



Metodología para la actualización de medicamentos y APME financiados con recursos de la UPC para la vigencia 2026

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

Noviembre de 2025



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA

Viceministro de la Protección Social

JOHN EDISON BETANCUR ROMERO

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



Dirección del proyecto

JOHN EDISON BETANCUR ROMERO

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

JULIO CÉSAR CUBILLOS ALZATE

Subdirector de Beneficios en Aseguramiento.

Equipo técnico

Luis Hernando Tocaruncho Ariza

Enrique Alejandro Robayo Duarte

Ana María Herrera Eslava

Gustavo Adolfo Morán Cortina

Sandra Milena Acevedo Pérez

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento

Siglas, acrónimos y abreviaturas

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
APME	Alimento para Propósitos Médicos Especiales
AIP	Análisis de impacto presupuestal.
ATC	Sistema de Clasificación Anatómico, Terapéutico y Químico
CDF	Combinaciones a Dosis Fijas.
CUM	Código Único de Medicamentos
CABCTCOAS	Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud.
DRBCTAS	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ETES	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
PAI	Plan Ampliado de inmunizaciones
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.

Contenido

Introducción	6
Antecedentes normativos	8
Objetivo.....	12
Revisión internacional	12
Metodología	16
Estrategias.....	18
4.1.1 Integralidad.	19
<i>Fuentes de información.</i>	20
<i>Tipo de análisis y actividades macro propuestas.</i>	20
4.1.2 Eficiencia en la prescripción.....	21
<i>Fuentes de información.</i>	23
<i>Tipo de análisis y actividades macro propuestas.</i>	24
4.1.3.a Tendencias de prescripción.	25
<i>Fuentes de información.</i>	27
<i>Tipo de análisis y actividades macro propuestas.</i>	28
4.1.3.1 Marcación de atributos.....	29
<i>Criterios "Core" (imprescindibles)</i>	30
<i>Criterios de prioridad alta</i>	30
<i>Criterios de prioridad media o baja</i>	31
4.1.3 b Tendencias de prescripción-APME.....	43
Priorización opcional.....	44
4.1.4 Escenarios de actualización.....	48
4.1.5 Acto normativo.....	48
<i>Fuentes de información.</i>	49
<i>Tipo de análisis y actividades macro propuestas.</i>	49
Referencias	51



Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- en el marco de la Ley estatutaria en salud 1751 de 2015 garantiza el derecho fundamental a la salud, en concordancia con el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 para las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las patologías a través de Servicios y Tecnologías en Salud (TS) [1]. De igual forma, la Ley 1438 de 2011 en su artículo 25 señala que el “*Plan de Beneficios en Salud*” debe actualizarse integralmente cada dos años [2], con base en:

- cambios del perfil epidemiológico,
- carga de enfermedad,
- disponibilidad de recursos y
- medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

Para cumplir estos propósitos, la financiación de dichos servicios y tecnologías en salud se encuentra 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, reconocido por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES y adicionalmente 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. Por otra parte, 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).



Este conjunto de tecnologías en salud y servicios financiados con recursos de la UPC se ha venido incrementando en cada vigencia con el fin de ampliar progresivamente este portafolio, así como facilitar la relación entre los agentes y la gestión integral de las tecnologías en salud, aplicando para esto diferentes metodologías de evaluación y estrategias de agrupamiento hacia un plan implícito.

Como consecuencia de lo anterior, la actualización y definición de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), se ha constituido como un proceso continuo, dinámico y participativo, que abarca diversas etapas o fases (identificación de tecnologías, ponderación, evaluación o análisis de las tecnologías en salud, disponibilidad en el Sistema de Salud colombiano de las TS, garantía a través del SGSSS y toma de decisión), las cuales se desarrollan en diversos momentos, y que culminan con la presentación de la propuesta de actualización a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud.

Enfocados hacia el objetivo de la migración progresiva de las Tecnologías en Salud (TS), con responsabilidad, hacia una única bolsa de financiamiento por prima y gestión de riesgo, se ha hecho necesario acudir a diversas estrategias y metodologías complementarias a la de nominación de tecnologías y la identificación de las TS a través de la matriz de priorización, ya que al analizar la carga global de enfermedad con las principales patologías de todo el abanico epidemiológico de la población del país, se encontraba que TS para algunas 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 a la financiación con recursos de la UPC, como era el caso de TS utilizadas para la prevención, tratamiento y control de enfermedades oftálmicas, enfermedades dermatológicas u otras afecciones menores.

De esta forma se realiza y planea la ampliación progresiva de las TS que deberán ser financiadas con recursos de la UPC. Este proceso se fundamenta en la atención centrada en el usuario, en la satisfacción de sus necesidades en salud, en la garantía del derecho fundamental a la salud y en una gestión clínica y técnica adecuada, que responda a

estándares de calidad definidos por los entes regulatorios y autoridades competentes.

Gracias al proceso metodológico usado para definir los presupuestos máximos desde el año 2020, se ha mejorado la información en cuanto a frecuencias de uso cotidiano, población impactada y costos de las TS, tanto en régimen contributivo como en régimen subsidiado y ha sido posible desarrollar un conjunto de estrategias en vigencias anteriores y nuevos análisis de escenarios-conjuntos, que han permitido realizar la evaluación e inclusión de un mayor número de TS desde las dimensiones técnico-científica, legal y fiscal, para su posible inclusión a la financiación con recursos de la UPC.

La presente propuesta de metodología para la actualización de TS específicamente en el componente de medicamentos y APME responde a aspectos como: 1) las necesidades en salud de la población colombiana; 2) elementos esenciales para lograr el objetivo clínico respecto de la necesidad en salud; 3) procurar la mejor utilización de los recursos, servicios y tecnologías disponibles en el país; 4) proporcionar beneficios adicionales al ampliar el arsenal terapéutico financiado con recursos de la UPC, y 5) avanzar en el cumplimiento de lo ordenado por la sentencia T-760 y a los autos de seguimiento de la Honorable Corte Constitucional [3, 4].

Antecedentes normativos

Como antecedentes normativos se citan las principales normas que permite desarrollar y aplicar la presente propuesta metodológica que respalda el desarrollo de los planteamientos realizados a la Comisión de Beneficios, Costos, Tarifas y Operación del Aseguramiento en Salud.

Resolución 2718 del 30 diciembre 2024, Artículo 4

"Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, requieren haber surtido los procesos de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), 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.” [5]

Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional

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

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

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

Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015. Artículo 15. Prestaciones de salud.

“El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación 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. (...)" [1].*

Auto 094A de 2020 Seguimiento a las órdenes Décima Séptima y Décima Octava de la Sentencia T-760 de 2008. Valoración órdenes 17 y 18 de la Honorable Corte Constitucional.

SEGUNDO. *Ordenar al Ministro de Salud y Protección Social que: (...)*

(iii) Aclare a la comunidad en general y especial a la médica, que los servicios de la salud no financiados con la UPC, es decir los no enlistados en la Resolución 3512 de 2019, y que tampoco se encuentran contemplados en la Resolución 244 de 2019, son tecnologías en salud incluidas en el plan de beneficios.

(iv) Se abstenga de utilizar las expresiones servicios PBS y no PBS, refiriéndose en el primer caso a servicios financiados por la UPC y en el segundo a tecnologías no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación.

(v) Implemente acciones necesarias tendientes a eliminar barreras en la prescripción de servicios no financiados por la UPC y que expresamente no se encuentren excluidos.

(vi) Se abstenga de considerar excluidos de financiación con recursos públicos de la salud, las tecnologías en salud contenidas en el numeral 5º del artículo 127 de la Resolución 3512 de 2019 que previamente no han sido sometidos a un proceso de exclusión o que, sometiéndose a éste, el resultado fue la no exclusión. Así mismo, deberá impartir directrices a las EPS al respecto.

(vii) Allegue dentro del mes siguiente a emitida la resolución que determine los servicios y tecnologías excluidas de financiación de recursos públicos asignados a la salud y la que actualiza las tecnologías financiadas con la UPC un informe sobre las actuaciones desplegadas que dieron lugar a la misma, en el que se detalle el procedimiento surtido en cada una de las etapas. [4].

Objetivo

Describir la metodología para identificar y priorizar las TS, específicamente los medicamentos y Alimentos con Propósitos Médicos Especiales (APME) que se abordarán en el análisis técnico y económico para ser incluidos dentro las TS sujetas a una posible inclusión en la financiación con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la vigencia año 2026.

Revisión internacional

La priorización de TS como medicamentos y APME para la actualización de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, al ser una actividad constante, debe enmarcarse en una visión integral, basada en la evidencia científica, que considere mecanismos de participación ciudadana, una base técnica y metodológica que propenda por el cumplimiento de los criterios de seguridad, efectividad y equilibrio financiero, mencionados por la ley colombiana, procurando la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles en el país, para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

La literatura sobre metodologías sistemáticas para actualizar listados de TS financiados por los sistemas de salud ha avanzado en los últimos años, pero sigue siendo escasa en el contexto de países cuya política de cobertura financia por diferentes mecanismos, en principio, todas las TS autorizadas para comercialización en el país (salvo exclusiones explícitas), como es el caso de Colombia.

En entornos donde el enfoque normativo avanza hacia una lista negativa o cobertura implícita, la actualización no consiste únicamente en sumar o eliminar TS como medicamentos o APME sino en priorizar, ordenar y gestionar estas tecnologías con criterios de impacto presupuestal y

oportunidad de política tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS), tarea para la cual existen pocas metodologías explícitas y estandarizadas aplicadas a la selección periódica de TS a escala nacional, más aún cuando fenómenos como la Pandemia Covid-19 complejizan aún más el análisis por la escasa evidencia en torno a las terapias farmacológicas más adecuadas [6].

A nivel global, estas iniciativas junto a guías sobre buenas prácticas de Evaluación de Tecnologías en Salud como los planteados por el Grupo de Trabajo Especial de la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados en Salud (ISPOR, por sus siglas en inglés) [7], proponen marcos técnicos basados en evidencia, pero subrayan desafíos operacionales como la capacidad técnica para su desarrollo, criterios de priorización explícitos, evaluación del impacto presupuestal y mecanismos institucionales de revisión periódica, sin mencionar el tiempo que se requiere para su implementación. Estas recomendaciones son útiles como referencia, pero su traducción a sistemas donde la financiación es amplia como en Colombia, no está totalmente documentada.

En el caso colombiano, donde la evolución hacia un esquema de cobertura implícita y la financiación a través de mecanismos como la Unidad de Pago por Capitación (UPC) los Presupuestos Máximos (PMáx) o el recobro/cobro, implican que todos los medicamentos y APME autorizados para comercialización en el país estén potencialmente financiados, salvo aquellos que se consideren como excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud [8] y que la financiación se concentre hacia los recursos de la UPC como prima del sistema de aseguramiento. En este sentido, la UPC financia a 2025 el 96,35% del total de Códigos Únicos de Medicamento autorizados en el país y el 100% de APME en el ámbito hospitalario.

Las publicaciones que analizan la selección y priorización de tecnologías ponen de relieve tensiones prácticas (riesgos de sostenibilidad presupuestal, efectos de la judicialización, falta de transparencia en decisiones contractuales) pero aportan relativamente poca metodología replicable para una actualización periódica, explícita y priorizada del listado de medicamentos y APME financiados con recursos de la UPC.

Esto crea una brecha entre recomendaciones técnicas internacionales y la implementación de procesos de revisión adecuados y plausibles al contexto colombiano. Por tanto, en documentos como los elaborados por expertos del Banco Mundial, el Health Benefits Package Revision Guide de la Red de Aprendizaje Conjunto para la Cobertura Universal en Salud (Joint Learning Network o JLN, por sus siglas en inglés), se reconoce que para sistemas como el de Colombia se requiere una metodología híbrida que combine: (a) criterios explícitos de priorización (salud pública, eficacia y seguridad, costo-efectividad, impacto presupuestal y equidad); (b) procesos institucionales transparentes (comités multidisciplinarios, periodización de revisiones, participación pública); y (c) herramientas empíricas robustas (ETES simplificada, análisis de impacto presupuestal y monitoreo de uso) [9].

Los expertos del banco mundial, en su revisión señalan que la evidencia internacional aporta elementos conceptuales, pero es escasa la documentación empírica sobre implementaciones completas de este tipo de metodología en países con cobertura amplia por defecto, los procesos de actualización de los paquetes de beneficios en salud son aún limitados y poco sistemáticos. Mencionan que las revisiones periódicas son escasas y la mayoría de los países carece de estructuras consolidadas para garantizar la incorporación continua de nuevas tecnologías en salud.

Incluso en aquellos contextos donde los paquetes han sido desarrollados o revisados, la implementación ha enfrentado importantes desafíos, particularmente por la insuficiente consideración de restricciones financieras, de recursos humanos y de infraestructura. El mayor desafío que enfrentan los países probablemente sea cómo personalizar el proceso de revisión sus listados de tecnologías financiadas, dado que las circunstancias específicas pueden tener un gran impacto y que no existe un único enfoque correcto.

En otro documento de 2024, la JLN [9] resume experiencias de 11 países de ingresos bajos y medianos en la revisión de paquetes de beneficios, donde destaca:

- Los encuestados identificaron la claridad de los derechos, el aumento de la equidad en el acceso, la planificación facilitada y la alineación con la carga de enfermedad como los principales

beneficios asociados con las evaluaciones de tecnologías en salud en sus entornos.

- La inclusión de múltiples intervenciones de alto costo en un contexto de recursos financieros limitados constituye uno de los principales desafíos en la implementación de paquetes de beneficios.
- Las revisiones muestran enfoques heterogéneos entre países, sin que exista hasta ahora una tipología clara y sistemática que las clasifique.
- Factores operativos como plazos extensos para la ejecución de evaluaciones, carencia de expertos especializados, escaso respaldo político y limitaciones en la disponibilidad de datos y evidencia han dificultado el desarrollo de estos procesos en la práctica.

La siguiente tabla comparativa ilustra los hallazgos en los 11 países encuestados frente a la situación de cada dimensión en Colombia.

Tabla 1. Resumen de hallazgos a nivel internacional.

Dimensión	Hallazgos en 11 países (JLN 2024)
Capacidad técnica y financiera	Recursos limitados para realizar evaluaciones sistemáticas; escasez de datos de calidad; dependencia de consultores externos.
Criterios de priorización	En muchos países no están definidos o se aplican de forma ad hoc.
Gobernanza y transparencia	Procesos poco claros; debilidades en la rendición de cuentas; limitada participación social.
Periodicidad de la revisión	Irregular: algunos países actualizan cada 2–3 años; otros lo hacen de forma reactiva (p. ej. ante crisis de gasto).
Participación de actores	Escasa inclusión de pacientes y profesionales en la toma de decisiones.
Impacto en sostenibilidad	En países sin mecanismos claros de revisión, se reportan riesgos de gasto creciente e inequidades.

Fuente: Joint Learning Network 2024 [9].

Estas experiencias resaltan la necesidad de desarrollar una metodología propia, clara, transparente y sostenible para orientar la actualización de medicamentos y APME dentro del sistema de salud colombiano, asegurando su pertinencia clínica, viabilidad económica, y revisión periódica lo que justifica el diseño e implementación que propone la presente metodología.

Metodología

El diseño de una metodología de actualización de medicamentos y APME para el sistema de salud colombiano parte del aprendizaje acumulado en experiencias a nivel nacional e internacional, pero también reconoce las particularidades del modelo de financiación de nuestro país. Iniciativas globales, como la revisión periódica de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS o el análisis de la carga de enfermedad, y el perfil epidemiológico del país se reconocen como soporte técnico del proceso.

Sin embargo, en Colombia la lógica de financiación universal de todos los medicamentos y APME con autorización de comercialización ha limitado el desarrollo de metodologías explícitas de selección y financiación, trasladando el debate en cierta forma, hacia la sostenibilidad financiera y la gestión del gasto. En este escenario, se hace necesario proponer un esquema metodológico propio que, sin desconocer los estándares internacionales, responda a la estructura institucional colombiana y permita avanzar hacia decisiones transparentes, sostenibles y alineadas con las necesidades de salud pública.

Para tal efecto se parte de algunas premisas que apoyan el proceso:

1. Medicamentos y APME con autorización vigente de comercialización en Colombia. Con esta autorización se asegura que estas TS han sido sujetas a los correspondientes procesos de la evaluación farmacológica, farmacéutica y legal (según aplique) antes de conceder el correspondiente registro sanitario o autorización de comercialización. La evaluación farmacológica, comprende el

procedimiento mediante el cual la autoridad sanitaria se forma un juicio sobre la utilidad, conveniencia y seguridad de un medicamento. La evaluación farmacológica es función privativa de la Comisión Revisora de Productos Farmacéuticos, prevista en el artículo 11 del Decreto-ley 1290 de 1994.

La evaluación farmacéutica, tiene por objeto conceptuar sobre la capacidad técnica del fabricante del proceso de fabricación y de la calidad del producto e incluye la verificación de información farmacológica del medicamento, tal como vía de administración, dosis y frecuencia de la administración, indicaciones farmacológicas y uso terapéutico, contraindicaciones, efectos secundarios y advertencias; estudios de estabilidad y período de vida útil del producto; y resultados de los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia para los productos definidos por la autoridad competente. Por otra parte, la evaluación legal comprende el estudio jurídico de la documentación que se allega por parte del interesado ante el INVIMA, para la concesión del registro y su conformidad con las normas legales que regulan dichas materias.

2. Medicamentos incluidos en normas farmacológicas del país. Estas normas farmacológicas se constituyen como el conjunto de condiciones y restricciones que establece y actualiza la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA, como requisito para considerar el uso terapéutico de un fármaco y de sus asociaciones permitidas en el país como seguro, eficaz y acorde con un balance riesgo/beneficio favorable en circunstancias de empleo racional.
3. Medicamentos y APME que reportan prescripciones dentro del sistema de salud colombiano. Aunque no es determinante en todos los casos, el reporte de uso o prescripción es un indicativo de que los medicamentos y APME objeto de análisis se encuentran siendo prescritos en la actualidad y por ello son una necesidad en mayor o menor medida que responde a las patologías de los usuarios del Sistema de Salud Colombiano.

4. En esta propuesta se tienen en cuenta las TS que a través de la aplicación de las metodologías en los años anteriores han quedado en lista de espera para su inclusión a la financiación con los recursos de la UPC; así como aquellas recomendadas en la Matriz de Priorización de los años 2019 y 2020, desarrollada por el IETS y validadas con las sociedades científicas, y en general todas las TS que se han prescrito en el sistema de salud y no se encuentran financiadas con recursos de la UPC.
5. El desarrollo metodológico incluirá también y de ser necesario, la aclaración de la financiación de medicamentos y APME correspondiente a la continuación de la migración de manera progresiva de la financiación desde presupuesto máximo a la financiación con recursos de la UPC, y aportará hacia el objetivo final de una lista de tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC hoy presentadas bajo una lista positiva y taxativa, hacia una lista taxativa de exclusiones o “lista negativa”.

Con estas observaciones se plantean las siguientes estrategias para identificar y priorizar el análisis de TS que se tendrán en cuenta para elaborar la propuesta técnica a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud (CABCTCOAS).

Estrategias

Para la identificación y priorización de medicamentos y APME, teniendo en cuenta las fuentes y características de estas TS no incluidas en la financiación con recursos de la UPC, se propone continuar y ajustar algunas de las estrategias que ya han sido desarrolladas en años anteriores, mediante las cuales ha sido posible la inclusión de un número importante de medicamentos y APME a dicha financiación. Los ajustes presentados se basan en propuestas de los actores del sistema de salud, recibidas en procesos de participación como el denominado: Mesas de trabajo UPC durante 2025.

Estas estrategias se resumen en el siguiente gráfico y se detalla a continuación cada una de ellas:



4.1.1 Integralidad.



La primera estrategia denominada “Integralidad” comprende el análisis de las salvedades que se encuentran descritas en la financiación de algunos principios activos del anexo 1 de la Resolución 2718 de 2024 y mediante los correspondientes análisis técnicos y económicos lograr la inclusión de todas las formas farmacéuticas que no se consideran financiadas con UPC por esta excepción de “salvo” para ofrecer de forma

INTEGRAL todas las formas farmacéuticas autorizadas en el país para los principios activos incluidos en la financiación con recursos de la UPC, brindando de esta forma más alternativas terapéuticas para pacientes y grupos poblacionales. En algunos casos, estas formas farmacéuticas pueden ser preparados de administración oral mediante las cuales, pacientes que tengan dificultades para la deglución de tabletas como niños y adultos mayores puedan recibir un principio activo prescrito para su patología; o tal vez otras formas farmacéuticas que permitan continuar un tratamiento farmacológico inicialmente instaurado como administración parenteral en una institución hospitalaria, y que luego el paciente pueda continuar el tratamiento con el mismo principio activo en administración oral en atención ambulatoria.

En esta estrategia pueden incluirse también formas farmacéuticas de liberación modificada del principio activo, mediante las cuales es posible aumentar la adherencia al tratamiento prescrito porque se pueden

disminuir las dosis administradas, o lograr mantener niveles de concentración plasmática más estables que ayudan al logro del objetivo terapéutico.

Fuentes de información.

- Anexo 1 de la Resolución 2718 de 2024.
- Base de datos de registros sanitarios de medicamentos y APME del INVIMA.
- Base de datos de MIPRES Suministro 9 2024.

Tipo de análisis y actividades macro propuestas.

Tal como se ha realizado en años anteriores, se propone:

- a. Identificar cada una de las salvedades asociadas a principios activos incluidos en la financiación con recursos de la UPC, que definen como no financiadas con esta prima ciertas formas farmacéuticas.
- b. Caracterización de las formas farmacéuticas asociadas a cada salvo, según la oferta farmacéutica nacional, desde la Base de datos de registros sanitarios de medicamentos del INVIMA.
- c. Estimación del impacto presupuestal.

La estimación o Análisis del Impacto Presupuestal (AIP), Se define¹ como *un componente de la evaluación de tecnologías en salud, que aporta información al tomador de decisiones, sobre el efecto en el presupuesto agregado (ya sea del sistema de salud en general, el asegurador, el prestador o el usuario) de la adquisición y uso de una determinada tecnología en salud. Mediante el Análisis de Impacto Presupuestal, se estiman las consecuencias financieras de la adopción de una tecnología en salud en el contexto específico de un determinado sistema de salud.*

¹ Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Manual para la elaboración de análisis de impacto presupuestal. Bogotá D.C.: IETS; 2014.

Un AIP es una herramienta que además de brindar información para la toma de la decisión, contribuye a planificación de recursos.”

La propuesta de estimación del impacto presupuestal mediante esta estrategia se fundamenta en la cantidad de intervenciones a evaluar, la experiencia en estas estimaciones de años anteriores y porque sus alternativas en la mayoría de los casos son el mismo principio activo bajo otra forma farmacéutica. No se incluye el detalle de realización de un AIP ya que existe una metodología pública en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/manual-metodologico-analisis-impacto-presupuestal.pdf>

Esta estimación del Impacto presupuestal podrá ser realizada a nivel interno o solicitar su desarrollo al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

4.1.2 Eficiencia en la prescripción.



Esta segunda estrategia se realiza al igual que en años anteriores, un análisis técnico y económico de los reportes recibidos mediante la aplicación del artículo de la resolución que define la financiación con recursos de la UPC, relacionado con el *reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC*. Para esta estrategia se analizaron los reportes recibidos de las EPS, correspondientes al artículo 110 de la Resolución 2366 de 2023 vigente para las prestaciones farmacéuticas prescritas en 2024.

La resolución 2366 de 2023 describe los criterios de financiación para medicamentos en el artículo 34 y de forma explícita en el listado general en el anexo 1 que se consideraron financiados con recursos de la UPC durante el año 2024.

Esta resolución a su vez, establecía un mecanismo ya descrito en años anteriores mediante el cual se cubren tecnologías no incluidas explícitamente en los listados de tecnologías mencionados anteriormente y se describe en su artículo 110 de la siguiente forma:

“Artículo 110. Reconocimiento de tecnologías en salud no contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. En el evento en que se prescriban tecnologías en salud que sean alternativas a las financiadas con recursos de la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de lo descrito en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, dichas tecnologías serán financiadas con recursos de la UPC, así no se encuentren explícitamente descritas en los anexos a que refiere el artículo 5 del presente acto administrativo, 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.

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, 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, entre otras.

Parágrafo 2. La información correspondiente a la financiación de las tecnologías no contenidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC a que refiere el presente artículo, se deberá reportar conforme a lo dispuesto en los artículos 7 y 131 de esta resolución y surtirá los mismos procesos que las tecnologías financiadas con recursos de la UPC. (...)” Ministerio de salud y Protección Social (2023)

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. 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 siempre y cuando se cumpla lo descrito en dicho artículo.

Esta estrategia de prescripción y dispensación es una clara evidencia de la eficiencia en la práctica médica que puede alcanzarse en el país y de las tecnologías alternativas que pueden demandar tanto prescriptores como afiliados, y mediante el análisis de información recibida se han logrado realizar aclaraciones de financiación en años anteriores, siendo la última la que permitió declarar financiado explícitamente para 2021 al etonogestrel en implante subdérmico.

Fuentes de información.

- Base de datos desde “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 2026” periodo de estudio 2024; para el Registro tipo 6 – Registro de detalle Artículo 110 Resolución 2366 de 2023 - Reconocimiento de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para régimen Contributivo y Subsidiado. Esta fuente en adelante se denominará REPORTE TIPO 6.
- Anexo 1 de la Resolución 2718 de 2024. Anexo 1 de la Resolución 2366 de 2023.
- Clasificación Anatómica Terapéutica y Química (ATC) de la Organización Mundial de la Salud. Consulta en línea: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
- Base de datos de registros sanitarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA. Archivo.xls y consulta en línea en: http://consultaregistro.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp
- Base de datos del Sistema de Información de Precios de Medicamentos SISMED 2024. Extracción de data realizada con minería de datos desde IBM SPSS modeler 18.5

Tipo de análisis y actividades macro propuestas.

- a. Caracterización de la base de datos REPORTE TIPO 6. Comprende la definición de otras variables necesarias para el análisis y que se extraen con base en la información del Código Único de Medicamento-CUM que reportan las EPS. Se incluyen datos de principio activo, concentración, forma farmacéutica, indicaciones autorizadas en el registro sanitario, código y clasificación ATC para cada CUM. Esta información se cruza y extrae desde la Base de datos de registros sanitarios de medicamentos del INVIMA y se asigna la correspondiente financiación para la vigencia analizada según el Anexo 1 de la Resolución 2366 de 2023. También se eliminan medicamentos a 2025 que ya migraron a la financiación con recursos de la UPC.
- b. Verificación de cumplimiento de criterios para la aplicación del artículo. Mediante las mallas de validación propias del proceso de suficiencia de la UPC es posible que se validen a priori el cumplimiento de los criterios de financiación (el medicamento reportado como dispensado no debe ser financiado por UPC y el medicamento al que reemplaza si debe serlo) y la proporcionalidad en cuanto a valores per cápita del medicamento No UPC prescrito frente al medicamento al que reemplaza y que es financiado explícitamente con recursos de la UPC, sin embargo se realiza una revisión adicional para asegurar que el valor teórico (del medicamento UPC) y el valor de la dispensación (Medicamento No UPC) reportado guarde congruencia con los valores del mercado farmacéutico colombiano según las cantidades dispensadas. Mediante el análisis de la clasificación ATC, principio activo, concentración, forma farmacéutica e indicaciones autorizadas del medicamento No UPC prescrito y el medicamento financiado con UPC al que reemplaza, es posible conceptuar sobre la coherencia que tiene la prescripción, es decir, asegurar que por ejemplo se prescribe y dispensó con cargo a los recursos de la UPC un medicamento No UPC con indicación de cáncer de mama y se comparó contra un medicamento que tiene la misma indicación y es financiado explícitamente con recursos de la UPC. Los medicamentos que cumplan este criterio continúan el análisis.

- c. Analizar cantidades reportadas en la base de datos REPORTE TIPO 6 frente a la distribución de ventas de cada medicamento en la misma vigencia con la base de datos SISMED, transacciones primarias institucionales con transacción de operación venta para laboratorios que elaboran o importan TPI-TOV-LAB-ELAB O IMPORTA. En los casos en que se considere necesario al no encontrar información en los anteriores canales, se utilizará transacciones primarias institucionales con transacción de operación venta para mayoristas que elaboran o importan TPI-TOV-MAY-ELAB O IMPORTA. De esta forma se obtiene una comparación de las cantidades vendidas en el país, frente a las dispensadas con recursos de la UPC para los medicamentos No UPC en los que se aplicó el artículo 110. Con este comparativo es posible definir si el comportamiento del medicamento no UPC reportado y dispensado bajo el artículo 110 de la Resolución 2366 de 2023 puede ser reproducible en todo el país y de esta forma se haría necesario realizar la aclaración de financiación explícita para 2026.
- d. En el análisis económico se concluirá el impacto de la inclusión explícita, siendo un impacto cero (o no significativo) cuando el medicamento que ingresa a la financiación reemplaza en proporciones equivalentes al que ya viene siendo financiado con UPC.

4.1.3.a Tendencias de prescripción.



La estrategia denominada tendencias de prescripción se ha aplicado en vigencias anteriores y pretende identificar aquellos medicamentos extraordinarios no explícitos dentro de la financiación con recursos de la UPC, y cuantificar el impacto que tendrían los grupos relevantes (GR)² y medicamentos que los componen, que pueden ser objeto de migración desde la financiación con presupuestos máximos

² Resolución 586 de 2021. “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

hacia la financiación con recursos de la UPC. Se denomina tendencias de prescripción ya que traduce la prescripción médica fuera de la financiación con recursos de la UPC y en cierto grado brinda un panorama de la prescripción de estas tecnologías y su necesidad de migración a esta fuente de financiación, influenciada bien puede ser por innovación tecnológica, por tecnologías UPC ventajosamente sustituidas, o por posibles vacíos terapéuticos en el listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC. Este análisis tiene en cuenta también Combinaciones a Dosis Fijas de principios activos, es decir medicamentos que contienen dos o más principios activos en concentraciones específicas, en donde para algunos de ellos se obtienen sinergias de potenciación en el efecto farmacológico que tendría cada principio activo por separado, logrando beneficios en la terapia farmacológica; financiados condicionalmente con recursos de la UPC al cumplimiento del artículo 33 de la **Resolución 2718 de 2024** y otros medicamentos con financiación condicionada bien sea por uso o por cumplimiento de otros criterios de financiación implícita, descritos en el articulado de la misma resolución.

Se utiliza la base de datos de suministro MIPRES, para visibilizar los medicamentos no financiados con cargo a los recursos de la UPC. Utilizar como fuente de análisis la totalidad de medicamentos que aparecen como dispensados durante 2024 y que fueron prescritos a través de la herramienta tecnológica MIPRES, asegura que se tengan en cuenta las necesidades farmacológicas no financiadas aún con los recursos de la UPC.

Con el fin de fortalecer la objetividad y transparencia en la identificación de los atributos que definen el valor de los medicamentos objeto de análisis para su posible inclusión en la financiación con recursos de la UPC, se adapta una estructura basada en los marcos de valor propuestos para América Latina [10]. Dicha estructura permite ordenar los atributos según su nivel de prioridad y aplicabilidad, integrando tanto dimensiones técnicas de la Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES) como consideraciones sociales, éticas y económicas relevantes al contexto colombiano.



En concordancia con esta propuesta, se definen los atributos de valoración y su agrupación en la sección 4.1.3.1 Marcación de atributos

Fuentes de información.

- Base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, de la vigencia 2024 con reporte de datos hasta marzo de 2025. De esta forma se cuenta con la mayor completitud de prestaciones suministradas en 2024.
- Anexo 1 de la Resolución 2718 de 2024.
- Clasificación Anatómica Terapéutica y Química de la Organización Mundial de la Salud. Consulta en línea: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
- Base de datos de registros sanitarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA. Archivo.xls y consulta en línea en: http://consultaregistro.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/cosreg_encabcum.jsp
- Base de datos del Sistema de Información de Precios de Medicamentos SISMED 2024. Extracción de data realizada con minería de datos desde IBM SPSS modeler 18.3
- Matriz horizonte de medicamentos según nominaciones para inclusión realizadas hasta 2020.
- Guías de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica. Minsalud.
- Listado de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud. WHO (2023) Lista de medicamentos con Uso No Incluido en el Registro Sanitario (UNIRS) autorizados por el INVIMA. Última actualización a la fecha de análisis y desarrollo de la estrategia.
- Base de datos con marcación de enfermedades huérfanas desarrollada por la DRBCTAS. Última actualización a la fecha de análisis y desarrollo de la estrategia.
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Listado de Medicamentos Vitales No Disponibles (INVIMA). Última actualización a la fecha de análisis y desarrollo de la estrategia.

- Listado de importaciones de Medicamentos bajo autorización del INVIMA como Vitales No Disponibles. Última actualización a la fecha de análisis y desarrollo de la estrategia.
- Listado de medicamentos nuevos que ingresan al país desarrollado por la SBA. Última actualización a la fecha de análisis y desarrollo de la estrategia.

Tipo de análisis y actividades macro propuestas.

- Caracterizar la base MIPRES 2024. Comprende la definición de otras variables necesarias para el análisis y que se extraen con base en la información del Código Único de Medicamento-CUM que se encuentra en esta base de datos. Se incluyen datos de principio activo, concentración, forma farmacéutica, indicaciones autorizadas en el registro sanitario, código y clasificación ATC para cada CUM. Esta información se cruza y extrae desde la base de datos de registros sanitarios de medicamentos, MVND o de medicamentos importados bajo la modalidad de MVND, del INVIMA y se asigna la correspondiente financiación para la vigencia analizada según el Anexo 1 de la Resolución 2718 de 2024. También se eliminan medicamentos que en la vigencia 2024 ingresaron a la financiación con recursos de la UPC.
- Realizar un cruce de información frente a las fuentes de datos y atributos bajo las cuales se puede obtener una recomendación de migración a la financiación con recursos de la UPC o mantener su financiación con recursos de presupuestos máximos de la forma en que se expone en la sección MARCACIÓN DE ATRIBUTOS.
- Por último, la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud Realiza la estimación del impacto en la Unidad de Pago por Capitación, para los GR o medicamentos que se definan como propuestos para la migración a la financiación con recursos de la UPC. Para esta estimación pueden incluir ponderadores y ajustadores basados en las tendencias o “*trending*” de frecuencias que se aplica para medicamentos financiados con recursos de la UPC y que permite refinar el cálculo y tener en cuenta las posibles variaciones que se presenten en distribuciones y severidad de los

medicamentos. La metodología de cálculo utilizada para esta estimación se encuentra disponible en los diferentes documentos para el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado que se realiza todas las vigencias y que se encuentra disponible en la página web de Minsalud.

4.1.3.1 Marcación de atributos

De acuerdo con Pichon-Riviere et al. [10], el desarrollo de marcos de valor en América Latina responde a la necesidad de hacer más explícito e inclusivo el proceso de evaluación de tecnologías en salud, superando los enfoques centrados exclusivamente en la eficacia o en los costos. En estos marcos, el valor de una tecnología se concibe como una construcción multidimensional, derivada de la combinación deliberativa de criterios clínicos, económicos y sociales, cuya ponderación debe adaptarse al contexto de cada país.

El Foro Latinoamericano de Evaluación de Tecnologías en Salud (HTAi 2018) identificó un conjunto de criterios imprescindibles o “core” que pueden incorporarse en las valoraciones de tecnologías en salud: efectividad clínica, seguridad, calidad de la evidencia, carga y severidad de la enfermedad, costo-efectividad e impacto presupuestal.

A su vez, reconoció la importancia de incorporar criterios complementarios de prioridad alta, como las preferencias de los pacientes, la accesibilidad, los costos directos para las familias, la equidad y los efectos poblacionales en salud pública, así como criterios de prioridad media o baja asociados a innovación o costos sociales más amplios.

Este enfoque jerarquizado permite operacionalizar la marcación de atributos de cada medicamento dentro de un marco estructurado de análisis del valor, garantizando coherencia entre las dimensiones técnicas de la evaluación (efectividad, seguridad, costo-efectividad) y las dimensiones sociales (equidad, accesibilidad y participación), lo que a su



vez fortalece la transparencia, legitimidad y sostenibilidad del proceso de priorización para la financiación con recursos de la UPC.

Esta propuesta metodológica alinea los atributos de los medicamentos en los 3 niveles, de la siguiente manera:

Criterios "Core" (imprescindibles)

Corresponden a dimensiones técnicas y de impacto económico-epidemiológico directamente asociadas a efectividad, seguridad, calidad de evidencia, carga de enfermedad y sostenibilidad financiera.

- Matriz Horizonte – carga de enfermedad y perfil epidemiológico.
- Indicaciones relacionadas con las 10 principales patologías de morbi-mortalidad. carga y severidad.
- Indicaciones relacionadas con cáncer – carga y severidad.
- Listado de Medicamentos Esenciales Recomendado por la OMS– seguridad y evidencia acumulada.
- Disponibilidad de recursos, Impacto presupuestal y suficiencia UPC – eficiencia en uso de recursos y explícito en la decisión final de migración

Estos atributos miden la relevancia clínica y económica del medicamento, su contribución a resultados en salud y la factibilidad de financiarlo sosteniblemente, en coherencia con los criterios "core" que

Proponen para el desarrollo de marcos de valor en América Latina.

Criterios de prioridad alta

Incluyen dimensiones complementarias que, aunque no son estrictamente clínicas o financieras, afectan la equidad, accesibilidad y beneficio social del medicamento.

- Pertinencia por Salud pública – impacto sobre salud pública y equidad.
- Guías de Práctica Clínica con concepto a favor– impacto sobre salud pública y equidad.
- Informes de posicionamiento Terapéutico
- Medicamentos con indicación dual: Enfermedad huérfana y otras patologías. Ya que no se han tenido en cuenta en la financiación con UPC por ese componente de dualidad de indicaciones. Se enmarca en accesibilidad y disponibilidad de tratamientos
- Preferencias de pacientes respecto a la tecnología. Este atributo tiene 2 momentos:
 - En primer lugar se han modificado e incluido más atributos para el proceso de actualización 2026, teniendo en cuenta las sugerencias de las asociaciones de usuarios, planteadas durante las mesas trabajo de UPC 2025.
 - En segundo lugar, las preferencias de pacientes son implícitas y relacionadas con la prescripción y suministro real de medicamentos, y por tal razón se utiliza una base de suministro como MIPRES, sin hacer distinción en medicamentos innovadores, combinaciones a Dosis Fijas, formulaciones de liberación modificada, costos, etc.; sino centrándose en todo lo que recibieron los pacientes.
- Top de patologías de alta carga de enfermedad. Por equidad de acceso.
- Enfermedades huérfanas. Atributo de eficiencia y equidad especial, cuya inclusión depende de estrategias paralelas.

Estos se ubican en la segunda capa del marco latinoamericano porque extienden el análisis desde la eficacia individual al impacto poblacional y distributivo, es decir, a la justicia sanitaria y la oportunidad de acceso.

Criterios de prioridad media o baja

Se refieren a factores deseables, pero no determinantes iniciales para decidir migración; usualmente orientan decisiones complementarias o de

gestión.

- Medicamentos vitales no disponibles (MVND) e importados como MVND – disponibilidad externa y condiciones del mercado.
- Posible Baja Utilidad Terapéutica (BUT) – como un atributo de reevaluación y optimización del gasto.
- Medicamentos en proceso PTC de exclusiones o con indicaciones UNIRS – incertidumbre regulatoria y de evidencia (criterios de precaución).
- Medicamentos con Usos No Indicados en Registro Sanitario – UNIRS.

Estos atributos corresponden a los criterios de innovación, costo de la tecnología y consideraciones contextuales o regulatorias.

Tabla 2. Resumen de atributos y nivel del marco de valor para propuesta de actualización de servicios y tecnologías en salud con cargo a la UPC en 2026.

Nivel del marco de valor	Atributos de la propuesta 2026	Dimensión predominante
Core (imprescindibles)	Matriz Horizonte, Top carga de enfermedad, Indicaciones relacionadas con cáncer, Listado de Medicamentos Esenciales Recomendado por la OMS, Disponibilidad de recursos	Efectividad, seguridad, evidencia, carga, sostenibilidad
Alta prioridad	Pertinencia por Salud pública, Guías de Práctica Clínica con concepto a favor, Informes de posicionamiento Terapéutico, Medicamentos con indicación dual (EH y otras), Preferencias de pacientes respecto a la tecnología, Top de patologías de alta carga de enfermedad. Por equidad de acceso. Indicación en Enfermedades huérfanas	Equidad, accesibilidad, salud poblacional
Media/baja prioridad	Medicamentos Vitales No Disponibles (MVND) e importados como MVND, indicaciones en enfermedades huérfanas, baja utilidad terapéutica, UNIRS, PTC exclusiones	Innovación, regulación, contexto de mercado

Fuente: Adaptación propia a partir de Pichón-Riviere et al [10]

Los atributos propuestos se dividirán en dos categorías, los primeros atributos se consideran una “recomendación a favor” para la migración de un medicamento desde la financiación con presupuestos máximos hacia

la financiación con la UPC, ya que evidencian ciertas cualidades o condiciones de los medicamentos o las patologías a las cuales están destinados, bajo las cuales la migración a financiación con recursos de la UPC es la mejor alternativa para usuarios, actores del sistema y sostenibilidad del mismo.

Los demás atributos son recomendaciones a favor para mantener la financiación con presupuestos máximos, bien sea porque identifican y exhiben condiciones que no hacen viable la migración o porque manifiestan situaciones en las que la financiación bajo este mecanismo ofrece más beneficios que migrar a UPC.

Cada uno de los criterios se relaciona con los criterios descritos en la Ley 1438 de 2011 y se indican a continuación:

- cambios del perfil epidemiológico,
- carga de enfermedad,
- disponibilidad de recursos y
- medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

Adicionalmente se aplican marcaciones enfocadas en la eficiencia y disponibilidad de recursos, como la denominada “duplicidad de estrategias”. Bajo esta marcación se identifican aquellos medicamentos que ya han sido incluidos en otras estrategias de actualización descritas en la presente propuesta metodológica, con el fin de verificar cuál es la estrategia que permita desarrollar el análisis de migración de la mejor forma y no crear duplicidades en la estimación presupuestal y la utilización de recursos.

Recomendaciones a favor de continuar análisis:

1. Matriz horizonte. Criterio: carga de enfermedad y perfil epidemiológico. Durante los años 2019 y 2020 se analizó el listado TS nominadas por actores del Sistema de Salud para una posible inclusión en la financiación con recursos de la UPC, en conjunto con el IETS y algunas sociedades científicas con el fin de identificar y priorizar TS que generan gran carga de enfermedad en la población

colombiana. De esta forma se obtuvo un listado con medicamentos priorizados y recomendados técnicamente para inclusión en la financiación con recursos de la UPC. Este listado se depuró con las TS que ingresaron a la financiación con recursos de la UPC hasta 2025 y con las tecnologías restantes se procederá a marcar los grupos relevantes de la base MIPRES 2024 que se relacionen con ellas.

2. Indicaciones relacionadas con el Top de carga de enfermedad. Criterio: carga de enfermedad y perfil epidemiológico. Se revisarán todas las indicaciones de los medicamentos que conforman los GR de la base MIPRES 2024, y se marcarán aquellos que presentan una indicación relacionada con el tratamiento de las 10 principales patologías de morbi-mortalidad en Colombia, incluyendo adicionalmente al cáncer en cualquiera de sus tipos: Cáncer de cuello uterino, Cáncer de estómago, Cáncer de hígado, Cáncer óseo, 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.

La inclusión de indicaciones relacionadas con cáncer se realiza sólo en caso de que no aparezca en las 10 patologías seleccionadas, ya que el Global Burden Disease y los estudios de carga de enfermedad en ocasiones desagregan el cáncer por localización anatómica o tipo histológico, y cada uno, por separado, no siempre alcanza los primeros lugares, aunque sumados representan una carga considerable para el sistema de salud. Adicionalmente, algunos tipos de cáncer tienen alta mortalidad con curso clínico corto, por lo que su contribución en AVAD puede ser inferior a la de enfermedades crónicas discapacitantes, es decir, que el cáncer aporta muchos AVP (Años de Vida Perdidos), pero menos AVD (discapacidad) en comparación con enfermedades de larga duración no mortales.

De esta forma los criterios de años anteriores, relacionados con la marcación de medicamentos para cáncer y VIH, se rempazan por este criterio y se aumenta su aplicación.



Este enfoque da continuidad a los criterios utilizados en años anteriores para la marcación de medicamentos, fortaleciendo la priorización basada en evidencia epidemiológica, carga de enfermedad y necesidades reales de la población. Todo ello en línea con las prioridades establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, que orienta la toma de decisiones hacia un sistema de salud más equitativo, eficiente y centrado en el usuario.

Dentro de las fuentes contempladas para la identificación de las 10 patologías, se mencionan:

- Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031
- Estadísticas vitales del DANE
- Indicadores Básicos de Salud
- Boletines epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud
- Observatorio Nacional de Salud
- Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)
- Global Burden of Disease (GBD) del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- Cualquier otra fuente que se considere necesaria.

3. Listado de Medicamentos Esenciales (LME) de la OMS. Criterio: carga de enfermedad y perfil epidemiológico. Se marcarán los medicamentos en sus GR que correspondan 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)*”, y que no han sido incluidos en la financiación con recursos de la UPC. 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) más eficaces, seguros y eficientes para las condiciones prioritarias según la OMS. Las condiciones prioritarias son seleccionadas por la OMS sobre la base de la relevancia para la salud pública actual, la estimada en el futuro, y el potencial para un tratamiento seguro y eficiente.

4. Guías de Práctica Clínica (GPC). Criterio: carga de enfermedad, perfil epidemiológico y disponibilidad de recursos. Se marcan aquellos medicamentos que se encuentran incluidos en las GPC publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Contar con este tipo de documentos basados en evidencia aumenta la eficiencia en el uso de recursos del Sistema de Salud, tanto a nivel clínico escogiendo las terapias farmacológicas más apropiadas para cada patología, como a nivel de sostenibilidad ya que tiene estos documentos tienen en cuenta principios de eficiencia y recomendaciones a favor.
5. Informes de Posicionamiento Terapéutico. Se marcan aquellos medicamentos que se encuentran incluidos en los IPT publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Contar con este tipo de documentos basados en evidencia aumenta la eficiencia en el uso de recursos del Sistema de Salud.
6. Pertinencia por Salud Pública. Criterio: Carga de enfermedad y perfil epidemiológico. Se marcarán aquellos GR que contienen medicamentos relacionados con el tratamiento de enfermedades de interés especial en salud pública según lo dispuesto en el anexo 4 de la Resolución 2718 de 2024 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:
 - a) El análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC continúa cuando la tecnología en salud:
 - i. No tiene indicaciones para enfermedades de interés especial en salud pública o en el PAI.
 - ii. Tiene indicación en una o varias enfermedades de interés especial en salud pública o PAI con indicaciones adicionales en otras patologías. En este caso la propuesta de financiación con recursos de la UPC se establecerá como financiación condicionada para el tratamiento de aquellas patologías diferentes a enfermedades de interés especial en salud pública o PAI.

- b) El análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC no continúa y se mantiene su financiación bajo presupuestos máximos cuando la tecnología en salud:
- i. Tiene indicación en una o varias enfermedades de interés especial en salud pública o en el PAI, sin indicaciones adicionales en otras patologías. En esta marcación se incluirán también Combinaciones a Dosis Fijas (CDF) de principios activos del anexo 4 de la Resolución 2718 de 2024 utilizados dentro del Plan Ampliado de inmunización (PAI) en salud pública.
 - ii. Tiene indicación en una o varias enfermedades de interés especial en salud pública o en el PAI, con indicaciones adicionales en otras patologías, pero son CDF de principios activos del anexo 4 de la Resolución 2718 de 2024 junto a principios activos de otras secciones del anexo 1.
 - iii. Hacen parte de los medicamentos de compra centralizada para programas especiales en salud pública, realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Otros atributos informativos:

- a) Completitud de opciones terapéuticas. Consiste en indicar si la financiación con recursos de la UPC, con corte al análisis incluye o no, otras terapias farmacológicas para la misma indicación del medicamento que se analiza para su posible migración. Este criterio puede recomendar la migración a la financiación con recursos de la UPC o mantener en presupuesto máximo, según el enfoque que se utilice. Por ejemplo, si se busca disponer de todas las posibles opciones farmacológicas autorizadas en Colombia en la misma fuente de financiación, la recomendación será a favor de la migración a UPC, sin embargo, si el medicamento bajo análisis ya cuenta con otras opciones financiadas con la UPC para la misma patología, y hay incertidumbre sobre su efectividad o seguridad, debido a un reciente ingreso al mercado, posiblemente la recomendación sea mantenerlo en la financiación con presupuesto máximo. El enfoque de aplicación inicialmente será la migración hacia UPC.

- b) Madurez del ciclo de vida del medicamento. Criterio: Disponibilidad de recursos. En este criterio se marca los años desde el ingreso del medicamento al mercado colombiano. Este criterio se utiliza conjuntamente para desarrollar el numeral 5 y permite generar un panorama de las innovaciones farmacéuticas en el mercado.

Por otra parte, identificar los años en el mercado permite analizar en los casos que se requiera, las causas por las que existe incertidumbre acerca del perfil de seguridad y efectividad de un medicamento, y la necesidad de estudios que incorporen de ser necesario, evidencia del mundo real (Real World Evidence -RWE) y seguimientos de farmacovigilancia, en relación a efectos adversos raros o de largo plazo, fallos terapéuticos o diferencias en subgrupos poblacionales.

- c) Innovadores y genéricos o bioterapéuticos similares. En este criterio se marca si el medicamento es un innovador sin competencia de genéricos o bioterapéuticos similares, según aplique, a la fecha o si por el contrario los posee. De esta forma, se pueden analizar si son más probables las estrategias de negociación, y la toma de decisiones más informadas, eficientes y sostenibles sobre su financiación, precio, uso clínico y disponibilidad en el sistema de salud, favoreciendo el acceso equitativo y el uso racional de los recursos públicos.

Recomendaciones a favor de mantener la financiación en presupuestos máximos:

1. Medicamentos incluidos en PTC de exclusiones. Criterio: disponibilidad de recursos. Se marcarán aquellos GR que contienen medicamentos que se encuentran en discusión 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 y se

decida si se financian o no con recursos públicos destinados a la salud.

2. Indicaciones UNIRS. Criterio: disponibilidad de recursos. Bajo este atributo se marcarán 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. Los medicamentos que se consideran incluidos bajo este atributo se continuarán financiando con recursos de los presupuestos máximos.

La marcación se realiza de la siguiente forma:

- a) El análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC continúa cuando la tecnología en salud:
 - i. No tiene indicación UNIRS.
 - ii. Tiene indicación UNIRS e indicaciones en otras patologías y ha sido recomendada en la matriz horizonte, haciendo la salvedad de que sólo las indicaciones incluidas en su correspondiente registro sanitario autorizado por el INVIMA serían las incluidas en la propuesta de migración a la financiación con recursos de la UPC y aquellas indicaciones UNIRS seguirán siendo financiadas con recursos de los Presupuestos Máximos.
- b) El análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC no continúa y se mantiene su financiación bajo presupuestos máximos cuando la tecnología en salud:
 - i. Tiene indicación UNIRS y no cumple los criterios del literal a), es decir que sólo tiene indicaciones UNIRS porque sus otras indicaciones son UPC.
 - ii. Tiene una indicación UNIRS pero la misma fue retirada porque ya se incluyó en el registro sanitario y ya hacen parte de la financiación con recursos de la UPC.

El motivo de recomendar que se mantenga en la financiación con presupuesto máximo, se debe principalmente a la incertidumbre en torno a los usos clasificados como UNIRS, ya que en el caso en que

se llegue a autorizar otro uso durante la vigencia de aplicación de la financiación, las estimaciones de impacto para calcular la UPC se realizaron y se han destinado recursos de UPC sin tener en cuenta ese nuevo uso, los costos y poblaciones relacionados, por tanto se podría generar una insuficiencia de la prima.

3. Indicación en enfermedades huérfanas. Criterio: Eficiencia en el uso de recursos. 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) El análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC continúa cuando la tecnología en salud:
 - i. No tiene relación con enfermedades huérfanas.
 - ii. Tiene indicación en una o varias enfermedades huérfanas e indicaciones diferentes a enfermedades huérfanas.
 - b) El análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC no continúa y se mantiene su financiación bajo presupuestos máximos cuando la tecnología en salud:
 - i. Tiene indicación en una o varias enfermedades huérfanas sin indicaciones diferentes a enfermedades huérfanas.
4. Indicación dual (EH y otras). Se complementa el análisis de indicaciones en enfermedades huérfanas, identificando el uso en las otras indicaciones diferentes a enfermedades huérfanas y la propuesta de financiación con recursos de la UPC puede incluir la financiación condicionada al uso en patologías diferentes a huérfanas.
5. Posible Baja Utilidad Terapéutica. Criterio: Eficiencia en el uso de recursos. Bajo este atributo se marcan aquellos GR que luego de una referenciación internacional realizada en 2024 se identificaron

como medicamentos que se han clasificado en otros países como de Baja Utilidad Terapéutica (BUT) y en tal sentido, la indicación no aporta un alto impacto dentro del sistema de salud; por tanto, hasta no evaluar específicamente su utilidad intrínseca por los criterios actuales de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, no es posible proponerlos como exclusión, continuarían siendo financiados, pero se recomendaría evaluar una fuente de financiación diferente a los recursos de los presupuestos máximos.

Otra posibilidad para estos medicamentos es incluirlos en los conceptos de la Junta de Profesionales de la Salud previo a su autorización vía MIPRES. Ejemplos de indicaciones que permiten catalogar medicamentos en este grupo de posible Baja Utilidad Terapéutica son: coadyuvantes 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, suplementos multivitamínicos, antiácidos indicados en aquellas situaciones de llenura e indigestión transitoria, que se presentan después del consumo de alimentos o bebidas en exceso, entre otros. Es de resaltar que, los 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 de dichos países.

6. Medicamento Vital No Disponible (MVND). Criterio: Eficiencia en el uso de recursos. Bajo este atributo se marcarán aquellos GR que contienen medicamentos clasificados como Medicamento Vital No Disponible en el listado oficial que publica el INVIMA³, 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

³ Disponible en:

<https://www.invima.gov.co/documents/20143/1247252/Listado+de+Medicamentos+Vitales+no+Disponibles++Septiembre.pdf>

del mercado y a las necesidades y expectativas del sistema de salud. La marcación se realiza de la siguiente forma:

- a) El análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC continúa cuando la tecnología en salud:
 - i. No se encuentra incluida en el listado de MVND definido y publicado por el INVIMA.
 - ii. Se encuentra en el listado de MVND pero su inclusión se debe a un desabastecimiento temporal o definitivo y además, tiene registros sanitarios vigentes en Colombia.
 - b) El análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC no continúa y se mantiene su financiación bajo presupuestos máximos cuando la tecnología en salud:
 - i. Se encuentra incluida en el listado de MVND definido y publicado por el INVIMA, pero no cumple los criterios del literal a).
7. Importado como MVND. Criterio: Eficiencia en el uso de recursos. 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 INVIMA⁴, dicha institución en su revisión los ha clasificado como tal y ha permitido su importación. Para estos medicamentos, al igual que aquellos descritos en el numeral 6, se propone mantener su financiación 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. La marcación se realiza de la siguiente forma:
- a) El análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC continúa cuando la tecnología en salud:

⁴ Disponible en: https://www.invima.gov.co/sites/default/files/medicamentos-productos-biologicos/Vitales%20no%20disponibles/Establecimientos/2025/listado_de_medicamentos_vitales_no_disponibles_julio_2025.pdf

- i. No se encuentra incluida en el listado de importados como MVND.
 - ii. 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.
 - iii. Se encuentra en el listado de importados como MVND, pero su importación se presentó por un desabastecimiento temporal y tiene registros sanitarios vigentes en Colombia.
- b) El análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC no continúa y se mantiene su financiación bajo presupuestos máximos cuando la tecnología en salud:
- i. Se encuentra incluida en el listado de importados como MVND definido y publicado por el INVIMA, pero no cumple los criterios del literal a).

Una vez realizadas las diferentes marcaciones de atributos para cada grupo relevante de medicamentos, se establecen escenarios de posible migración con el total de tecnologías que cumplan los criterios de migración a la financiación con recursos de la UPC.

4.1.3 b Tendencias de prescripción-APME



Adicionalmente se desarrollará un análisis del comportamiento de los Alimentos con Propósitos Médicos Especiales, prescritos y dispensados mediante la herramienta tecnológica MIPRES, que a la fecha se encuentran financiados con presupuestos máximos. El análisis identificará las tendencias de prescripción y consumo, georreferenciación, grupos etarios, valores, entre otros, que permitan analizar si es posible y pertinente su migración a la financiación con recursos de la UPC como ya ocurre para estos productos en su uso en el ámbito hospitalario, o si por el contrario, es necesario mantenerlos en la financiación con presupuesto máximo y proponer

herramientas adicionales que permitan avanzar en su posible migración posterior.

Priorización opcional.

Teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos y con el ánimo de facilitar la toma de decisiones informada y basada en la evidencia, se plantea la utilización de un modelo de priorización con ponderadores para los medicamentos y APME sujetos a análisis mediante la estrategia de tendencias de prescripción y que cumplan los criterios de recomendación de migración a la financiación con recursos de la UPC, asignando un puntaje que permita el ordenamiento de estos medicamentos y APME según la ponderación de algunas de sus características y sólo a partir del escenario resultado de la aplicación de los atributos. Esta priorización se propone, ya que mediante esta estrategia se analiza el mayor número de medicamentos y APME para migración a la financiación con recursos de la UPC y supone un importante esfuerzo presupuestal.

Este modelo se basa en realizar un ordenamiento a partir de la estimación de un puntaje, mediante cuatro criterios y sus correspondientes ponderadores. Estos ponderadores fueron definidos por el grupo técnico de profesionales de la DRBCTAS, mediante un ejercicio de consenso técnico, en el que los participantes otorgaron pesos relativos a cuatro variables, a través de un proceso de votación individual.

Definición operacional de la priorización con ponderadores

Para este modelo, se utiliza el enfoque de riesgos que buscan ser más eficientes y eficaces en la evaluación de tecnologías de salud con presupuesto ajustado, escogiendo las que puedan tener mayor impacto en la salud de la población.

Se definieron entonces las variables, manteniendo el enfoque de priorización en agentes de riesgo potencial e incluyendo elementos ajustados de la metodología de Riesgo SOA, para la forma de calificación

de los medicamentos y APME con respecto a la Severidad, Ocurrencia y Afectación:

- Severidad. Este criterio enmarcado en la disponibilidad de recursos, permite identificar y ponderar aquellas tecnologías con mayor representación en el valor total de la propuesta de migración, que generan mayor presión fiscal o pueden llegar a afectar la sostenibilidad financiera del sistema. El criterio se afecta implícitamente por la cantidad dispensada, el valor del medicamento o APME, o una mezcla de estas dos variables, por tanto se utilizan para su identificación:
 - el valor total anual que representa la dispensación de cada medicamento/APME para el Sistema de salud.
 - Valor unitario. Enfocado en identificar tecnologías con un alto precio en el mercado.
- Ocurrencia. Se enmarca en la frecuencia de presentación del evento, en este caso, en las dispensaciones de cada medicamento/APME. Está enfocado en mejorar la eficiencia administrativa y transaccional del sistema, identificando medicamentos o APME que a pesar de no tener un valor significativo, si representan una alta carga en cuanto a dispensaciones. Un ejemplo son los medicamentos para patologías crónicas, en para las que se identifica un alto número de eventos de dispensación.
- Afectación. Busca identificar y tener en cuenta la población que se beneficia del medicamento/APME. Se calcula a partir de la cuantificación de las Personas únicas a las cuales se dispensó durante la vigencia analizada.

Luego se realizó un ejercicio interno para definir el peso que se consideró debía tener cada uno de los factores de ponderación obteniendo los siguientes valores:

Tabla 3. Ponderadores para priorización

Criterio	Ponderador
Severidad. Valor total anual (S1)	30%
Severidad. Valor unitario por UMD (S2)	17%
Ocurrencia. Número de transacciones (O)	22%
Afectación. Número de personas únicas (A)	31%

Fuente: Creación propia.

Los pesos de cada ponderador, fueron propuestos según el criterio técnico en un ejercicio interno de la DRBCTAS, considerando el posible orden de priorización final para que no se presenten sesgos por una sola de las variables y sea una propuesta ajustada a las necesidades del sistema de salud y a la disponibilidad de recursos en caso de que se requiera utilizar.

Con la aplicación de proporciones y ponderadores es posible obtener una priorización que no utilice datos planos y asignar ciertos grados de jerarquía entre las variables utilizadas.

$$\text{PriorizadorGR}_i = 0,3S1_i + 0,17S2_i + 0,22O_i + 0,31A_i$$

Ahora bien, para estandarizar las escalas de las variables, ya que al ser de varias clases y diferentes unidades, van a diferir mucho en sus valores mínimos y máximos y por ende en el resultado una vez multiplicado por cada ponderador, se normalizan todas utilizando un valor de secuenciación así:

S1: Es el valor calculado como asignación secuencial a partir de n=1 hasta n=a según tantos registros (GR o CUM) tenga la base de datos. Se asigna

el mayor valor al CUM/Código que tenga el mayor valor total anual, continuando la asignación decreciente al segundo mayor valor anual y así secuencialmente. Luego se suman los resultados de cada CUM/Código que pertenecen a un mismo GR.

S2: Es el valor calculado como asignación secuencial a partir de $n=1$ hasta $n=a$ según tantos registros (GR o CUM/Código) tenga la base de datos. Se asigna el mayor valor al CUM/Código que tenga el menor valor unitario, continuando la asignación decreciente al segundo menor valor unitario y así secuencialmente. Luego se suman los resultados de cada CUM/Código que pertenecen a un mismo GR.

O: Es el valor calculado como asignación secuencial a partir de $n=1$ hasta $n=a$ según tantos registros (GR o CUM/Código) tenga la base de datos. Se asigna el mayor valor al CUM/Código que tenga el mayor número de registros de dispensación, continuando la asignación decreciente al segundo mayor número de registros de dispensación y así secuencialmente. Luego se suman los resultados de cada CUM/Código que pertenecen a un mismo GR.

A: Es el valor calculado como asignación secuencial a partir de $n=1$ hasta $n=a$ según tantos registros (GR o CUM/Código) tenga la base de datos. Se asigna el mayor valor al CUM/Código que tenga el mayor número de personas únicas a las cuales fue dispensado, continuando la asignación decreciente al segundo mayor número de personas únicas y así secuencialmente. Luego se suman los resultados de cada CUM/Código que pertenecen a un mismo GR.

Otra fórmula que resume este proceso es:

$$\text{PriorizadorGR}_i = 0,3 \left[\frac{S1}{\Sigma V} \right] + 0,17 \left[\frac{S2}{\Sigma T} \right] + 0,22 \left[\frac{O}{\Sigma P} \right] + 0,31 \left[\frac{A}{\Sigma U} \right]$$

Luego de este proceso se obtendrá un listado con un valor de priorización (definido a 3 decimales) que permite ordenar todas las tecnologías recomendadas para migración a la financiación con UPC bajo criterios

adicionales de comportamiento de cada GR (Valor, personas, transacciones, etc.) y con base en ellos seleccionar en caso de ser necesario bajo una restricción presupuestal, un corte con las tecnologías que podrían ser susceptibles a esta migración.

4.1.4 Escenarios de actualización.

En esta etapa se consolidan los medicamentos y APME que resultan de cada una de las estrategias de actualización y se presentan los posibles escenarios técnicos para que la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento realice los modelados económicos requeridos para la presentación ante la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y condiciones de operación del Aseguramiento en Salud.

Le corresponde a esta Comisión, orientar y asesorar la construcción de las propuestas que permitan establecer los contenidos que definan o modifiquen en este caso la financiación de servicios y tecnologías en salud con recursos de la UPC y puede formular recomendaciones sobre la propuesta que se haga sobre el listado de medicamentos y APME propuestos para la actualización.

4.1.5 Acto normativo.



En cuanto a la actualización del acto normativo, y como última de las estrategias de actualización, se contempla su revisión y ajuste de ser considerado pertinente, teniendo en cuenta que como acto administrativo y norma jurídica, para su validez, debe estar fundada en la Constitución Política de Colombia. Bajo este contexto, en la elaboración del acto administrativo se debe tener en cuenta el respeto a la dignidad humana y la garantía de los derechos y libertades fundamentales previstas en la Constitución.

También se revisa que el acto administrativo observe los principios de legalidad, reserva legal y jerarquía normativa, soportado y amparado en las normas vigentes, no sólo a las normas de carácter constitucional sino

con aquellas jerárquicamente inferiores a éste. Se debe asegurar lo que pretende con lo proyectado el acto administrativo, su alcance, así como las modificaciones sobre la situación jurídica que las disposiciones contenidas en él, causarán sobre los particulares considerando las normas preexistentes. De esta forma se requiere claridad y precisión en la redacción, con el fin de que no haya nada incierto, confuso o arbitrario en los postulados formulados, para que los destinatarios conozcan y entiendan sin ambigüedades las consecuencias de su cumplimiento o contravención y por último que el acto administrativo tenga unidad de materia, es decir que exista una correspondencia lógica entre el título y su contenido normativo, así como también, una relación de conexidad interna entre las distintas normas que lo integran y aquellas vinculadas de obligatorio cumplimiento⁵.

Fuentes de información.

- Resolución 2718 de 2024
- Sistema de gestión Documental "ControlDoc". Minsalud.
- Normas relacionadas con la financiación de Servicios y Tecnologías en Salud con recursos de la UPC.
- Constitución Política de Colombia
- Órdenes de la Honorable Corte Constitucional de Colombia cuando apliquen a la financiación con recursos de la UPC y no requieran análisis técnicos o económicos adicionales.

Tipo de análisis y actividades macro propuestas.

- Revisión y clasificación al interior de la DRBCTAS de comunicaciones allegadas durante los primeros 6 meses de 2025, relacionadas con

⁵ Para mayor detalle puede consultarse:

DECRETO 1345 DE 2010. (abril 23). "Por el cual se establecen directrices de técnica normativa". Derogado Parcialmente por el Decreto 1081 de 2015. Presidencia de la República

DECRETO 1609 DE 2015. (agosto 10). "Por el cual se modifican las directrices generales de técnica normativa de que trata el Título 2 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector de la Presidencia de la República". Presidencia de la República

DECRETO NÚMERO 1081 DE 2015 (mayo 26 de 2015) "Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República". Departamento Administrativo de la Presidencia de la República

la Resolución 2718 de 2024 y sus anexos, relacionadas con dudas sobre el articulado.

- Revisión del grupo técnico de la DRBCTAS sobre la totalidad del articulado, junto con el cruce de comunicaciones identificadas en el punto anterior que puedan requerir una modificación o aclaración al texto del acto administrativo y propuesta de actualización.
- Envío a otras Direcciones del Ministerio de Salud y Protección Social para realimentación sobre el acto normativo y los posibles ajustes que deban realizarse.
- Actualización de definiciones, artículos o párrafos que basados en modificaciones en normas complementarias se considere necesario modificar. En esta actividad se incluye la revisión conjunta con la Dirección de Promoción y Prevención del listado de medicamentos del Anexo 4, MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA, con el ánimo de considerar si es necesaria la inclusión o eliminación de alguno de los medicamentos que el Ministerio de Salud y Protección Social suministra dentro de estos programas.
- Estructuración y propuesta del anexo 1 de medicamentos y APME con las nuevas inclusiones aceptadas por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y condiciones de operación del Aseguramiento en Salud, y modificaciones requeridas a las correspondientes secciones del anexo.
- Presentación final del acto administrativo ante la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y condiciones de operación del Aseguramiento en Salud. Realización de ajustes solicitados por la y Aprobación del acto administrativo.
- Presentación final del acto administrativo.
- Envío para revisión jurídica y firma del acto administrativo.
- Envío y publicación del acto administrativo en el Diario Oficial de la Imprenta Nacional de Colombia.
- Divulgación del acto administrativo en la página web del Ministerio de Salud y demás medios pertinentes.

Referencias

1. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá: Congreso de Colombia; 2015. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>
2. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá: Congreso de Colombia; 2011. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad+Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
3. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760 de 2008 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional; 2008. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=33490
4. Corte Constitucional de Colombia. Auto 094A de 2020. Seguimiento a las órdenes Décima Séptima y Décima Octava de la Sentencia T-760 de 2008 [Internet]. Bogotá: Corte Constitucional; 2020. Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/3006721/27851269/31.+Auto+094A+de+2020.pdf/eb7b3490-699d-41ea-b828-726cd82287f1>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2718 del 30 de diciembre de 2024, por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad+Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202718%20de%202024.pdf>

6. World Health Organization. Revising the procedures for updating WHO's model lists of essential medicines: consultation report, Geneva, Switzerland, 2–3 November 2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091696>
7. Botwright S, Sittimart M, Chavarina KK, et al. Good practices for health technology assessment guideline development: a report of the Health Technology Assessment International, HTAsiaLink, and ISPOR Special Task Force. Value Health. 2025;28(1):1-15. doi:10.1016/j.jval.2024.09.001
8. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Resolución 641 de 2024 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2024. Disponible en: https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_0641_2024.htm
9. Baltussen R, Bijlmakers L, Ghosh S, Janssen J, Baker P, Guzman J, Chi YL, et al. Making explicit choices on the path to UHC: the JLN Health Benefits Package Revision Guide [Internet]. Washington (DC): Joint Learning Network for Universal Health Coverage; 2022. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099120924161033683/pdf/P17623510c267803319a0b1e9a556ec2472.pdf>
10. Pichon-Riviere A, Garcia-Marti S, Oortwijn W, Augustovski F, Sampietro-Colom L. Definiendo el valor de las tecnologías sanitarias en Latino-América: desarrollo de marcos de valor para informar la priorización de recursos sanitarios. Int J Technol Assess Health Care. 2019 Jan;35(1):69-74. doi: 10.1017/S0266462319000126. PMID: 30938279.