430.403	
	DEFECTOS DE HEMOGLOBINA	189.483.460	
	TOTAL		3.704.369.539

TOTAL			39.843.345.940
-------	--	--	----------------

*Estos datos son realizados en un preliminar y dependerán de la revisión posterior que se realice por parte de los actuariales, junto con los cálculos correspondientes de ajustes, adicionalmente se debe indicar que los definitivos serán los consignados en el informe de suficiencia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Los costos estimados están sujetos a una contratación en volumen, es decir copando la capacidad total de los laboratorios, por lo menos en la etapa de tamizaje en la que la población calculada es la que se registró en nacimientos afiliada al SGSSS en el 2023. Para la etapa de diagnóstico, se tomaron los valores reportados en la base de datos de suficiencia.
- En el estudio de mercado con los laboratorios encuestados, existe una factibilidad de realizar las pruebas en Colombia, con limitaciones para el tamizaje de hemoglobina, pueda ser que en los laboratorios que no brindaron información exista la factibilidad de realizar la completitud de las pruebas que son necesarias para la población total identificada.
- Los lineamientos entregados a la dirección para el análisis de la información indican que las pruebas deberán ser realizadas en laboratorios acreditados. En este caso, el costeo consideró la totalidad de la población en la vigencia completa de un año, por lo cual, si la factibilidad de realizar estas pruebas en laboratorios que se encuentren en proceso de acreditación no es posible, se debería contemplar un inicio progresivo al no existir factibilidad de cubrimiento de la población completa.
- La realización de todas estas pruebas requiere, tanto laboratorios preparados como personal idóneo que tome la muestra, evaluando esta última condición, en cuanto, si no es posible lograr una capacitación del personal, debería pensarse en un inicio con progresividad.

3.6 AMPLIACIÓN DE RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS EXPUESTAS AL ASBESTO

El asbesto es un mineral natural resistente al calor, a los productos químicos y a las fuerzas físicas, lo que ha impulsado su uso en sectores como la construcción, la minería y la ingeniería aeroespacial. Sin embargo, su exposición está estrechamente relacionada con graves problemas de salud, como mesotelioma, varios tipos de cáncer y enfermedades pulmonares crónicas. Debido a estos riesgos, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) lo ha clasificado como carcinógeno en humanos. Además, su largo período de latencia dificulta el diagnóstico temprano, y factores como el tabaquismo aumentan considerablemente el riesgo de enfermedades pulmonares. Por esta razón, es crucial implementar programas de tamización para identificar la exposición ocupacional, ambiental o



co-habitacional al asbesto, garantizando así la protección de la salud a través del Sistema de Seguridad Social Integral.

En este contexto, la ruta integral de atención en salud tiene como objetivo emitir directrices técnicas y operativas que aseguren el derecho a la salud de las personas, familias y comunidades en riesgo por la exposición al asbesto o afectadas por enfermedades relacionadas con este mineral. La población objetivo de esta ruta incluye a individuos, familias y comunidades expuestas a asbesto de manera laboral (trabajadores formales y de la economía popular comunitaria), co-habitacional (familias) o ambiental (comunidad). La implementación de esta ruta es fundamental para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el asbesto, promoviendo una atención integral y garantizando el acceso a servicios de salud adecuados para los afectados.

El abordaje integral de las personas expuestas al asbesto se enfoca en intervenciones poblacionales, colectivas e individuales en salud, así como en acciones dentro del ámbito laboral. Las intervenciones deben estar orientadas a la caracterización de las personas expuestas, la detección temprana de enfermedades asociadas al asbesto, la reducción y manejo de síntomas, y la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud. El éxito de estas intervenciones depende de la adaptación a las necesidades particulares de cada persona, familia, comunidad o grupo étnico, y de la participación activa de las personas en los planes de atención y en los factores organizativos de los servicios.

La atención individual busca alcanzar los resultados en salud establecidos en la ruta, realizando actividades en el marco de los atributos de calidad de la atención en salud. Estas intervenciones deben llevarse a cabo en servicios habilitados y prestados según el grado de complejidad necesario, con la complementación de intervenciones colectivas y la articulación de procesos intersectoriales y multisectoriales para controlar los riesgos asociados a la exposición al asbesto. En caso de diagnóstico de enfermedades relacionadas, como asbestosis o mesotelioma pleural maligno, se debe acordar con el paciente y su familia un plan de atención que incluya rehabilitación pulmonar y cuidados paliativos, conforme a las indicaciones del equipo multidisciplinario tratante. La ruta establece procedimientos mínimos para el tratamiento de estas enfermedades, adaptados a la evolución clínica de cada caso, con la posibilidad de ajustes conforme a nuevos avances en la investigación científica. Además, los procedimientos y su frecuencia estarán determinados por los signos y síntomas del paciente y podrán variar según la severidad de la enfermedad y el criterio médico.

Para la implementación de la ruta planteada y atendiendo lo definido en el parágrafo 3 y 4 del artículo 2.11.8 Del decreto 1599 de 2022, el Ministerio de Salud en cabeza de la Dirección de Promoción y Prevención y el acompañamiento de la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, realizó el proceso de costeo para cada intervención, con el fin de que las acciones planteadas contaran con el análisis de la complementariedad y optimización de los recursos; evitando las duplicidades y sobrecostos en las intervenciones allí planteadas, maximizando beneficios, minimizando efectos adversos y garantizando los resultados esperados.



De acuerdo a lo anterior:

1. Se identificaron las tecnologías y servicios de salud necesarios para la atención de los pacientes expuestos al asbesto, así como aquellos diagnosticados con asbestosis y mesotelioma.
2. Se determinó la posible población beneficiaria en cada una de las etapas establecidas en la ruta de atención.
3. Se establecieron las frecuencias adecuadas para la atención de los afiliados dentro de la ruta de asbesto.
4. Se analizó el costo de las tecnologías y servicios de salud, tomando como base el reporte elaborado por las EPS en el marco del estudio de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo para determinar la UPC. A continuación, se presentan los valores de impacto sobre la UPC para ambos regímenes calculados, correspondientes a cada fase.

TABLA 37 CUADRO DE RESUMEN DE LOS VALORES FINALES OBTENIDOS POR LOS CÁLCULOS ACTUARIALES QUE ANALIZA EL IMPACTO A LA UPC DE AMPLIAR LA RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS EXPUESTAS AL ASBESTO

	Valor Total	Reporte Actual	Diferencia
Exposición	31.949.707.500	0	31.949.707.500
Asbestosis			
Sospecha	863.009.039		
Diagnostico	859.520.000		
Tratamiento	57.288.000		
Seguimiento	154.800.000		
Rehabilitación	556.232.000		
Paliación	91.200.000		
Total	2.582.049.039	56.439.800	2.525.609.239
Mesotelioma			
Diagnostico	164.736.000		
Tratamiento Operable	5.397.716.193		
Rehabilitación Operable	208.858.000		
Seguimiento Operable	162.400.000		
Cuidado Paliativo Operable	33.060.000		
Tratamiento No Operable	3.153.818.620		
Rehabilitación No Operable	828.230.000		
Seguimiento No Operable	1.260.124.000		
Cuidado Paliativo No Operable	153.410.000		
Total	11.362.352.813	1.414.111.545	9.948.241.268
Total Impacto UPC			44.423.558.007



*Estos datos son realizados en un preliminar y dependerán de la revisión posterior que se realice por parte de los actuariales, junto con los cálculos correspondientes de ajustes, adicionalmente se debe indicar que los definitivos serán los consignados en el informe de suficiencia.

3.7 INCLUSIÓN DE PRUEBAS COVID FINANCIADAS EN LA RESOLUCION 1412 DEL 2022

El Ministerio de Salud y Protección Social, como autoridad del sector salud, adoptó medidas para enfrentar la emergencia sanitaria por COVID-19, según la Ley 1438 de 2011 y el Decreto Ley 4107 de 2011. A través de la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020, prorrogada varias veces hasta junio de 2022, se garantizaron los servicios de salud.

Tras la emergencia, se emitió la Resolución 1412 de 2022, que establece el reconocimiento y pago de pruebas diagnósticas para COVID-19 desde el 1 de julio de 2022, con recursos del Sistema General de Seguridad en Salud. Esta resolución sigue vigente, junto con los lineamientos sobre el uso de pruebas diagnósticas.

La Dirección de Regulación de Beneficios, y en específico la Subdirección de Costos analizó el impacto del cambio en el financiamiento de estas pruebas para considerar su inclusión en la Unidad de Pago por Capitación.

Para estimar las pruebas diagnósticas de COVID-19 en 2025, se consideran dos parámetros: precio y cantidad.

1. Precio: Se basó en los valores de la Resolución 1412 de 2022, actualizados anualmente según la inflación. Para 2023 se tomó la inflación del DANE, y para 2024 y 2025 se utilizan proyecciones del Ministerio de Hacienda.
2. Cantidad: Se empleó información del aplicativo SISMUESTRAS del Instituto Nacional de Salud, considerando datos desde julio de 2022 hasta septiembre de 2024. Estas metodologías facilitaron la estimación de costos y cantidades de pruebas en 2025.

Para estimar el impacto en 2025, se utilizan las siguientes fuentes de información:

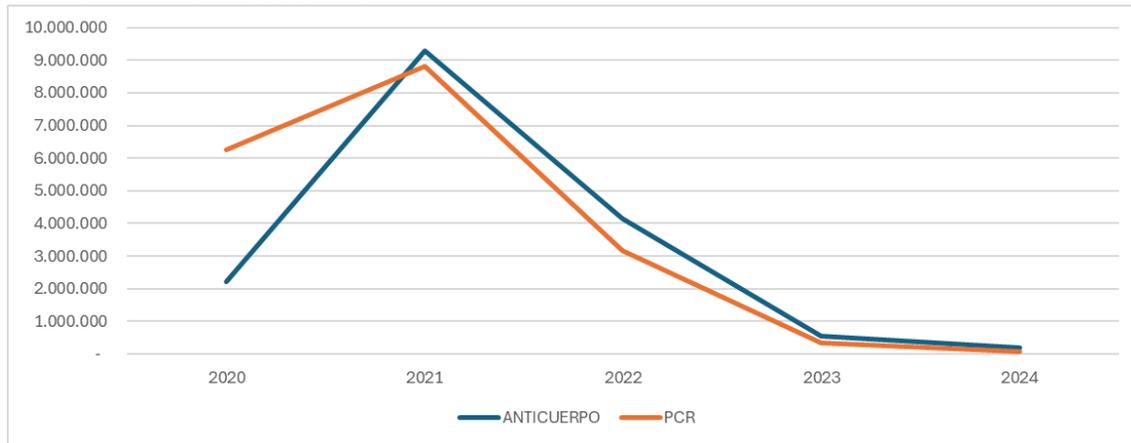
1. **Resolución 1412 de 2022:** Establece los precios de las pruebas de diagnóstico y anticuerpos para SARS CoV-2 (COVID-19) realizadas desde el 1 de septiembre de 2022.
2. **SISMUESTRAS:** Aplicativo del Instituto Nacional de Salud (INS) que contiene datos de resultados de laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios, los cuales reportan diariamente las pruebas de COVID-19.



Proyección de Cantidades: Para proyectar las cantidades de pruebas en 2025, se analizan datos desde julio de 2022 hasta septiembre de 2024, utilizando información mensualizada de SISMUESTRAS. Se emplean diversas metodologías, siendo la más adecuada los promedios móviles, que suavizan los datos pasados y se enfocan en las tendencias recientes.

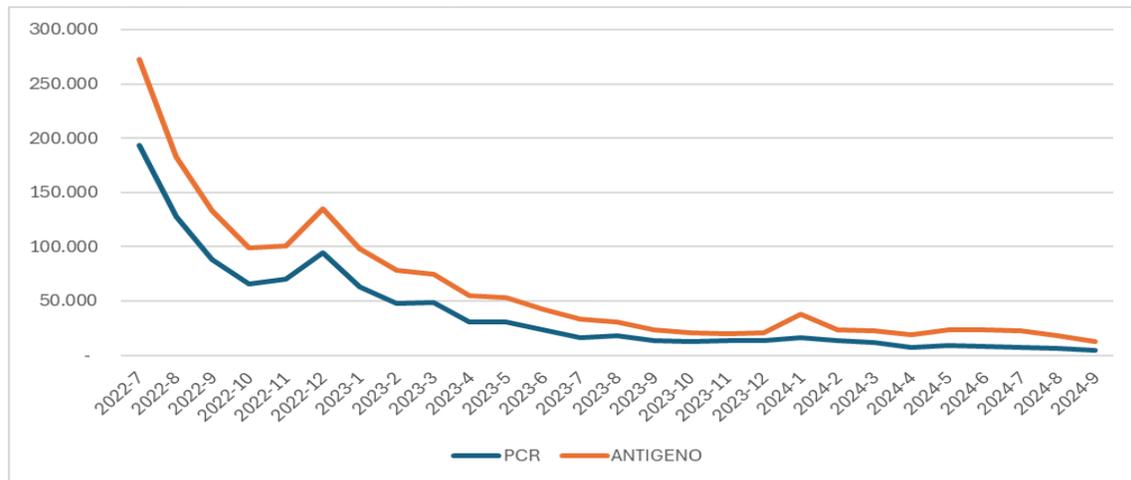
Históricamente, el uso de pruebas mostró un aumento durante la pandemia, alcanzando su pico en 2021, seguido de una tendencia a la baja. Desde julio de 2022, se observa una tendencia negativa en la cantidad de pruebas realizadas, aunque con algunos picos a finales de 2022.

GRÁFICA 1 HISTÓRICO DE USO DE PRUEBAS



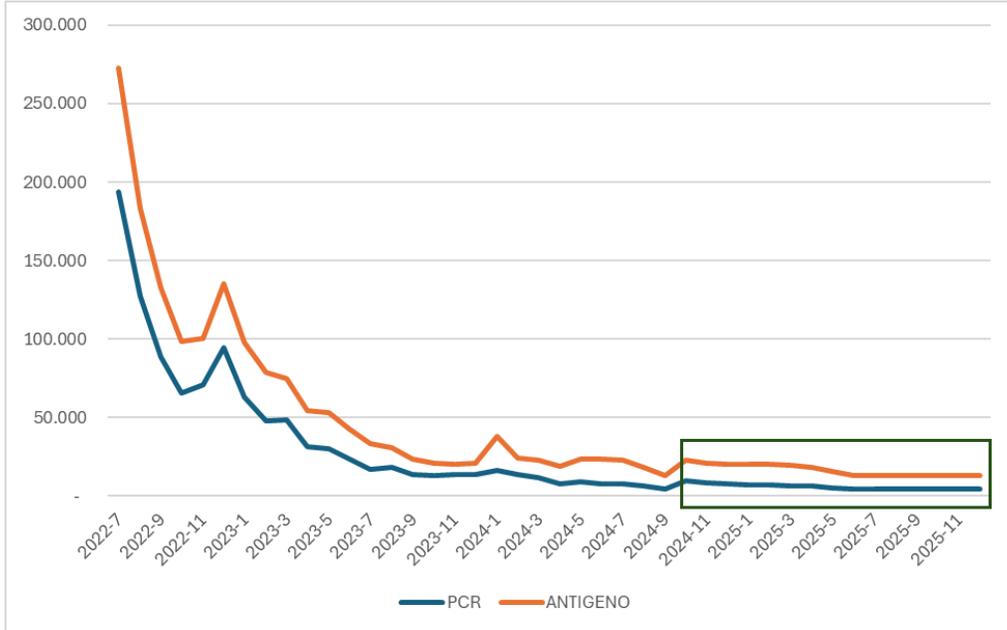
Fuente: Cálculos propios usando la información de SISMUESTRAS – INS a corte de octubre de 2024.

GRÁFICA 2 HISTÓRICO A PARTIR DE LA FINALIZACIÓN DE LA PANDEMIA



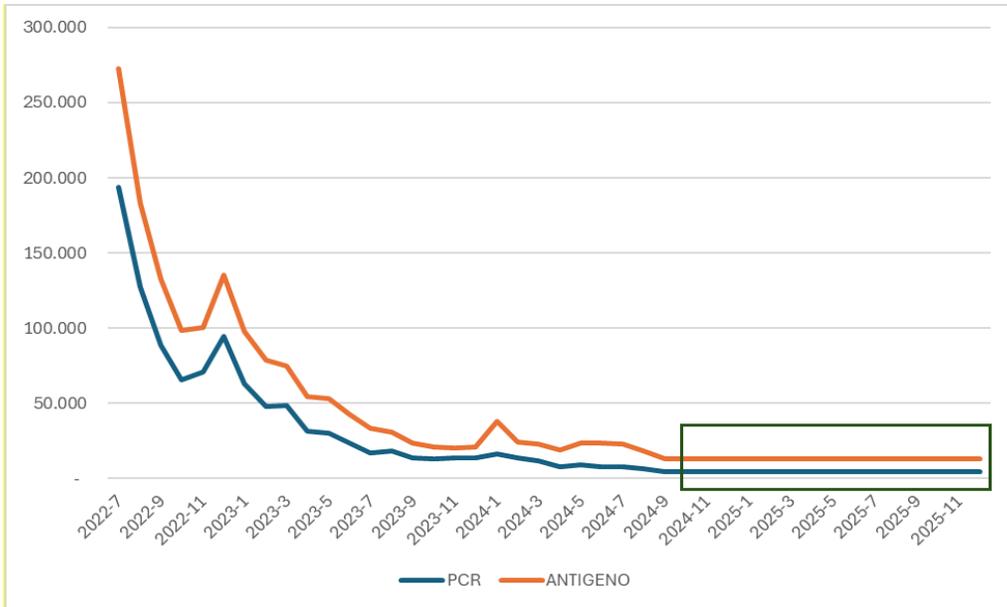
Fuente: Cálculos propios usando la información de SISMUESTRAS – INS a corte de octubre de 2024.

GRÁFICA 3 PROYECCIÓN DE PRUEBAS USANDO MÉTODO DE MEDIAS MÓVILES



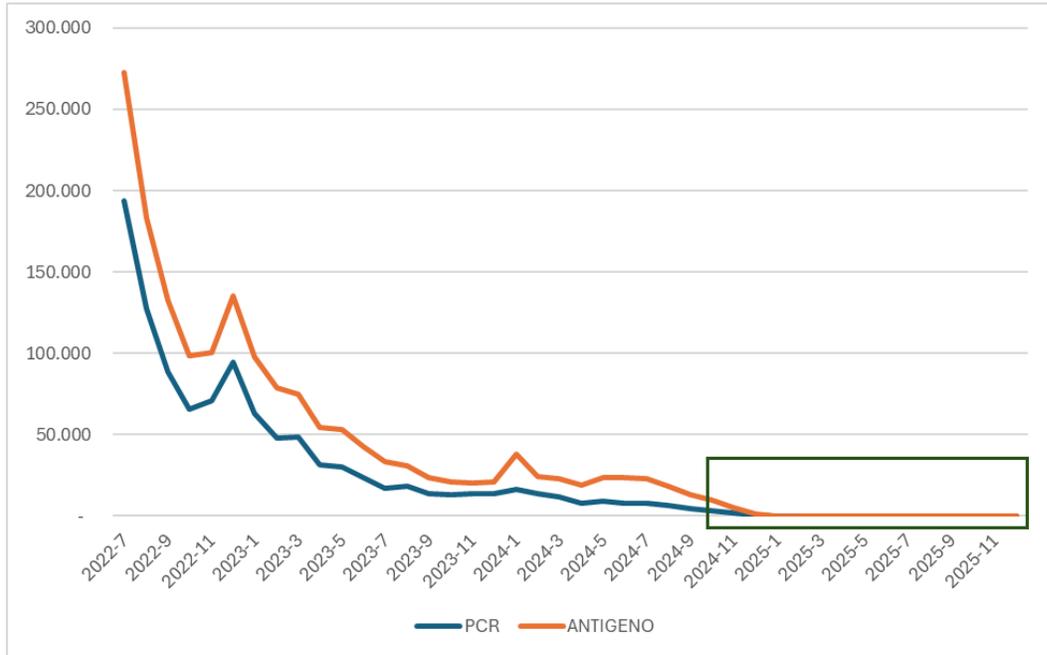
Fuente: Cálculos propios usando la información de SISMUESTRAS – INS a corte de octubre de 2024.

GRÁFICA 4 PROYECCIÓN DE PRUEBAS USANDO MÉTODO DE SUAVIZAMIENTO EXPONENCIAL



Fuente: Cálculos propios usando la información de SISMUESTRAS – INS a corte de octubre de 2024.

GRÁFICA 5 PROYECCIÓN DE PRUEBAS USANDO MÉTODO DE HOLT WINTER



Fuente: Cálculos propios usando la información de SISMUESTRAS – INS a corte de octubre de 2024.

La proyección mediante promedios móviles para junio de 2025 sugiere una estabilización en el uso de pruebas, con un total estimado de 241,951 pruebas y un gasto de \$26,817,020,554. Al ajustar este valor a precios de 2023, considerando la inflación, el gasto proyectado se reduce a \$8,610,290,877. Se presenta información desagregada por tipo de prueba en la tabla correspondiente.

3.8. REVISIÓN Y ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 111 DE LA RESOLUCIÓN 2808 DE 2022 PARA PROCEDIMIENTOS

A continuación, se describe el proceso desarrollado y los resultados del análisis realizado a la información reportada por parte de las Entidades Promotoras de Salud para el “Registro tipo 5 – Registro de detalle Artículo 111 de la Resolución 2808 de 2022, Reconocimiento de servicios y tecnologías (Procedimientos) no financiados explícitamente con cargo a la UPC”.

Validación de la información mediante mallas de calidad



Inicialmente a la información reportada por las EPS del régimen contributivo y subsidiado en el registro tipo 5, se les realiza la aplicación de mallas de validación de la estructura de calidad de información así:

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 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 insumos o dispositivos.

Una vez aplicadas las validaciones de calidad de la información, los registros que pasaron las mallas de validación, en cuanto a estructura y calidad de la información, conformaron la base de datos a ser analizada por el equipo técnico en cuanto a la validación de coherencia técnica de la información reportada.

La base de datos para la etapa de validación de congruencia después de la aplicación de las validaciones de calidad quedó conformada así:

RÉGIMEN	REGISTROS válidos para análisis	EPS	CUPS válidos para análisis	VALOR TOTAL NO UPC
CONTRIBUTIVO	1.897	2	12	\$ 99.738.510,00
SUBSIDIADO	50.799	6	39	\$ 2.895.392.166,00



	52.696	8	13	\$ 2.995.130.676,00
--	--------	---	----	---------------------

Revisión y validación de cumplimiento de condición No financiado con recursos de la UPC:

Se realizó la verificación, en primer lugar, en cuanto a que el procedimiento reportado como no financiado con recursos de la UPC, no se encuentre financiado con recursos de la UPC vigente a la fecha del análisis, para lo cual se verifica la financiación y que el código y descripción del procedimiento sea diferente al código reportado como financiado con recursos de la UPC.

Como resultado de este análisis se encontró que 52.395 registros, que corresponden a 49 códigos CUPS, cumplían con la condición de No financiado con recursos de la UPC

RÉGIMEN	REGISTROS válidos para análisis	CUPS válidos para análisis	Registros cumplen la condición	CUPS cumplen la condición
CONTRIBUTIVO	1.897	12	1.895	11
SUBSIDIADO	50.799	39	50.500	38
	52.696	51	52.395	49

Validación de valores per cápita o por tratamiento:

En cuanto a la validación de la consistencia interna de la información y el cumplimiento del artículo 111, en lo referente a que el valor reportado como prestación No financiada con recursos de la UPC sea igual o menor al valor reportado para la prestación cubierta en el financiada con recursos de la UPC que se utiliza de comparador, se obtuvo como resultado:

RÉGIMEN	REGISTROS válidos para análisis	CUPS válidos para análisis	Registros cumplen la condición	CUPS cumplen la condición
CONTRIBUTIVO	1.895	11	1.895	11
SUBSIDIADO	50.500	38	50.499	38
	52.395	49	52.394	49

Como resultado de este análisis se encontró que 52.394 registros, que corresponden a 49 códigos CUPS, cumplían con la condición de No financiado con recursos de la UPC y el valor per cápita o por tratamiento era igual o menor al reportado para la prestación financiada con recursos de la UPC.

Revisión y validación de congruencia técnica:

En cuanto a la relación que guarda el procedimiento No financiado con recursos de la UPC de manera explícita como alternativo al procedimiento cubierto en el financiada con recursos de la UPC contra el cual se hace la comparación, se encontró en el Análisis:

RÉGIMEN	REGISTROS válidos para análisis	CUPS válidos para análisis	Registros cumplen la condición	CUPS cumplen la condición
CONTRIBUTIVO	1.895	11	30	4
SUBSIDIADO	50.499	38	750	16
	52.394	49	780	20

En la revisión de congruencia técnica se encontró que solo 780 registros que correspondían a 20 CUPS cumplían con alguno de los criterios de congruencia técnica establecidos en el procedimiento. Los procedimientos que cumplen con la condición de congruencia técnica fueron reportados como prescritos por una o dos EPS, por lo que no se considera pertinente su aclaración por esta vía.

Concepto Final

Como conclusión del presente análisis no se recomienda incluir en la financiación con recursos de la UPC ningún procedimiento por cumplimiento del Artículo 111 de la Resolución 2808 de 2022, ya que los procedimientos que cumplen con la condición de congruencia técnica fueron reportados como prescritos por solo una o dos EPS de las ocho EPS que reportaron información, por lo que no se considera pertinente su aclaración por esta vía.

4. RESULTADO FINAL DEL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN

En el marco de lo estipulado en la Ley Estatutaria y en cumplimiento del proceso de actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), el proceso de actualización para la vigencia 2025 se planteó con la revisión y análisis de medicamentos que no se encuentran financiados con recursos de la UPC y bajo la aplicación de 4 estrategias de actualización.

En tal sentido, y según lo estipula el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, la actualización integral de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC debe realizarse una vez cada dos

años, por tanto, según lo informado por la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento, se indica al equipo técnico que sólo se realizará la revisión anual al listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC, tal como lo define una de las funciones de la DRBCTAS, para lo cual aplicarán los resultados de la estrategia de integralidad, en cuanto a eliminar los salvos de medicamentos que no afecten el impacto presupuestal de la financiación y al articulado de la resolución 2366 de 2023, teniendo en cuenta que:

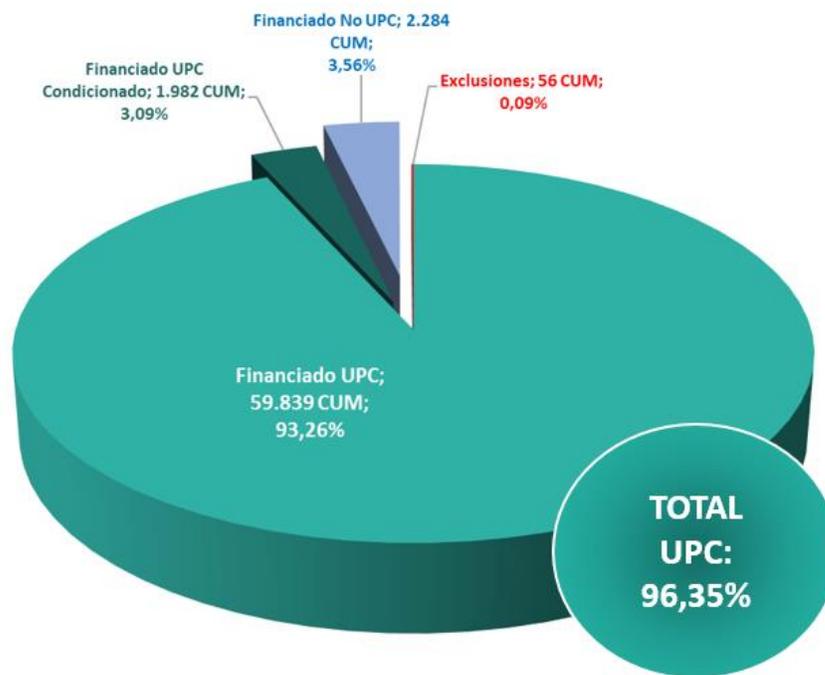
- La financiación de medicamentos con corte a septiembre de 2024 se encuentra cercana al 96.6% del total de medicamentos autorizados en el país,
- Que el análisis de la estrategia de integralidad en cuanto a la realización de AIP para la eliminación de salvos del anexo 1 de la resolución 2366 de 2023 no encontró razones suficientes para desarrollar un estudio económico por las características de los medicamentos analizados.
- Que la estrategia de eficiencia en la prescripción no encontró evidencia suficiente para la migración de medicamentos hacia la financiación con recursos de la UPC.
- Que los medicamentos identificados en la estrategia de tendencias de prescripción, corresponden en su gran mayoría a medicamentos destinados al tratamiento de enfermedades huérfanas, para las cuales se plantea mantener una fuente de financiación diferente a la UPC.
- Que los medicamentos que no se financian con recursos de la UPC se financian con recursos de presupuesto máximo o recobros.
- Que para 2025 no se requiere realizar actualización integral.

Dicho lo anterior, la financiación de medicamentos con recursos de la UPC con corte a diciembre de 2024 es la siguiente:

TABLA 38. FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS A DICIEMBRE DE 2024

FINANCIACIÓN	No. CUMS	%
Financiado UPC	59.839	93,26%
Financiado UPC Condicionado	1.982	3,09%
TOTAL FINANCIACIÓN UPC	61.821	96,35%
Financiado No UPC	2.284	3,56%
Exclusiones	56	0,09%

FIGURA 12. DISTRIBUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS CON CORTE A DICIEMBRE DE 2024¹¹



Fuente: Creación propia a partir de financiación con recursos de la UPC y base de datos I

Como parte de la identificación de las Tecnologías en Salud para su posible inclusión a la financiación con recursos de la UPC para la vigencia 2025, se cumplieron para los procedimientos los siguientes procesos:

- Evaluación de la Frecuencia de prescripción y análisis de Obsolescencia.
- Análisis de Costos para propuesta de financiamiento en Salud – Tamizaje neonatal.
- Revisión y Análisis del cumplimiento del artículo 111 de la Resolución 2808 de 2022 para procedimientos.

Para el caso de los procedimientos, la siguiente tabla resume el total de CUPS financiados por alguno de los mecanismos (UPC o Presupuesto Máximo).

TABLA 39. FINANCIACIÓN DE PROCEDIMIENTOS A DICIEMBRE DE 2024

FINANCIACIÓN	No. CUPS	%
Financiado UPC	9.266	97,30%
Financiado UPC Condicionado	1	0,01%

¹¹ Base de datos de registros sanitarios Invima disponible en: https://consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp

TOTAL FINANCIACIÓN UPC	9.267	97.31%
Financiado No UPC	239	2,50%
Exclusiones	18	0,19%
Total	9.524	100%

* Procedimiento condicional 908856, UPC cuando es COVID-19, Presupuesto Máximo con Otros VIRUS

En resumen, los ajustes de la UPC para procedimientos se enmarcaron entonces en el siguiente contexto:

- Actualización del contenido del Anexo 3 relativo al listado de procedimiento de laboratorio clínico con la finalidad de incluir con cargo a dichos recursos de la UPC las pruebas búsqueda, tamizaje y diagnóstico del SARS CoV2 (SARS CoV2 (COVID-19) ANTICUERPO IgG, SARS CoV2 (COVID-19) ANTICUERPO IgM y SARS CoV2 (COVID-19) ANTIGENO).
- Realización del tamizaje neonatal básico, con inicio en progresividad (65%) durante el 2025 calculando el costo adicional de las pruebas para tamizar enfermedades (Fenilcetonuria, Galactosemia, Déficit de Biotinidasa, Hiperplasia Suprarenal, Fibrosis Quística y Defectos de Hemoglobina) con una muestra de talón del recién nacido. También se calculó el adicional de frecuencias y gastos que ocasionaría el diagnóstico confirmatorio y las consultas iniciales de los casos confirmados.
- Ampliación de la ruta de atención integral para personas expuestas al asbesto, garantizándose la atención integral mediante la atención en salud, los exámenes médico legales y especializados orientados al diagnóstico y tratamiento de sus efectos.