



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INFORME DE LA ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN UPC AÑO 2016

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

Bogotá D. C

Mayo de 2017

JUAN MANUEL SANTOS CALDERÓN
Presidente de la República

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

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

OLINDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ
Subdirectora de Beneficios en Aseguramiento.

Mayo de 2017

LÍDERES TÉCNICOS

OLINDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ

FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO

EQUIPO TÉCNICO

SONIA CECILIA NARVAEZ DE MEJÍA

EDELBERTO GÓMEZ VERGARA

LUIS HERNANDO TOCARRUNCHO ARIZA

SUSAN DAYANA MONCAYO BRAVO

JENNY PATRICIA CLAVIJO ROJAS

RUTH MAGALLY DEVIA DÍAZ

YOHANA PATRICIA GÓMEZ DUARTE

LINA MARCELA ROJAS SALCEDO

LILIANA ISABEL BOUDE FIGUEREDO

GUILLERMO ARTURO RICO GONZÁLEZ

Mayo, 2017

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES NORMATIVOS.....	6
2.1. ARTÍCULO 25° DE LA LEY 1438 DE 2011:	6
2.2. RESOLUCIÓN 5592 DE 24 DICIEMBRE 2015, ARTÍCULO 4:	6
2.3. SENTENCIA T-760 DE 2008 DE LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL:	6
2.4. ARTÍCULO 15. PRESTACIONES DE SALUD, LEY 1751 DE 2015:.....	7
3. DESARROLLO METODOLÓGICO	8
3.1. PROCEDIMIENTOS	8
3.1.1. Trazabilidad de la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC por la Actualización de la CUPS.....	8
3.1.2. Aclaración del Plan de Beneficios-PB vía Aseguramiento con los procedimientos reportados para los que aplica lo dispuesto en el artículo 134 Resolución 5592 de 2015.....	9
3.2. DISPOSITIVOSMÉDICOS.	10
3.3. MEDICAMENTOS	11
3.3.1. Estudio de concentraciones y/o formas farmacéuticas de medicamentos incluidos en el plan de beneficios con cargo a la UPC.....	11
3.3.2. Valores máximos de reconocimiento para cálculo en la prima por expuestos y grupo de medicamentos: Estudio técnico para la vigencia 2017	16
3.3.3. Análisis de tecnologías no incluidas de forma explícita en el plan de beneficios en salud y dispensadas con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC) mediante la aplicación del artículo 134 de la resolución 5592 de 2015 - reconocimiento de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.....	19
3.3.4. Análisis de prestaciones farmacéuticas cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación para expresión de cobertura por principio activo	22
4. RESULTADO FINAL DE LA ACTUALIZACIÓN.....	23
5. BIBLIOGRAFÍA	25

INFORME ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC 2016

1. INTRODUCCIÓN

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

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

En el presente documento se describen las metodologías que se siguieron en la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (en adelante Dirección de Regulación de Beneficios), para la inclusión y aclaración de las tecnologías en salud (TS) para la actualización puntual o parcial del plan de beneficios en salud para el año 2016, que se materializó con la expedición de la Resolución 6408 de 2016.

El desarrollo metodológico aquí contenido corresponde la aclaración de la cobertura de procedimientos y medicamentos continuando con la migración de manera progresiva desde un plan de beneficios en salud basado en una lista positiva y taxativa, hacia un plan de beneficios implícito que contenga una lista taxativa de exclusiones o “lista negativa”.

Como resultado, de la aplicación de las metodologías que se describen a continuación, se ajustó la codificación y descripción de aquellos procedimientos que sufrieron algún tipo de ajuste en la

actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS-, se amplió la cobertura del kit de glucometría, se aclaró la cobertura de 46 principios activos de medicamentos que corresponde a 518 CUM, se fijó el valor máximo de reconocimiento para tres nuevos grupos de medicamentos y se actualizó el valor máximo de reconocimiento para los seis grupos de medicamentos ya establecidos.

2. ANTECEDENTES NORMATIVOS

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

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

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

2.2. RESOLUCIÓN 5592 DE 24 DICIEMBRE 2015, ARTÍCULO 4:

“Las tecnologías en salud que se incluyen en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, requieren de procesos como Evaluación de Tecnologías en Salud -ETES-, análisis de grupos terapéuticos o del mercado, análisis de tecnologías derivadas de recomendaciones de Guías de Práctica Clínica -GPC- adoptadas por este Ministerio, otros análisis y la toma de decisión por parte de la autoridad competente. (...)” (Subrayado fuera del texto original) (Ministerio de Salud Y Protección Social, 2013).

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

“En consecuencia, se ordenará a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la revisión integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS), garantizando la participación directa y efectiva de la

comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud. Como una medida complementaria, se ordenará a la Comisión de Regulación en Salud la revisión de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley (de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema – artículo 162, párrafo 2, Ley 100 de 1993)".

(...)

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

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

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

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

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

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

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria,

previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. (...).

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

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

3. DESARROLLO METODOLÓGICO

A continuación se describen las metodologías aplicadas durante el proceso de Actualización puntual o parcial del plan de beneficios del 2016 así como los resultados obtenidos con la aplicación de cada una de ellas.

3.1. PROCEDIMIENTOS

3.1.1. *Trazabilidad de la cobertura del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC por la actualización de la CUPS*

Teniendo en cuenta que la descripción de los procedimientos del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC está descrito en términos de CUPS, se hace necesario establecer la cobertura en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC de aquellos servicios y tecnologías que tuvieron alguna modificación en cuanto a su descripción, reubicación o desagregación con la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud establecida con la Resolución 5975 de 2016, para tal fin se realizó el análisis de las modificaciones registradas en la trazabilidad de la CUPS y se establecieron los siguientes algoritmos para aclarar las coberturas así:

- Los servicios y tecnologías en salud que no surtieron modificación tienen igual cobertura a la descrita en la Resolución 5592 de 2015 y sus anexos.
- Los servicios y tecnologías en salud nuevos en la CUPS, requieren de análisis específicos para definir su cobertura, por lo tanto no fueron tenidos en cuenta para esta actualización.

- Los servicios y tecnologías en salud que se modificaron semánticamente en su descripción, pero siguen siendo los mismos, tienen la misma cobertura descrita en la Resolución 5592 de 2015 y sus anexos.
- Los servicios y tecnologías en salud que solo fueron reubicados teniendo en cuenta la estructura de la CUPS su cobertura es igual a la descrita en la Resolución 5592 de 2015 y sus anexos.
- Los servicios y tecnologías en salud que fueron desagregados de otro ya existente, tienen la misma cobertura descrita en la Resolución 5592 de 2015 del que fue desagregado, salvo aquellos que por corresponder a un avance tecnológico en cuanto a técnica o vía de abordaje, requieren de análisis específicos para definir su cobertura.
- Los servicios y tecnologías que se agruparon en uno solo, conservan la cobertura que tenían en la Resolución 5592 de 2015 y sus anexos.

3.1.2. *Aclaración del Plan de Beneficios-PB vía Aseguramiento con los procedimientos reportados para los que aplica lo dispuesto en el artículo 134 Resolución 5592 de 2015*

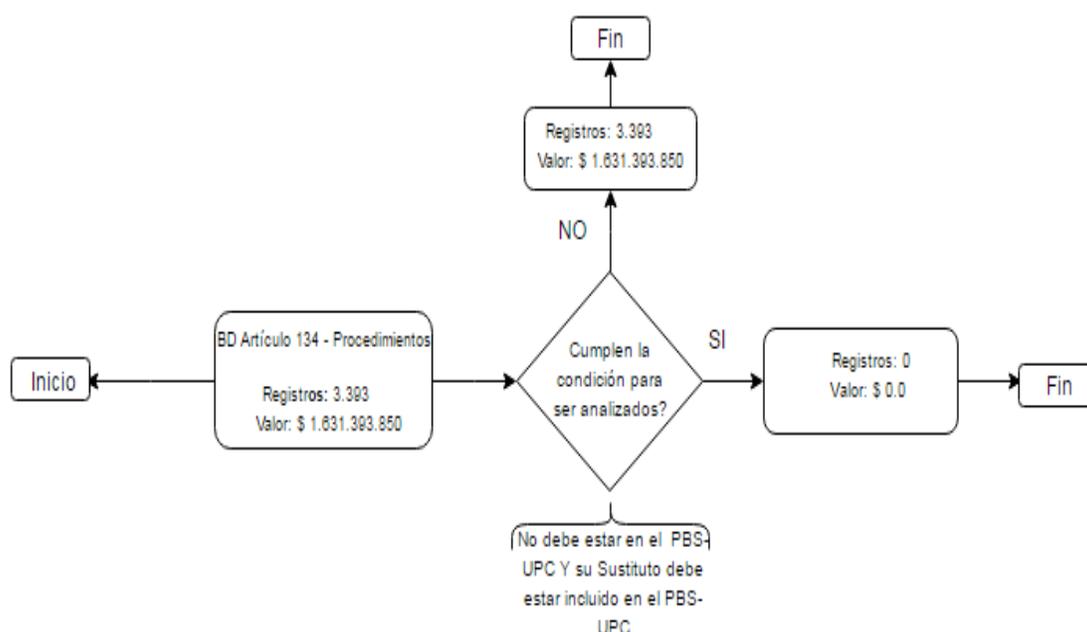
Lo dispuesto en el artículo 134 de la Resolución 5592 de 2015, a la letra dice:

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

Para aplicar este artículo, en la vigencia de 2016 la Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (DRBCyT) de este Ministerio solicitó a las EPS (de los regímenes contributivo y subsidiado) el reporte de las tecnologías que cumplen con esta condición.

A la información reportada en la base de datos "Reporte de Prestaciones por EPS durante la vigencia 2015" se aplicaron mallas de validación y se desarrolló el procedimiento que se presenta en la gráfica 1.

Gráfica 1
Procedimiento y resultados aplicación Art. 134 Resolución 5592 de 2015, procedimientos médicos



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2017

Una vez aplicado el procedimiento se concluye que la información no cumple con los criterios de calidad requeridos para ser analizada y por ello no se continúa con el análisis.

3.2. DISPOSITIVOS MÉDICOS.

Teniendo en cuenta que:

1) el límite en el número de tirillas y lancetas financiadas con la UPC está ocasionando procesos de recobro para aquellos pacientes que requieren más tirillas o lancetas según lo determina el médico tratante;

- 2) la Guía de Práctica Clínica recomienda de 4 a 10 tomas de glucometría al día; y,
- 3) la actualización se enmarca en el objetivo de avanzar hacia un plan más implícito.

Se amplió la cobertura de tirillas y lancetas que requieren los pacientes que padecen diabetes tipo I y II con manejo de insulina así:

Se aclara la cobertura del plan de beneficios de salud financiado con recursos de la UPC para los pacientes diabéticos que se encuentren en manejo con insulina, así: se entregarán cada año (1) glucómetro y tirillas y lancetas, de conformidad con lo que el médico tratante determine y de acuerdo con la guía de práctica clínica correspondiente.

3.3. MEDICAMENTOS

3.3.1. *Estudio de concentraciones y/o formas farmacéuticas de medicamentos incluidos en el plan de beneficios con cargo a la UPC*

Esta estrategia profundiza el avance hacia un plan implícito al aclarar la cobertura del plan de beneficios financiado con recursos del aseguramiento para aquellos medicamentos que tengan igual principio activo, forma farmacéutica, indicación y población que la utiliza y se encuentre en el plan de beneficios una concentración específica.

Actualmente el 85% del plan de beneficios financiado con recursos del aseguramiento está de forma implícita en cuanto a concentraciones de medicamentos se refiere. La estrategia inició en 2013, aclarando todas las concentraciones de los medicamentos con formas farmacéuticas sólidas no estériles de administración oral (tabletas). En total fueron cerca de 290 prestaciones farmacéuticas aclaradas indicando que el PBSUPC "incluye todas las concentraciones". En ese momento se tenía el 44% del PBSUPC en forma implícita a nivel de concentraciones.

En 2015 se profundizó la estrategia 2015 aclarando todos los medicamentos con formas farmacéuticas estériles de administración parenteral (inyectables). En total fueron 268 prestaciones farmacéuticas aclaradas. El PB "incluye todas las concentraciones". En ese momento se logró convertir en forma implícita a nivel de concentraciones un 41% más del PBSUPC, logrando que el 85% de este plan estuviera de forma implícita como ya se mencionó.

Con esta aclaración se logra que el 15% del PBSUPC restante se exprese en forma implícita a nivel de concentraciones. Es decir, que dicho plan sea 100% implícito en 2017.

Tomando como base la metodología “Definición de subgrupos de medicamentos por clasificación terapéutica, farmacológica o química y cálculo de valor de reconocimiento. II fase.”. Metodología desarrollada en 2013 por el Ministerio de Salud y Protección Social en forma conjunta con el Instituto de Evaluación Tecnología en Salud. Colombia 2013, se desarrolló el siguiente procedimiento:

1. Revisión de los principios activos de los medicamentos incluidos en el análisis, que tienen autorización de comercialización en Colombia e igual indicación al PBSUPC (para mantener población y efecto de reemplazo).
2. Revisión del mercado farmacéutico (SISMED 2015).
 - a. Extracción de Datos de SISMED (2015).
 - b. Canal: Ventas-Institucional-Laboratorio
 - c. Precio: menor precio reportado para cada CUM
 - d. Frecuencia: cantidades vendidas reportadas.
3. Elaboración de cálculos propios de la metodología
4. Revisión de la distribución de frecuencias en ventas reportadas en el SISMED
5. Consolidación de resultados (incluye análisis de impacto presupuestal¹).

Los resultados de la aplicación de la metodología fueron:

- Se analizaron 135 presentaciones farmacéuticas de las cuales 129 al momento del análisis se encontraban disponibles comercialmente en Colombia. Una se analizó en 2014 y las otras no estaban disponibles en el país. El universo de prestaciones farmacéuticas disponible se agrupó por forma farmacéutica y se obtuvieron 66 medicamentos a analizar. Se determinó que aclarar la cobertura por concentraciones no tiene impacto sobre la UPC.

- En la tabla 1 se presentan los 66 medicamentos frente a los cuales se aclara la cobertura en concentración. Son cerca de 162 registros sanitarios y 510 CUM.

¹ Para identificar la posible afectación del valor de la Unidad de Pago por Capitación.

Tabla 1.
Medicamentos sobre los cuales se propone aclarar la cobertura de concentraciones

No.	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN	No. Registros sanitarios	No. CUM
1	ACETAMINOFÉN	160 mg/5 mL (3,2%)	JARABE		3	5
2	ACETAMINOFÉN	250 mg/5 mL (5%)	JARABE		1	1
3	ACETILCISTEÍNA	1%	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN O INHALACIÓN		1	1
4	ALUMINIO HIDRÓXIDO + MAGNESIO HIDRÓXIDO CON SIMETICONA	8% + 8% + 0.6%	SUSPENSIÓN ORAL	DE IGUAL FORMA SE CUBREN LOS PRINCIPIOS ACTIVOS COMO MONOFÁRMACO.	4	52
5	SIMETICONA	0,66 mg/mL	SOLUCIÓN ORAL	DE IGUAL FORMA SE CUBREN LOS PRINCIPIOS ACTIVOS COMO MONOFÁRMACO.	2	5
6	SIMETICONA	10 mg/mL	SUSPENSIÓN ORAL	DE IGUAL FORMA SE CUBREN LOS PRINCIPIOS ACTIVOS COMO MONOFÁRMACO.	1	3
7	AMOXICILINA	500 mg/5 mL de base (10%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL		4	15
8	AMOXICILINA	700 mg/5 mL de base (12.5%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL		2	2
9	AMOXICILINA	750 mg/5 mL de base (15%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL		2	10
10	AMOXICILINA	1.000 mg/5 mL de base (15%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL		1	1
11	AMOXICILINA - CLAVULANATO	600 mg + 42.9 mg/5mL	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL	USO EXCLUSIVO PARA TRATAMIENTO DE NEUMONÍA	3	10
12	ASCÓRBICO ÁCIDO	15mg/mL (1,5%)	SOLUCIÓN ORAL		1	1
13	ASCÓRBICO ÁCIDO	200 mg/ mL (20%)	SOLUCIÓN ORAL		1	2
14	AZITROMICINA	166,67 mg/5 mL (3.3%)	GRÁNULOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA PARA SUSPENSIÓN ORAL	COBERTURA PARA EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA	1	1
15	BETAMETASONA	0,10%	CREMA		11	27
16	BETAMETASONA	0,10%	UNGÜENTO		2	7
17	BETAMETASONA	0,10%	LOCIÓN		2	2
18	BRIMONIDINA TARTRATO	1 mg/mL (0,1%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA		1	2
19	BRIMONIDINA TARTRATO	1,5 mg/mL (0,15%)	SOLUCIÓN OFTÁLMICA		2	6
20	CLORFENIRAMINA	1 mg/2 mL (0,05%)	JARABE		2	5
21	CLOTRIMAZOL	1%	POLVO MEDICADO PARA USO TOPICO		2	3
22	CLOTRIMAZOL	10 mg/mL (1%)	SUSPENSIÓN TÓPICA		1	3
23	CLOTRIMAZOL	2%	CREMA VAGINAL		8	10

No.	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN	No. Registros sanitarios	No. CUM
24	CLOTRIMAZOL	200 mg	OVULO O TABLETA VAGINAL O CAPSULA VAGINAL		10	20
25	CLOTRIMAZOL	500 mg	OVULO O TABLETA VAGINAL O CAPSULA VAGINAL		8	17
26	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA	5 mg + 3,5 mg + 10000 UI/mL (5 mg + 3,5 mg + 1 mg/mL)	SUSPENSION OFTALMICA		2	2
27	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA	1 mg + 3500 UI + 6000 UI/mL (0,1% + 0,35% + 6000 UI/mL)	UNGUENTO OFTALMICO		3	4
28	CORTICOIDE + NEOMICINA + POLIMIXINA	1 mg + 3500 UI + 10.000 UI/mL	UNGUENTO OFTALMICO		1	1
29	DIFENHIDRAMINA	12,5 mg	LAMINAS DISPERSABLES		1	1
30	DIFENHIDRAMINA	25 mg	LAMINAS DISPERSABLES		1	1
31	ERITROMICINA	200 mg/5 mL	GRANULOS PARA SUSPENSION		1	1
32	FLUORESCÉINA SÓDICA	10%	SOLUCION INYECTABLE		4	4
33	FLUOROURACILO	2,50%	CREMA TOPICA		1	2
34	HALOPERIDOL	10mg/mL	SOLUCION ORAL		2	3
35	HIDROCORTISONA (ACETATO)	1%	LOCION		1	3
36	HIDROCORTISONA (ACETATO)	1%	EMULSION TÓPICA		1	9
37	IDOPOVIDONA	11%	SOLUCION TOPICA		2	7
38	IDOPOVIDONA	8%	SOLUCION TOPICA - ESPUMA		14	67
39	IDOPOVIDONA	8%	JABON LIQUIDO - ESPUMA		1	8
40	IPRATROPIO BROMURO	250mcg/mL	SOLUCION PARA NEBULIZACION		3	4
41	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO	2%	SOLUCION TOPICA		1	1
42	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO	4%	CREMA TOPICA		1	7
43	MESALAZINA	2 g	SUSPENSION PARA ADMINISTRACION RECTAL		1	1
44	MESALAZINA	1 g	SUSPENSION PARA ADMINISTRACION RECTAL		1	2
45	MESALAZINA	1 g	ESPUMA RECTAL - AEROSOL		1	1
46	MESALAZINA	1 g	SUPOSITORIO		3	6
47	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	2,6 mg/mL	SOLUCION ORAL		1	3
48	METOCLOPRAMIDA (CLORHIDRATO)	1mg/mL	SOLUCION ORAL, JARABE		4	12
49	METRONIDAZOL	0,75%	GEL VAGINAL		1	1

No.	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN	No. Registros sanitarios	No. CUM
50	MISOPROSTOL	25 mcg	TABLETA VAGINAL CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	CUBIERTO EN CASOS DE FETO MUERTO SI ESTE SE PRESENTA EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO; EN CASOS DE EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA POR FALLO TEMPRANO DEL EMBARAZO CON EDAD GESTACIONAL MENOR DE 22 SEMANAS; PARA EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO CUANDO A) LA CONTINUACIÓN CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADO POR UN MÉDICO, B) EXISTA GRAVE MALFORMACIÓN DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA CERTIFICADA POR UN MÉDICO, C) EL EMBARAZO SEA RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O DE TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS O DE INCESTO.	2	43
51	MISOPROSTOL	50 mcg	TABLETA VAGINAL CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	CUBIERTO EN CASOS DE FETO MUERTO SI ESTE SE PRESENTA EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO; EN CASOS DE EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA POR FALLO TEMPRANO DEL EMBARAZO CON EDAD GESTACIONAL MENOR DE 22 SEMANAS; PARA EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO CUANDO A) LA CONTINUACIÓN CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADO POR UN MÉDICO, B) EXISTA GRAVE MALFORMACIÓN DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA CERTIFICADA POR UN MÉDICO, C) EL EMBARAZO SEA RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O DE TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS O DE INCESTO.	1	18
52	MISOPROSTOL	100 mcg	TABLETA VAGINAL CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	CUBIERTO EN CASOS DE FETO MUERTO SI ESTE SE PRESENTA EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO; EN CASOS DE EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA POR FALLO TEMPRANO DEL EMBARAZO CON EDAD GESTACIONAL MENOR DE 22 SEMANAS; PARA EVACUACIÓN DE CAVIDAD UTERINA EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO CUANDO A) LA CONTINUACIÓN CONSTITUYA PELIGRO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA MUJER, CERTIFICADO POR UN MÉDICO, B) EXISTA GRAVE MALFORMACIÓN DEL FETO QUE HAGA INVIABLE SU VIDA CERTIFICADA POR UN MÉDICO, C) EL EMBARAZO SEA RESULTADO DE UNA CONDUCTA, DEBIDAMENTE DENUNCIADA CONSTITUTIVA DE ACCESO CARNAL O ACTO SEXUAL SIN CONSENTIMIENTO, ABUSIVO O DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL O DE TRANSFERENCIA DE ÓVULO FECUNDADO NO CONSENTIDAS O DE INCESTO.	1	25
53	OXIMETAZOLINA	0,1mg/mL (0,01%)	SOLUCIÓN NASAL		1	2
54	PIPERAZINA	0,42g/5mL (8,3%)	SOLUCIÓN ORAL		1	4

No.	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN	FORMA FARMACÉUTICA	ACLARACIÓN	No. Registros sanitarios	No. CUM
55	PIPERAZINA	0,5g/5mL (10%)	JARABE		1	1
56	PIPERAZINA	0,6 g/5mL (12%)	SOLUCIÓN ORAL		1	1
57	PIPERAZINA	0,75g/5mL (15%)	SOLUCIÓN ORAL		1	1
58	PODOFILINA	0,50%	GEL TÓPICO		1	4
59	RETINOICO ÁCIDO	0,03%	CREMA TÓPICA		2	5
60	RETINOICO ÁCIDO	0,04%	CREMA TÓPICA		1	1
61	RETINOICO ÁCIDO	0,10%	CREMA TÓPICA		1	1
62	RETINOICO ÁCIDO	0,03%	GEL TÓPICO		2	3
63	RETINOICO ÁCIDO	0,05%	GEL TÓPICO		2	2
64	RIVASTIGMINA	36 mg	SISTEMA TRANSDÉRMICO	CUBIERTO EN EL MANEJO DE LA DEMENCIA.	1	6
65	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL	(80 + 400) mg/5 mL (1,6% + 8%)	SUSPENSIÓN ORAL		14	27
66	VALPROICO SÓDICO	1.875mg/5mL	SOLUCIÓN ORAL		1	4
	TOTAL				162	510

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2017

Con base en los resultados, se recomienda la implementación del escenario en el cual se mantienen los precios que reportaron las EPS en la base de datos del estudio de suficiencia para el cálculo de la UPC 2016 ya que permite reconocer todas las variabilidades de los precios de transacción entre los diferentes actores de la cadena de suministro de medicamentos y permite efectuar la aclaración para la totalidad de medicamentos con concentraciones NO explícitas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC objeto de análisis. Y en la casilla destinada a describir la concentración explícita del medicamento cubierto por el PBSUPC se indica: "Incluye todas las concentraciones".

3.3.2. Valores máximos de reconocimiento para cálculo en la prima por expuestos y grupo de medicamentos: estudio técnico para la vigencia 2017

Esta estrategia profundiza el avance que se realizó en las vigencias anteriores para lograr que el plan de beneficios que se financia con el mecanismo del aseguramiento sea más implícito. La metodología utilizada es la misma que se utilizó 2013 y 2015.

En la metodología utilizada se tomaron como referencia los siguientes documentos:

- Políticas farmacéuticas: efectos de la fijación de precios de referencia, y grupos de medicamentos con evidencia de similar utilidad terapéutica. Ministerio de Salud y

Protección Social en convenio con el Instituto de Evaluación Tecnología en Salud. Colombia 2013.

- Aclaración de concentraciones y/o formas farmacéuticas de medicamentos incluidos en el POS en formas farmacéuticas sólidas no estériles de administración oral y análisis de mercado de valores de reconocimiento en la unidad de pago por capitación a nivel ATC5. Informe Técnico. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2014
- Definición de subgrupos de medicamentos por clasificación terapéutica, farmacológica o química y cálculo de valor de reconocimiento. II fase. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnología en Salud. Colombia 2014.
- Aclaración de concentraciones y/o formas farmacéuticas de medicamentos incluidos en el POS en formas farmacéuticas sólidas o líquidas estériles de administración Parenteral. Informe Técnico. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2015.
- Valores de reconocimiento en la Unidad de Pago por Capitación-UPC para medicamentos de similar efecto terapéutico. Informe Técnico. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2015.

Adicional a lo anterior, se presenta en forma sucinta el proceso seguido, así:

- a) Se definen los grupos de medicamentos a incluir en el cálculo de VMRexp y que han sido utilizados para establecer un único valor para la cobertura del costo por parte del Sistema de Salud. Se trata entonces de 12 grupos dentro de los cuales se dividen así:
 - 6 Grupos sin VMR para 2016. Listado A2 del anexo No. 1 Resolución 5592 de 2015.
 - 6 Grupos con VMR para 2016. Listado A3 del anexo No. 1 Resolución 5592 de 2015. Este valor se actualiza según las fuentes de información para que sea establecido dentro del cálculo de la UPC para 2017.
- b) Se selecciona la fuente de información que se utiliza en el cálculo: SISMED 2015.
- c) Se establece la metodología de cálculo del valor de reconocimiento para cálculo en la prima por expuesto y grupo de medicamentos, se evalúan los estadísticos de tendencia central, los estadísticos de posición y los de dispersión y, por último, se elige el estadístico que determinará el Valor Máximo de Reconocimiento (VMRexp).

Se establecen 3 grupos de medicamentos sin VMR, 3 con VMR y se actualiza el VMR de los 6 grupos que ya se encontraban con dicho valor. Los grupos se seleccionaron teniendo en cuenta la completitud de cobertura de los principios activos que los conforman, como se muestra en las siguientes tablas:

Tabla 2.
Agrupamientos sin valor de reconocimiento para grupos de medicamentos.
Resultados

No.	Código ATC del subgrupo	PRINCIPIO ACTIVO	COBERTURA	ACLARACIÓN
421	B05ZA	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC B05ZA SOLUCIONES PARA HEMODIÁLISIS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS UTILIZADAS EN HEMODIÁLISIS	
422	B05D	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA B05D SOLUCIONES PARA DIÁLISIS PERITONEAL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	
423	B01AB	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC B01AB - GRUPO DE LAS HEPARINAS, MONOFÁRMACOS (NO SE CUBREN COMBINACIONES CON MEDICAMENTOS NO POS)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2017

Tabla 3.
Agrupamientos con valor reconocimiento para grupos de medicamentos.

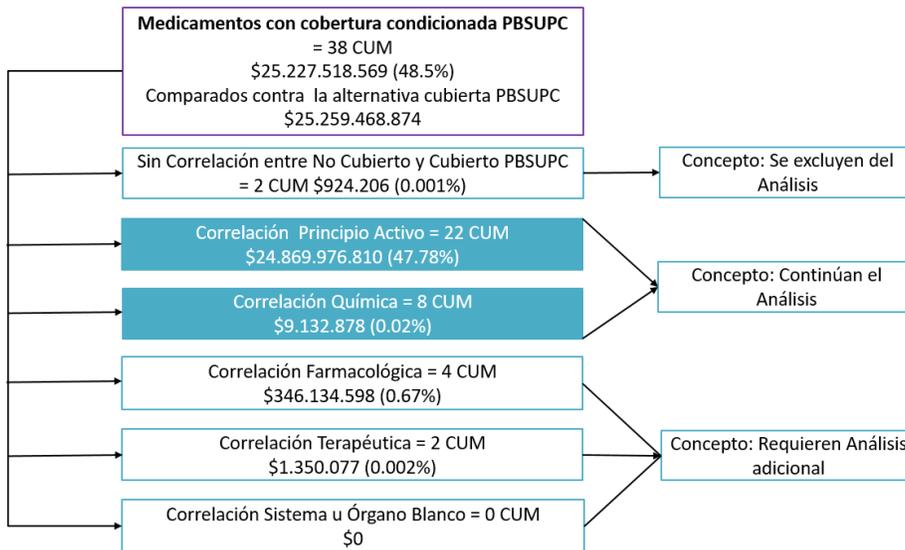
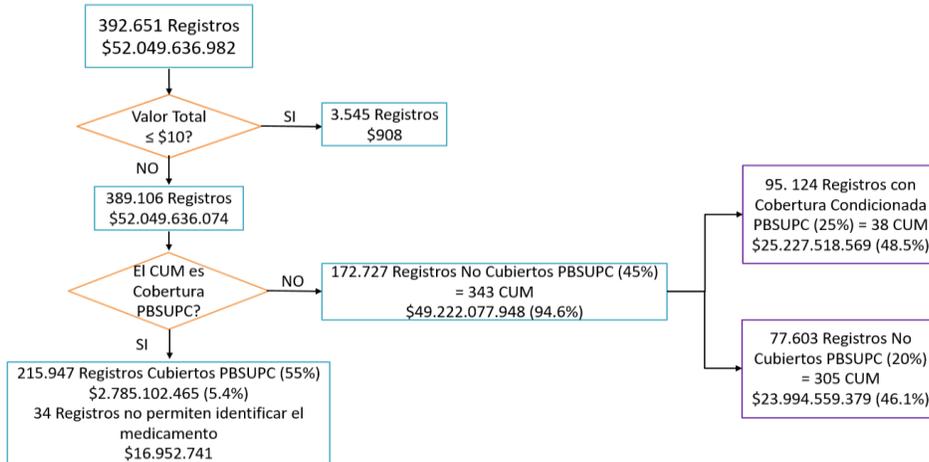
No.	Código ATC del subgrupo	PRINCIPIO ACTIVO	COBERTURA	ACLARACIÓN
424	S01BA	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC S01BA-CORTICOSTEROIDES, MONOFÁRMACOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN OFTÁLMICA	Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
425	A10A	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A10A- INSULINAS Y ANÁLOGOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
426	A07CA	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA A07CA SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL.	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES EN FORMA FARMACÉUTICA POLVO	
427	C07AA	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C07AA -AGENTES BETA BLOQUEANTES NO SELECTIVOS	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES PARA TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFICAN LA LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO O CÁPSULAS	Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
428	A02BA	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A02BA - ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR H2 (NO SE CUBREN COMBINACIONES CON MEDICAMENTOS NO POS)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES PARA TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFICAN LA LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO O CÁPSULAS	Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
429	C08C	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C08C - BLOQUEANTES SELECTIVOS DE	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES PARA TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFICAN LA	Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/

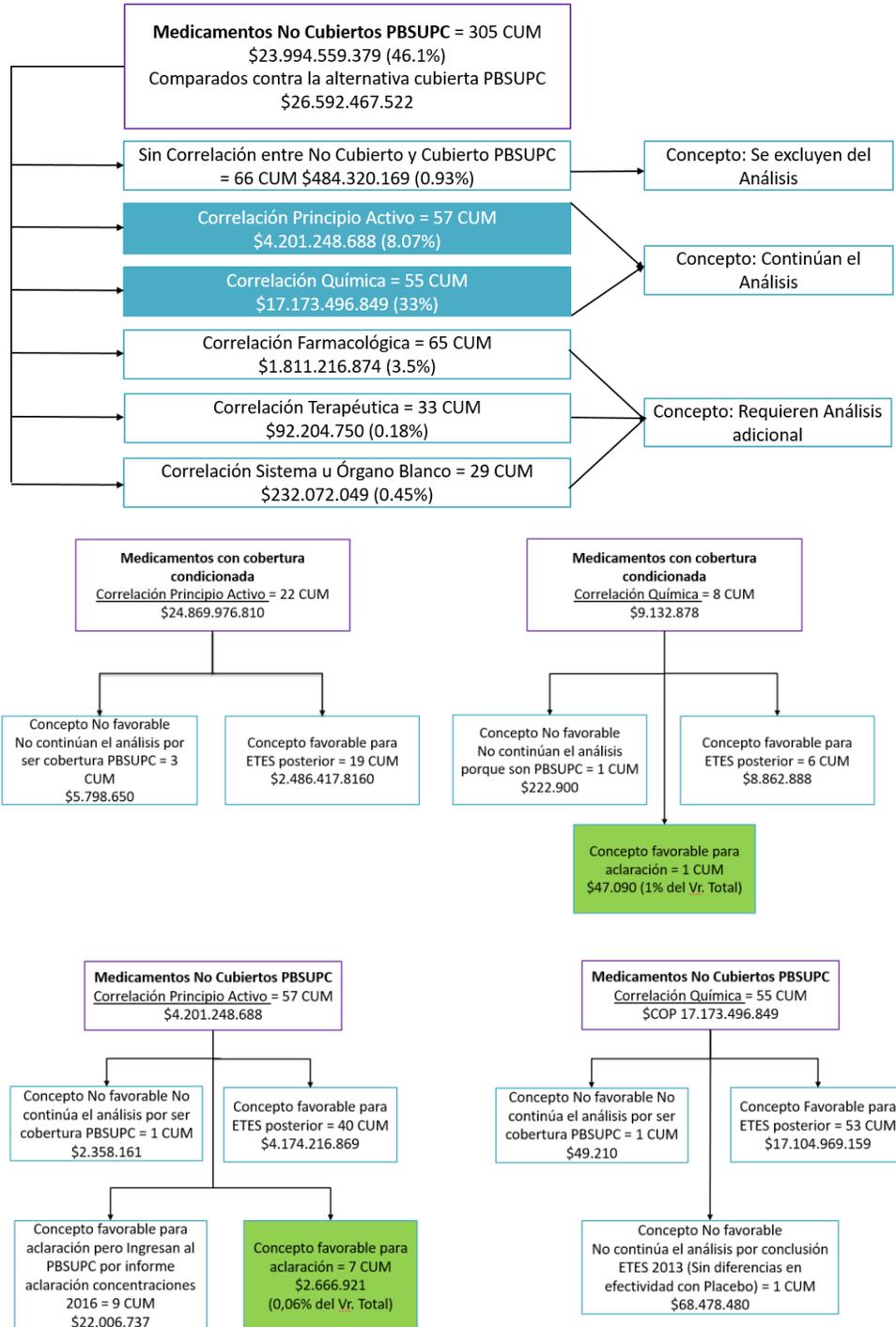
No.	Código ATC del subgrupo	PRINCIPIO ACTIVO	COBERTURA	ACLARACIÓN
		CANALES DE CALCIO CON EFECTOS PRINCIPALMENTEVASCULARES	LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO O CÁPSULAS	
430	A02BC	TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC A02BC - INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES, MONOFÁRMACOS (NO SE CUBREN COMBINACIONES CON MEDICAMENTOS NO POS)	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES PARA TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFICAN LA LIBERACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO O CÁPSULAS Y TABLETAS O CÁPSULAS QUE MODIFICAN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
431	C09AA	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C09AA - INHIBIDORES DE LA ECA, MONOFÁRMACOS.	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/
432	C10AA	INCLUYE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS PERTENECIENTES AL SUBGRUPO DE REFERENCIA ATC C10AA -INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS	Detalle de principios activos por subgrupo ATC disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2017

3.3.3. *Análisis de tecnologías no incluidas de forma explícita en el plan de beneficios en salud y dispensadas con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC) mediante la aplicación del artículo 134 de la resolución 5592 de 2015 - reconocimiento de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC*

Se siguió la misma metodología utilizada en el proceso previo de actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC - PBSUPC (*"Análisis de tecnologías no incluidas de forma explícita en el POS y dispensadas con cargo a la unidad de pago por capitación mediante el artículo 132 de la resolución 5521 de 2013 para reconocimiento de tecnologías NO POS – Diciembre de 2015"*).





Como resultado de la aplicación de esta metodología se aclara que 5 medicamentos son cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (PBSUPC) en virtud de la aplicación del artículo 134 de la Resolución 5592 de 2015.

**Tabla 4.
Medicamentos aclarados artículo 134 de la Resolución 5592 de 2015, según reporte de EPS.**

No.	PRINCIPIO ACTIVO	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN	Cantidad dispensada NO Cubierto PBSUPC	Valor total dispensación NO Cubierto PBSUPC	Cantidad Teórica Cubierta PBSUPC	Valor teórico Cubierto PBSUPC
1	Acetaminofén	Tableta Efervescente	500 mg	1.149	215.672	1.149	215.672
2	Acetaminofén	Tableta Masticable	100 mg	330	113.190	330	138.600
3	Ácido Ascórbico	Tableta Efervescente	1000 mg	12.944	1.977.501	12.944	1.977.501
4	Ácido Valproico	Suspensión Oral	40 mg/mL	2	47.405	4	53.916
5	Alprazolam	Tableta Sublingual	0,5 mg	534	313.153	534	313.153
6	Penicilina G Procaínica + Penicilina G Potásica Cristalina	Polvo Estéril para Reconstituir a Suspensión Inyectable	600.000 + 200.000 IU	65	47.090	65	44.590
TOTAL				15.024	2.714.011	15.026	2.743.432

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2017

3.3.4. *Análisis de prestaciones farmacéuticas cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación para expresión de cobertura por principio activo*

Las estrategias previas permiten avanzar en forma decidida hacia la expresión del plan de beneficios. Así, la conformación del PBSC de forma implícita a nivel de concentraciones (100%) permite su expresión a nivel de principio activo, teniendo en cuenta las restricciones de coberturas y asimismo, que las formas farmacéuticas y las concentraciones sean implícitas.

Lo anterior se logró a partir de la identificación de las tecnologías financiadas por el PBSUPC comparadas con la oferta comercial total en Colombia para definir si existen concentraciones, formas farmacéuticas, modificaciones del principio activo como sales, ésteres o indicaciones no cubiertas por el PBSUPC e identificar otras líneas de estudio que permitan continuar hacia un PBSUPC implícito.

La metodología aplicada consistió en: *i)* realizar la búsqueda de información correspondiente a Código Único de Medicamentos - CUM por principio activo y revisión de coberturas explícitas del PBSUPC; *ii)* analizar la cobertura y las observaciones particulares de cobertura; y *iii)* asignar los grupos para expresión de cobertura por principio activo.

Después de aplicar la metodología descrita se obtuvieron los siguientes resultados

Tabla 5.
Resumen de la expresión del PBSUPC por Principio activo

CRITERIO	GRUPOS	%	OBSERVACIONES
TOTAL DE AGRUPACIONES POSIBLES LISTADOS A1, A2, A3, B Y C (2017)	474		
GRUPOS EN QUE ES POSIBLE LA EXPRESIÓN DE COBERTURA POR PRINCIPIO ACTIVO	361	76.16	INCLUYE 5 SUBGRUPOS CON VMR
GRUPOS DE EXPRESIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO PARA PROGRAMAS EN SALUD PÚBLICA	38	8.02%	
GRUPOS EN QUE LA EXPRESIÓN DE COBERTURA SE DEFINE POR PRINCIPIO ACTIVO SALVO ALGUNAS FORMAS FARMACÉUTICAS	73	15.40%	INCLUYE 7 SUBGRUPOS CON VMR

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2017

4. RESULTADO FINAL DE LA ACTUALIZACIÓN

La actualización puntual efectuada en la vigencia 2016 profundiza en los aspectos relacionados con el plan implícito con el fin de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y desarrolla los principios enunciados en la Ley 1751 de 2015. Así:

- Avanza hacia un plan implícito continuando con las recomendaciones impartidas a este Ministerio por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación

del Aseguramiento en Salud, en la sesión No. 4 celebrada el 24 de mayo 2013. La actualización del año 2016 pretende:

- ✓ Asegurar más opciones terapéuticas a los pacientes y médicos (disponibilidad y acceso). A los profesionales de la salud disponer de un portafolio amplio y mejorar su gestión.
 - ✓ Disminuir las barreras de acceso por falta de coherencia entre el detalle del contenido del plan de beneficios y la definición y objetivo de la cobertura.
 - ✓ Mejorar la gestión del sistema.
- Aclara el Plan de Beneficios del aseguramiento (PB) aplicando el artículo 134 de la Resolución 5592 de 2015.

Esta actualización tuvo como resultado, en resumen, la aclaración de cobertura de medicamentos y la ampliación de cobertura de una tecnología así:

En cuanto a Procedimientos:

Teniendo en cuenta que para la vigencia 2016 se realizó la actualización integral de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), que se vio reflejada con la expedición de la Resolución 5975 de 2016 y que la descripción de los procedimientos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está en términos de CUPS, se realizó el análisis de las modificaciones registradas en la Trazabilidad de la CUPS estableciendo que los servicios y tecnologías que no tuvieron modificación, así como aquellos que: i) tuvieron modificaciones semánticas en su descripción; ii) fueron reubicados según la estructura de la CUPS; iii) fueron desagregados de otro ya existente; o iv) se agruparon en uno solo; continuaron con la misma cobertura que tenían los procedimientos originales.

En cuanto a Dispositivos:

Se aclara la cobertura del plan de beneficios de salud financiado con recursos de la UPC para los pacientes diabéticos que se encuentren en manejo con insulina, así: Se entregarán cada año (1) glucómetro y tirillas y lancetas, de conformidad con lo que el médico tratante determine y de acuerdo con la guía de práctica clínica correspondiente.

En cuanto a los Medicamentos se adelantaron los siguientes procesos de actualización:

- Aclaración de cobertura de Medicamentos:
 - Mediante agrupaciones de principios activos a los que se les fija un valor máximo de reconocimiento en la UPC, para 3 grupos y actualización del valor máximo de reconocimiento para los 6 grupos ya establecidos en la Resolución 5592 de 2015.
 - Se aclara la concentración de 66 medicamentos del Plan de beneficios con concentraciones no explícitas que se agrupan por principio activo y forma farmacéutica en 41 medicamentos equivalentes a 510 CUM, lo que permite expresar la cobertura del Plan de Beneficios para estos medicamentos en todas las concentraciones registradas en Colombia, con lo que se avanza hacia un Plan de Beneficios implícito descrito por vía de administración y no por una forma farmacéutica específica.
 - Se realizó la aclaración de 5 principios activos que corresponden a 8 CUM, no se encontraban en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC – PBSUPC y que en virtud de la aplicación del artículo 134 de la Resolución 5592 de 2015 y además por ser una alternativa efectiva desde la parte clínica y tener un valor menor o igual por tratamiento a las descritas **en el listado del PBSUPS se consideran ahora cubiertas.**

5. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2016. Análisis de tecnologías no incluidas de forma explícita en el plan de beneficios en salud y dispensadas con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC) mediante la aplicación del Artículo 134 de la Resolución 5592 de

2015 - reconocimiento de tecnologías no incluidas en el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2016. Resultados del estudio de concentraciones y formas farmacéuticas de medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la UPC, aclaración de cobertura y definición de valores de reconocimiento para cálculo en la UPC.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2016. Comparación entre el listado de medicamentos esenciales de la OMS número 19 y el listado de medicamentos cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación definido mediante resolución 5592 de 2015.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2016. Análisis de prestaciones farmacéuticas cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación para expresión de cobertura por principio activo.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social-Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. 2016. Valores máximo de reconocimiento para cálculo en la prima por expuestos y grupo de medicamentos: Estudio técnico para la vigencia 2017.