

del Sisbén, la clasificación efectuada por la entidad territorial de origen se considerará válida hasta tanto la entidad territorial en la que actualmente se encuentre domiciliado, responsable de validar las condiciones para permanecer en el Régimen Subsidiado, le practique una nueva ficha de caracterización socioeconómica. El cambio de domicilio en ningún caso podrá afectar la continuidad del aseguramiento ni el reconocimiento de la UPC.

Parágrafo transitorio. De manera excepcional, se permitirá aplicar la novedad de movilidad durante cuatro (4) meses a los afiliados registrados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), como “activos por emergencia” y retirados, correspondiente a pacientes con patologías de alto costo, enfermedades huérfanas, madres gestantes, menores de edad y afiliados que se encuentren con tratamientos en curso con internación, urgencias domiciliaria o urgencias, que no cuenten con la encuesta del Sisbén. La entidad promotora de salud deberá, reportar esta novedad a más tardar el 15 de agosto de 2022 e informará a esta población la necesidad de contar con la ficha de caracterización socioeconómica del Sisbén, previo al vencimiento de este plazo, con el fin de garantizar su continuidad en el Sistema.

Vencidos los cuatro (4) meses, la entidad promotora de salud verificará la clasificación del Sisbén y reportará la novedad en la BDUA de acuerdo con lo previsto en el presente Decreto. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilará el cumplimiento de lo establecido en este parágrafo y podrá imponerlas sanciones correspondientes en el marco de sus competencias.

La entidad promotora de salud también podrá aplicarla novedad de movilidad, a través del mecanismo de contribución solidaria previa aceptación del afiliado, a aquellos “activos por emergencia” retirados, que cuenten con la clasificación en el grupo D, de la encuesta Sisbén y pertenezcan a la población de que trata el presente parágrafo.”

Artículo 2°. El presente decreto rige a partir de su publicación y modifica el artículo 2.1.7.7 del Decreto 780 de 2016.

Publíquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. C., a 2 de agosto de 2022.

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ

El Ministro de Salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 1318 DE 2022

(julio 29)

por la cual se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado y entidades adaptadas para la vigencia 2022 y el procedimiento para la revisión pormenorizada.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial, las conferidas por el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019 y en desarrollo del literal i) del artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, y

CONSIDERANDO:

Que, conforme con la facultad otorgada en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, mediante la Resolución 1139 de 2022, este Ministerio sustituyó la Resolución 586 de 2021 estableciendo disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Que, corresponde a este Ministerio adoptar la metodología para la fijación del presupuesto máximo a transferir a cada una de las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las entidades adaptadas, y el cálculo de ajustes, cuando a ello haya lugar, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 de la citada Resolución 1139 de 2021.

Que, con el objetivo de permitir gestionar la atención de los servicios y tecnologías financiados con cargo a dicho presupuesto, y habiéndose determinado que la información de garantía de suministro del año 2021 necesaria para la asignación total del presupuesto máximo de la vigencia 2022 debía generarse el 31 de marzo de esta anualidad, en el mes de diciembre de 2021, este Ministerio mediante actos administrativos de carácter particular fijó el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado y entidades adaptadas para los meses de enero a abril de 2022.

Que, en razón a que se requirió de un tiempo adicional para la adopción de la metodología y la consecuente fijación del presupuesto máximo de la presente vigencia, este Ministerio mediante actos administrativos de carácter particular fijó el

presupuesto máximo a transferir a cada EPS y entidades adaptadas para los meses de mayo y junio de 2022.

Que, en los actos administrativos que fijan el presupuesto máximo de los meses de mayo y junio de 2022, se estableció que: “el cálculo del presupuesto máximo a asignar (...) de la vigencia 2022, tendrá en cuenta el valor del presupuesto máximo fijado para los meses de enero a junio de 2022, determinando el valor faltante por girar, una vez sea aplicada la metodología que se adopte para el efecto”.

Que, en el marco del seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo, este Ministerio puso a disposición de las EPS y entidades adaptadas el detalle de la información del módulo de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES, correspondiente a las entregas realizadas en la vigencia 2021, con fecha de suministro entre el 1° de enero de 2021 y el 19 de enero de 2022, con el propósito de que estas realizaran la gestión de su información dentro de la herramienta tecnológica MIPRES hasta el 31 de marzo de 2022.

Que, se efectuó una jornada de socialización en la cual se expuso a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado y entidades adaptadas la metodología para definir el presupuesto máximo a asignar para la vigencia 2022.

Que, la base de datos de la herramienta tecnológica MIPRES corresponde a la proporcionada y certificada por la Oficina de Tecnologías de la Información (OTIC) de este Ministerio, dependencia encargada de la administración de dicha herramienta.

Que la fuente de información para determinar el presupuesto máximo de la vigencia 2022 corresponde a la reportada y gestionada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los operadores logísticos de tecnologías de salud, los gestores farmacéuticos, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las entidades adaptadas, en el módulo de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES y la base de datos histórica de recobro/cobro suministrada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) mediante el radicado 202242300823572.

Que, efectuado el análisis de la información disponible de los servicios y tecnologías de salud financiados con cargo al presupuesto máximo reportados en el módulo de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES, se identificaron grupos relevantes que presentaron variaciones o desviaciones atípicas durante la vigencia 2021, por lo que frente a estos debe efectuarse la revisión y medición pormenorizada de que trata el parágrafo del artículo 17 de la Resolución 1139 de 2022.

Que, en aras de proteger los recursos públicos asignados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la metodología propuesta para fijar el presupuesto máximo de la vigencia 2022, establece que la información que presenta una variación atípica debe ser revisada en su totalidad, por lo que resulta necesario definir el procedimiento para la revisión pormenorizada, cuyo resultado podrá conllevar a un posible ajuste al presupuesto máximo de la presente vigencia, en los términos del numeral 14.3 del artículo 14 de la Resolución 1139 de 2022, o a la figura de reembolso-compensación, tal como lo prevé el parágrafo 2° del mismo artículo.

Que, por lo anteriormente expuesto, resulta necesario adoptar la metodología para la definición del presupuesto máximo de la vigencia 2022, la que se estructura con base en la fuente de información ya referenciada, y cuya proyección se realiza teniendo en cuenta un ajustador de servicios y tecnologías de salud prestadas pero no reportadas en el cierre del ciclo de entrega de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES, los factores de cantidades delta, la definición de valores de referencia, un ajustador de medicamentos nuevos, un ajustador para el régimen Subsidiado, la identificación y el cálculo de los grupos relevantes priorizados para revisión pormenorizada, así como el procedimiento para llevar a cabo la revisión pormenorizada.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto adoptar la metodología para la definición del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las entidades adaptadas para la vigencia 2022, así como el procedimiento para la revisión pormenorizada, contenidos en los anexos técnicos número. 1 y 2, respectivamente, que hacen parte integral de la presente resolución.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado, a las entidades adaptadas y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Artículo 3°. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 29 de julio de 2022.

El Ministro de salud y Protección Social,

Fernando Ruiz Gómez.

ANEXO TÉCNICO No. 1 METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO A ASIGNAR A LAS EPS DE LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO Y A LAS ENTIDADES ADAPTADAS DE LA VIGENCIA 2022 A continuación, se presentan los criterios para el cálculo del presupuesto máximo de la vigencia 2022. 1. Definiciones y generalidades de la metodología a) Fuente de información: Se relacionan las diferentes fuentes de información consultadas de acuerdo con el parámetro requerido en la metodología de cálculo. Fuente de información para las cantidades iniciales (Q Inicial): Entregas de 2021 de los servicios y tecnologías de salud registrados en el módulo de suministro, versiones 1.0 y 2.0 con cierre del ciclo de entrega de suministro, de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES con fecha de suministros hasta el día 31 de marzo de 2022, proporcionada por la Oficina de Tecnologías de la Información – OTIC del Ministerio de Salud y Protección Social. Fuente de información para el modelo econométrico: Base histórica de recobros/cobros de Régimen Contributivo con el último corte de información disponible, suministrada por Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, mediante Radicado 202242300823572, y la información del módulo de suministros con cierre de ciclo de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES con fecha de suministros hasta el día 31 de marzo de 2022, proporcionada por la Oficina de Tecnologías de la Información – OTIC del Ministerio de Salud y Protección Social. La información constituida para la estimación del modelo econométrico contempla para el tipo de tecnología: medicamentos, en primer lugar la información histórica con los registros de recobros/cobros en estado aprobado para los años de prestación del servicio 2015, 2016, 2017 y 2018 del Régimen Contributivo y en segundo lugar, la información del módulo de suministros con cierre de ciclo de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES del régimen Contributivo con fecha de entrega de los años 2019, 2020 y 2021. Para los tipos de tecnologías: Alimentos Nutricionales para Propósito Médico Especial – APME, Servicios Complementarios, Procedimientos y Dispositivos, la información histórica para la estimación del modelo econométrico corresponde a la información del módulo de suministros con cierre de ciclo de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES del régimen Contributivo con fecha de entrega de los años 2019, 2020 y 2021. Fuente de información para el ajustador por medicamentos nuevos: La información histórica es constituida con los registros de recobros/cobros en estado aprobado para los años 2016, 2017 y 2018, por fecha de prestación del servicio, y la información del módulo de suministro con fecha de entrega de los años 2019, 2020 y 2021, con cierre de ciclo de suministro a 31 de marzo de 2022. Mediante las bases de datos de medicamentos que publica el INVIMA se identificaron aquellos medicamentos nuevos que ingresaron en cada año del periodo evaluado. b) Gestión de la información: A la base de datos considerada para el cálculo se le realizan las siguientes validaciones: Cobertura: Se identifican los códigos de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos del presupuesto máximo en la vigencia 2022. Este proceso contempla el uso de las tablas MIPRES de reporte de información y las tecnologías financiadas con cargo a la UPC de la respectiva vigencia. No incluye la información de los CUPS asociada a las pruebas SARS CoV2 [COVID-19]. Consistencia: Se realiza la identificación de lo siguiente: • Tipo de documento existente. • Número de identificación diferente de nulo o vacío. • Cantidad entregada positiva. • Valor entregado positivo. • Tipo de tecnología válido (M, N, P, D, S). • Código EPS válido. • Cruce Base de datos Única de Afiliados – BDUA: Tipo y número del documento del afiliado que recibe el servicio, actualizado al momento de la fecha de entrega de la tecnología en salud. Oportunidad: Cuando el término entre la fecha de prescripción y la fecha de entrega del servicio o tecnología no es superior a 390 días. c) Clasificación por Grupo Relevante: Estandarización de la información que permite la clasificación del código de las tecnologías reportadas en grupos relevantes de acuerdo con lo establecido el numeral 3.12 del artículo 3 de la Resolución 1139 de 2022, y se calcula la cantidad en UMC o en la unidad que corresponda. d) Identificación de registros inconsistentes: Los registros inconsistentes son aquellos que presentan valores o cantidades que no son congruentes con los servicios y tecnologías entregados, dentro de cada grupo relevante, lo que se desarrolla en el numeral 2 de este anexo técnico. El valor de la mediana del Grupo Relevante del Sistema será tenido en cuenta para corregir los registros identificados como inconsistentes en cantidad o valor. e) Factor cantidades ajustadas (FQA): Se calculan las cantidades ajustadas para cada grupo relevante utilizando el método de Chain-Ladder (método del triángulo). Lo anterior, teniendo en cuenta que a la fecha de reporte no se ha suministrado toda la información correspondiente a las prestaciones efectuadas durante la vigencia analizada. El valor hallado con el método de Chain-Ladder se distribuye de acuerdo con la participación del valor de cada registro de los grupos relevantes de cada EPS o entidad adaptada en el valor total de suministros de estas, de la base utilizada para el cálculo. El valor de las cantidades FQA de cada grupo relevante y de cada EPS o entidad adaptada se obtiene de la multiplicación entre la participación encontrada anteriormente y el valor hallado con el método de Chain-Ladder. Las cantidades FQA de cada grupo relevante y de cada EPS o entidad adaptada se obtienen de la división entre el valor encontrado anteriormente y el valor de la UMC de cada registro del suministro del grupo relevante de la EPS o entidad adaptada del periodo evaluado. Este punto se desarrolla en el numeral 3.1.1 del presente anexo técnico. f) Factor cantidades del Delta (FQDELTA): Se calcula el factor de las cantidades del Delta con base en los resultados de los modelos econométricos del régimen Contributivo, ponderado por el valor total de los grupos relevantes agrupados por unidad de medida en medicamentos, para APME en grupo relevante, y para procedimientos, dispositivos y servicios complementarios, agrupados con el código de la respectiva tecnología. Los resultados de los modelos anteriores se aplican para los regímenes Contributivo y Subsidiado. Este punto se desarrolla en el numeral 3.1.2 del presente anexo técnico. g) Proyección de las cantidades para la vigencia 2022: Con la información disponible de los grupos relevantes por EPS o entidad adaptada se toman las cantidades UMC como las cantidades del periodo evaluado. A este valor se le suman las cantidades ajustadas (FQA) calculadas en el literal e). El resultado anterior, se multiplica por el factor cantidades del Delta (FQDELTA) calculado en el literal f) para calcular las cantidades correspondientes a las cantidades del factor del Delta. Las cantidades para la vigencia 2022 resultan de sumar las cantidades identificadas en los tres criterios: cantidades del periodo evaluado, cantidades del Factor cantidades ajustadas (FQA) y las cantidades correspondientes al factor de cantidades del Delta (FQDELTA). Este punto se desarrolla en el numeral 3.1.3. del presente anexo técnico. h) Presupuesto máximo base 2022: El presupuesto máximo base 2022 de la EPS o entidad adaptada resulta de la sumatoria del producto entre la proyección de las cantidades para la vigencia 2022 del literal g) de cada registro y el valor máximo para la vigencia 2022 (Pmax*), definido en el literal p), el cual se desarrolla en el numeral 3 del presente anexo.		Para los grupos relevantes de servicios complementarios diferentes a pañales, y los medicamentos que corresponden a fórmulas magistrales, el valor máximo 2022 es igual al valor reportado por cada EPS o entidad adaptada. q) Se contempla dentro del cálculo los servicios y tecnologías prescritos y suministrados por orden judicial, siempre y cuando estos no hagan parte de los servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC. r) Las EPS o entidad adaptada por concepto de movilidad de cada uno de los regímenes Contributivo y Subsidiado se agregan de acuerdo al código de la EPS del régimen a que pertenecen o de la entidad adaptada. s) Los registros de los servicios y tecnologías en salud de los afiliados trasladados como consecuencia de las medidas de vigilancia especial para para administrar o liquidar, adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud en los meses de febrero y marzo de 2022, se incluirán en la base de información de la EPS o entidad adaptada receptora del afiliado trasladado por el tiempo proporcional a partir del momento de afiliación. t) Los registros de los servicios y tecnologías en salud de los afiliados trasladados voluntariamente, en la vigencia de análisis (2021) para el cálculo del presupuesto máximo, se incluirán en la base de información de la EPS o entidad adaptada receptora del afiliado trasladado. u) Revisión pormenorizada: Proceso enfocado a la identificación, verificación y análisis cuantitativo y cualitativo para abordar los comportamientos atípicos en los registros reportados en MIPRES de algunos grupos relevantes que son reconocidos con recursos del presupuesto máximo. v) Grupos relevantes priorizados para revisión pormenorizada: Son aquellos grupos que, producto de análisis técnico realizado a la información registrada en MIPRES y demás fuentes de información que para el efecto se requiera, serán seleccionados para un estudio posterior, conforme lo establece el anexo 2 del presente acto administrativo. w) Grupos relevantes APME: Los siguientes son los criterios de agrupación tenidos en cuenta para definir los nuevos grupos relevantes de alimentos para propósitos médicos especiales (APME): <table><tr><th>No.</th><th>Nombre de la categoría</th><th>Definición/criterios para agrupación</th></tr><tr><td>1</td><td>Fórmula polimérica normo o hipercalórica</td><td>Aporte calórico entre 0.80 y 1.49 Kcal/mL independientemente de su distribución porcentual de macronutrientes, [o] aporte calórico mayor o igual a 1.50 Kcal/mL con energía proveniente de la proteína menor al 20% de las Calorías totales del producto. Proteína entera o aislada de origen animal y/o vegetal. Puede ser adicionada con aminoácidos específicos en forma L, como taurina, L-carnitina, L-glutamina, L-arginina, entre otros. Carbohidratos en forma completa o hidrolizada en forma de oligosacáridos y maltodextrinas. Puede adicionarse fibra dietaria soluble o insoluble. Lípidos en forma de triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM), cumpliendo con el aporte de ácidos grasos esenciales. Vitaminas y minerales. No incluyen las fórmulas poliméricas normo o hipercalóricas especialmente diseñadas para pacientes con enfermedad hepática, pulmonar o renal (ya sea en prediálisis o diálisis).</td></tr><tr><td>2</td><td>Fórmula polimérica hipercalórica hiperproteica</td><td>Aporte calórico mayor o igual a 1.50 Kcal/mL. Energía proveniente de la proteína igual o mayor al 20% de las Calorías totales del producto. Proteína entera o aislada de origen animal y/o vegetal. Puede ser adicionada con aminoácidos específicos en forma L, como taurina, L-carnitina, L-glutamina, L-arginina, entre otros. Carbohidratos en forma completa o hidrolizada en forma de oligosacáridos y maltodextrinas. Puede adicionarse fibra dietaria soluble o insoluble. Lípidos en forma de triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM), cumpliendo con el aporte de ácidos grasos esenciales.</td></tr></table>	No.	Nombre de la categoría	Definición/criterios para agrupación	1	Fórmula polimérica normo o hipercalórica	Aporte calórico entre 0.80 y 1.49 Kcal/mL independientemente de su distribución porcentual de macronutrientes, [o] aporte calórico mayor o igual a 1.50 Kcal/mL con energía proveniente de la proteína menor al 20% de las Calorías totales del producto. Proteína entera o aislada de origen animal y/o vegetal. Puede ser adicionada con aminoácidos específicos en forma L, como taurina, L-carnitina, L-glutamina, L-arginina, entre otros. Carbohidratos en forma completa o hidrolizada en forma de oligosacáridos y maltodextrinas. Puede adicionarse fibra dietaria soluble o insoluble. Lípidos en forma de triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM), cumpliendo con el aporte de ácidos grasos esenciales. Vitaminas y minerales. No incluyen las fórmulas poliméricas normo o hipercalóricas especialmente diseñadas para pacientes con enfermedad hepática, pulmonar o renal (ya sea en prediálisis o diálisis).	2	Fórmula polimérica hipercalórica hiperproteica	Aporte calórico mayor o igual a 1.50 Kcal/mL. Energía proveniente de la proteína igual o mayor al 20% de las Calorías totales del producto. Proteína entera o aislada de origen animal y/o vegetal. Puede ser adicionada con aminoácidos específicos en forma L, como taurina, L-carnitina, L-glutamina, L-arginina, entre otros. Carbohidratos en forma completa o hidrolizada en forma de oligosacáridos y maltodextrinas. Puede adicionarse fibra dietaria soluble o insoluble. Lípidos en forma de triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM), cumpliendo con el aporte de ácidos grasos esenciales.
No.	Nombre de la categoría	Definición/criterios para agrupación									
1	Fórmula polimérica normo o hipercalórica	Aporte calórico entre 0.80 y 1.49 Kcal/mL independientemente de su distribución porcentual de macronutrientes, [o] aporte calórico mayor o igual a 1.50 Kcal/mL con energía proveniente de la proteína menor al 20% de las Calorías totales del producto. Proteína entera o aislada de origen animal y/o vegetal. Puede ser adicionada con aminoácidos específicos en forma L, como taurina, L-carnitina, L-glutamina, L-arginina, entre otros. Carbohidratos en forma completa o hidrolizada en forma de oligosacáridos y maltodextrinas. Puede adicionarse fibra dietaria soluble o insoluble. Lípidos en forma de triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM), cumpliendo con el aporte de ácidos grasos esenciales. Vitaminas y minerales. No incluyen las fórmulas poliméricas normo o hipercalóricas especialmente diseñadas para pacientes con enfermedad hepática, pulmonar o renal (ya sea en prediálisis o diálisis).									
2	Fórmula polimérica hipercalórica hiperproteica	Aporte calórico mayor o igual a 1.50 Kcal/mL. Energía proveniente de la proteína igual o mayor al 20% de las Calorías totales del producto. Proteína entera o aislada de origen animal y/o vegetal. Puede ser adicionada con aminoácidos específicos en forma L, como taurina, L-carnitina, L-glutamina, L-arginina, entre otros. Carbohidratos en forma completa o hidrolizada en forma de oligosacáridos y maltodextrinas. Puede adicionarse fibra dietaria soluble o insoluble. Lípidos en forma de triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM), cumpliendo con el aporte de ácidos grasos esenciales.									

No.	Nombre de la categoría	Definición/criterios para agrupación
		Vitaminas y minerales. No incluyen las fórmulas poliméricas hipercalóricas hiperproteicas especialmente diseñadas para pacientes con enfermedad hepática, pulmonar o renal (ya sea en prediálisis o diálisis).
3	Fórmula oligomérica normo o hipercalórica	Aporte calórico entre 0.80 y 1.49 Kcal/mL independientemente de su distribución porcentual de macronutrientes, [o] aporte calórico mayor o igual a 1.50 Kcal/mL con energía proveniente de la proteína menor al 20% de las Calorías totales del producto. Proteína de origen animal y/o vegetal completamente y/o parcialmente hidrolizada y/o aminoácidos libres en forma L, como taurina, L-carnitina, L-glutamina y L-arginina, entre otros. Carbohidratos en forma de polímeros de glucosa, disacáridos y monosacáridos. Pueden contener o no fibra dietaria. Triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM) de origen vegetal, así como ácidos grasos esenciales Omega 3 (ω3) y Omega (ω6). Vitaminas y minerales.
4	Fórmula oligomérica hipercalórica hiperproteica	Aporte calórico mayor o igual a 1.5 Kcal/mL. Energía proveniente de la proteína igual o mayor al 20% de las Calorías totales del producto. Proteína de origen animal y/o vegetal completamente y/o parcialmente hidrolizada y/o aminoácidos libres en forma L, como taurina, L-carnitina, L-glutamina y L-arginina, entre otros. Carbohidratos en forma de polímeros de glucosa, disacáridos y monosacáridos. Pueden contener o no fibra dietaria. Triglicéridos de cadena larga (TCL) o media (TCM) de origen vegetal, así como ácidos grasos esenciales Omega 3 (ω3) y Omega (ω6). Vitaminas y minerales.
5	Fórmula monomérica	Contienen macronutrientes en su forma elemental. Están compuestas por: - Aminoácidos libres (en forma L) de origen animal y/o vegetal. Pueden contener aminoácidos específicos en forma L, como taurina, L-carnitina, L-glutamina o L-arginina, entre otros. - Glucosa u oligosacáridos. - Triglicéridos de origen vegetal de cadena larga (TCL) como fuente de ácidos grasos esenciales Omega 3 (ω3) y Omega (ω6) y/o triglicéridos de cadena media (TCM) como fuente energética.
6	Fórmula modular	Constituidas básicamente por uno de los siguientes grupos de nutrientes: proteínas, lípidos o carbohidratos. En el caso de estar constituido por proteínas puede estar compuesto por las proteínas enteras o proteínas hidrolizadas. En algunos casos puede contener adición de micronutrientes. No incluyen fórmulas modulares a base de aminoácidos.
7	Fórmula especial para enfermedades neurológicas	Fórmulas especialmente diseñadas para pacientes con enfermedades neurológicas, como epilepsia refractaria, síndrome de deficiencia de transportador de glucosa tipo 1 (GLUT-1 DS) y deficiencia de piruvato deshidrogenasa, entre otras. Son altas en lípidos, con un aporte intermedio de proteína y bajas en carbohidratos. La cantidad de grasa (en gramos) aportada por el producto supera la sumatoria de aportes (en gramos) de proteína y carbohidratos.
8	Fórmula especial para enfermedades huérfanas metabólicas	Fórmulas especialmente diseñadas para pacientes pediátricos con errores innatos del metabolismo, como aciduria glutárica tipo 1, hipermetioninemia u homocistinuria, entre otras.
9	Fórmula para tratamiento de la desnutrición aguda infantil	Aporte calórico 5.4 Kcal/g Energía entre 520 y 550 Kcal/100 g Alimento terapéutico listo para el consumo a base de lípidos, rico en micronutrientes. Proteínas aportan del 10 al 12% de la energía total. Lípidos aportan del 45 al 60% de la energía total. Vitaminas y minerales.
10	Fórmula especializada para paciente hepático	Fórmulas especialmente diseñadas para pacientes con enfermedades hepáticas (como insuficiencia hepática, cirrosis y encefalopatía hepática, entre otras). Son altas en aminoácidos de cadena ramificada y bajas en aminoácidos aromáticos

No.	Nombre de la categoría	Definición/criterios para agrupación
11	Fórmula especializada para paciente renal en prediálisis	Fórmulas especialmente diseñadas para pacientes con enfermedad renal en estadios 2, 3, y 4 (en prediálisis). Son bajas en proteína, fósforo y electrolitos.
12	Fórmula especializada para paciente renal en diálisis	Fórmulas especialmente diseñadas para pacientes con enfermedad renal en diálisis. Son altas en proteína y modificadas en micronutrientes para neutralizar las pérdidas ocasionadas por la diálisis.
13	Fórmula especializada para paciente pulmonar	Fórmulas especialmente diseñadas para pacientes con enfermedades pulmonares (por ejemplo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Presentan un alto aporte de proteína y un moderado aporte de grasa.
14	Fórmula a base de aminoácidos	Fórmulas modulares constituidas en su totalidad o mayoritariamente (mínimo 90%) por aminoácidos, ya sean libres (solos) o en combinación. Pueden incluir carbohidratos como ingredientes secundarios.

Bajo estos criterios, a continuación, se presentan los grupos relevantes de APME:

No.	Nombre del grupo relevante
1	Fórmula polimérica normo o hipercalórica gr polvo
2	Fórmula polimérica normo o hipercalórica ml líquido
3	Fórmula polimérica hipercalórica hiperproteica gr polvo
4	Fórmula polimérica hipercalórica hiperproteica ml líquido
5	Fórmula oligomérica normo o hipercalórica gr polvo
6	Fórmula oligomérica normo o hipercalórica ml líquido
8	Fórmula oligomérica hipercalórica hiperproteica ml líquido
9	Fórmula monomérica gr polvo
11	Fórmula modular gr polvo
12	Fórmula modular ml líquido
13	Fórmula especial para enfermedades neurológicas gr polvo
14	Fórmula especial para enfermedades neurológicas ml líquido
15	Fórmula para tratamiento de la desnutrición aguda infantil gr semisólido
16	Fórmula especial para enfermedades huérfanas metabólicas gr polvo
17	Fórmula especializada para paciente hepático gr polvo
18	Fórmula especializada para paciente hepático ml líquido
19	Fórmula especializada para paciente renal en prediálisis gr polvo
20	Fórmula especializada para paciente renal en prediálisis ml líquido
21	Fórmula especializada para paciente renal en diálisis gr polvo
22	Fórmula especializada para paciente renal en diálisis ml líquido
23	Fórmula especializada para paciente pulmonar gr polvo
24	Fórmula especializada para paciente pulmonar ml líquido
25	Fórmula a base de aminoácidos gr polvo

2. Identificación y tratamiento de registros inconsistentes y cálculo de medianas para el presupuesto máximo de la vigencia 2022

Al revisar la información que supera las mallas de validación de consistencia, oportunidad y cobertura, se identifican los registros que presentan inconsistencia en valor y/o cantidades, de que trata el literal d) del numeral 1. Con el objeto de no perder registros ni frecuencias por estas inconsistencias, se realiza el siguiente procedimiento:

- Se tiene en cuenta el valor de la mediana del grupo relevante del sistema y de cada régimen, cuyo cálculo se realiza considerando la metodología descrita en los numerales 2.1, 2.2 y 2.3.
- Los registros identificados como inconsistentes en el valor entregado de los grupos relevantes se ajustan multiplicando las cantidades de UMC por el valor máximo entre: i) la mediana del Sistema, ii) la mediana del régimen contributivo y iii) la mediana del régimen subsidiado para cada grupo relevante.
- Los registros identificados como inconsistentes en cantidades UMC se ajustan dividiendo el valor en recursos sobre el valor máximo entre: i) la mediana del Sistema, ii) la mediana del régimen contributivo y iii) la mediana del régimen subsidiado para cada grupo relevante.

A continuación, se presenta la metodología para el cálculo del valor de la mediana:

2.1. Cálculo del valor de la mediana para Grupos Relevantes de medicamentos y Alimentos Nutricionales para Propósito Medico - APME

El valor de la mediana es único para todos los medicamentos o productos de soporte nutricional del mismo grupo relevante, según corresponda, de medicamentos o de APME, por lo cual se calcula un único valor por Unidad Mínima de Concentración -UMC de modo que el valor de la mediana no se establecerá por los diferentes nombres, presentaciones comerciales, o concentraciones.

2.1.1 Paso 1. Estandarización:

El proceso de estandarización se refiere a la revisión y ajuste de las variables que se requieren para el cálculo en cada registro de la base.

Para los medicamentos la estandarización incluye la base de registros sanitarios de INVIMA y las variables que se requieran para la aplicación de la metodología, dentro de las cuales se encuentran: ATC, CUM, nombre de principio activo, forma farmacéutica, cantidad de principio activo en unidad mínima de concentración y unidades en la presentación comercial.

Para los APME se tiene en cuenta el listado de códigos MIPRES de reporte de los productos nutricionales y la base de registros sanitarios de INVIMA, de la cual se seleccionan las variables necesarias realizando las normalizaciones a que haya lugar, dentro de las cuales se encuentran: el nombre del producto, la presentación comercial, la unidad de medida, la forma de presentación y la categoría; conforme a las características de los nutrientes, composición y uso específico del producto de soporte nutricional.

2.1.2 Paso 2. Identificación de las UMC de cada grupo relevante:

Para cada registro de la base se identificará la cantidad de UMC:

El proceso de estandarización llevado a cabo en cada registro de la base de datos permite la clasificación en grupos relevantes de medicamentos y APME, para establecer la cantidad de Unidad Mínima de Concentración – UMC para cada registro de cada grupo relevante, siendo el resultado del producto entre la cantidad en Unidad Mínima de Dispensación entregada y la UMC.

Para los grupos relevantes de medicamentos, la UMC corresponde a la cantidad de principio activo del medicamento, que puede ser expresada en gramo (g), miligramo (mg), microgramo (mcg), unidad internacional (UI), o aquella que corresponda. Para el caso de los grupos relevantes de APME, la UMC corresponde a la unidad de presentación de cada producto para soporte nutricional según su disponibilidad, para suministro por sonda o vía oral, esta será expresada en gramos (gr) o mililitros (ml).

2.1.3 Paso 3. Cálculo del valor en UMC:

Se define como el valor entregado dividido entre la cantidad de UMC:

$$Valor_UMC_i = \frac{ValorEntregado_i}{Cantidad\ de\ UMC_i}$$

Donde,

ValorEntregado_i es el valor entregado para el registro i de la base de datos
Cantidad de UMC_i es la cantidad expresada en UMC para el registro i de la base de datos

Se mantiene el principio activo base de cálculo seleccionado para la aplicación de la metodología de cálculo de los presupuestos máximo para la vigencia 2020. En este caso se refiere a los grupos relevantes conformados por medicamentos cuyas presentaciones contengan combinaciones de principios activos y su forma farmacéutica sea "tableta o cápsula" o "tableta o cápsula de liberación modificada" y demás grupos relevantes que contengan principios activos en combinación donde no exista información de la cantidad de contenido de la presentación, según los siguientes criterios:

- 2.1.3.1 Si entre las presentaciones que existen en el grupo relevante se identifica que las concentraciones de los principios activos que componen la combinación no son idénticas:

- 2.1.3.1.1 Se tomará la presentación con mayor frecuencia, entendida como el número de veces que fue recobrada/cobrada en el último año de la vigencia.

- 2.1.3.1.2 Una vez identificada la presentación, se tomará como referencia el principio activo que tenga la mayor concentración entre los que componen el medicamento.

- 2.1.3.2 Si entre las presentaciones que existen en el grupo relevante, todas presentan la misma concentración para por lo menos un principio activo de los que compongan la combinación:

- 2.1.3.2.1 Se tomará la presentación con mayor frecuencia, entendida como el número de veces que fue recobrada/cobrada en el último año de la vigencia.

- 2.1.3.2.2 Una vez identificada la presentación, se tomará la mayor concentración de la presentación entre los principios activos que componen la combinación, sin tener en cuenta la concentración del principio activo que no presenta diferencias entre las demás presentaciones.

- 2.1.3.3 Si el grupo relevante solo tiene una presentación, se tomará la mayor concentración de la presentación entre los principios activos que componen la combinación.

Estas serán las concentraciones a tener en cuenta para el cálculo del valor en UMC para el grupo relevante compuesto por uno o más principios activos en forma farmacéutica "tableta o cápsula" o "tableta o cápsula de liberación modificada" y demás grupos relevantes que contengan principios activos en combinación donde no exista información de la cantidad de contenido de la presentación.

Para los grupos relevantes identificados por primera vez y que cumplan las características señaladas, el principio activo base de cálculo corresponde al de mayor concentración entre todas las presentaciones comerciales.

Para los grupos relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos- CNPMDM, el principio base de cálculo corresponde al señalado en la regulación.

2.1.4 Paso 4. Detección de Valores Atípicos:

Los datos atípicos son valores distantes al comportamiento general de la mayoría de las observaciones que pertenecen al mismo conjunto de datos. Para determinar si existen datos atípicos, hay diferentes metodologías estadísticas para encontrarlos, en este caso se aplica una técnica basada en medidas no paramétricas.

La identificación de valores atípicos se realiza sobre el valor por UMC para cada grupo relevante, para esto, se calculan los percentiles 25 y 75 por grupo relevante, que corresponden a Q1 (cuartil 1) y Q3 (cuartil 3), respectivamente. Adicionalmente se calcula un estadístico robusto de asimetría denominado Medcouple, denotado como Mc.

Cuando Mc sea mayor o igual a cero:

$$LI = Q1 - 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(-4Mc)$$
$$LS = Q3 + 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(3Mc)$$

En caso de que Mc sea menor que cero:

$$LI = Q1 - 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(-3Mc)$$
$$LS = Q3 + 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(4Mc)$$

Donde, LI=Límite Inferior y LS=Límite Superior, Mc= estadístico Medcouple y Exp() es la función exponencial.

Las observaciones del valor UMC en cada grupo relevante, que se ubiquen fuera de estos límites se consideraran valores atípicos, según la siguiente regla:

Para el Régimen Contributivo:

$\hat{Q}_{FQA_{2022,r,i,j,n}} = \frac{Recursos_IBNR_RC_{r,i,j,n,2022}}{Valor\ UMC_{r,i,j,n,2022}}$ Para el Régimen Subsidiado: $\hat{Q}_{FQA_{2022,r,i,j,n}} = \frac{Recursos_IBNR_RS_{r,i,j,n,2022}}{Valor\ UMC_{r,i,j,n,2022}}$ Donde, $\hat{Q}_{FQA_{2022}}$ corresponde al factor de ajuste de cantidades UMC no reportadas para la vigencia 2022 Valor UMC = valor por unidad de UMC de cada registro del grupo relevante en cada EPS o EOC 3.1.2 Análisis del factor de cantidades del Delta (FQDELTA) para el cálculo del Presupuesto Máximo El factor de las cantidades del Delta se calcula estimando las tasas de crecimiento de los grupos relevantes mediante la aplicación de técnicas econométricas. Para la vigencia de 2022 se utiliza la técnica de datos panel. Para la vigencia de 2022, el cálculo del factor de las cantidades del Delta toma las siguientes dos fuentes de información: i) la base de datos de recobro/cobro del Régimen Contributivo en estado aprobado reportada por la ADRES, mediante el radicado 202242300823572, que corresponde a las prestaciones de los años 2015 a 2018 por grupo relevante de medicamentos, e incluye órdenes judiciales en cada año, y ii) la base de los servicios y tecnologías de salud registrados en el módulo de suministro. versiones 1.0 y 2.0 con cierre del ciclo de entrega de suministro de todos los tipos de tecnología en salud y servicios, de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES para los años 2019, 2020 y 2021. a) Modelo Econométrico para cálculo de Tasa Delta Con la información disponible se procede a estimar mediante la técnica econométrica de datos panel, las cantidades del Delta por Grupos Relevantes. Para ello se debe contar con información de varias vigencias, con el objeto de poder identificar las tasas de crecimiento de los grupos relevantes que comparten la misma unidad de medida y poder estimar el delta del Presupuesto Máximo. Se establece que las cantidades de cada Grupo Relevante en Unidades Mínimas de Concentración (UMC), están en función de los registros asociados a la entrega y de la tasa de crecimiento en el tiempo. $QUMC = f(Registros,Tiempo\ para\ identificar\ las\ tasas\ crecimiento)$ Donde, $QUMC$ = Cantidades de Unidad Minima de Concentración, expresadas en Unidades de cada Grupo Relevante En términos de logaritmos es: $LnQUMC_{i,s,k} = \alpha_i + \beta_1 * LnRegistros_{i,s,k} + \Phi_k * Tiempo_{i,k,s} + e_{i,s,k}$ Donde, Registros = corresponde al numero de registros de las tecnologías de los grupos relevantes Tiempo = corresponde al tiempo en años desde T = 1,2,3 ...,s i = 1, 2,3,... i corresponde al Grupo Relevante s = 1, 2,3,... s corresponde al tiempo en años con información del modelo de datos panel k = 1, 2,3,... k corresponde a la unidad de medida de los Grupos Relevantes de los componentes de medicamentos, nutricionales APME, procedimientos y servicios complementarios α_i = Vector de variables intercepto para cada Grupo Relevante de los grupos del modelo β_1 = elasticidad de las cantidades UMC con respecto al número de registros Φ_k = Vector de coeficientes para los tipos de unidad de medida de los Grupos Relevantes $e_{i,s,k}$ = corresponde al termino de error del modelo asociado a los grupos relevantes del	modelo de datos panel Como el modelo está en logaritmos, se halla el antilogaritmo de Φ_k para obtener la tasa de crecimiento anual de los Grupos Relevantes que comparten la misma unidad de medida ($TASA\ DELTA_k$). $TASA\ DELTA_k = ((Exp(\Phi_k) - 1) * 100$ Con la información disponible, el cálculo de la $TASA\ DELTA_k$, se realiza para los siguientes componentes: ➤ Componente de medicamentos: Se realiza para cada una de las siguientes indicaciones: - Indicación Específica y Única Para Enfermedades Huérfanas: el ajustador de cantidades delta se calcula con la información de las personas comunes para el periodo de 2015 a 2021 con la información de Recobros en estado aprobado y MIPRES, del régimen contributivo. Por lo tanto, la información está conformada por los registros de las personas identificadas en el periodo que hayan recibido entregas de medicamentos con indicación única y específica para enfermedades huérfanas en todos los años que contempla el periodo. - Indicaciones para Enfermedades Huérfanas y otras indicaciones: el ajustador de cantidades delta se calcula con la información de Recobros en estado aprobado y MIPRES, de Régimen Contributivo para el periodo de 2015 a 2021. - Otras indicaciones diferentes a Enfermedades Huérfanas: el ajustador de cantidades delta se calcula con información de Recobros en estado aprobado y MIPRES, de Régimen Contributivo para el periodo de 2015 a 2021. ➤ Componente de Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME): el ajustador de cantidades delta se calcula con la información de MIPRES del Régimen Contributivo para el periodo de 2019 a 2021, a nivel de Grupo Relevante. ➤ Componente de procedimientos (a nivel de código de tecnología): el ajustador de cantidades delta se calcula con la información de MIPRES del Régimen Contributivo para el periodo de 2019 a 2021. ➤ Componente de dispositivos médicos (a nivel de código de tecnología): el ajustador de cantidades delta se calcula con la información de MIPRES del Régimen Contributivo para el periodo de 2019 a 2021. ➤ Componente de servicios complementarios (a nivel de código de tecnología): el ajustador de cantidades delta se calcula con la información de MIPRES del Régimen Contributivo para el periodo de 2019 a 2021. b) Factor de cantidades Delta $FQDELTA$ Ahora, para calcular el FQDELTA de cada uno de los anteriores componentes, se procede a sumar el resultado de multiplicar la $TASA\ DELTA_k$ por el siguiente criterio: la participación de los valores de los grupos relevantes con igual unidad de medida en el total de los valores de los grupos relevantes. $FQDELTA_c = Ajustador\ CANTIDADES\ Delta_{2022} = \sum TASA\ DELTA_k * \left(\frac{\sum VdUMC_k}{\sum_k VTUMC} \right)$ Donde, c = Corresponde a los componentes y su desagregación en el caso de medicamentos $VdUMC_k$: Valores totales de los grupos relevantes con igual unidad de medida $VTUMC$ = Valor total de las Unidades Mínimas de Concentración de cada Grupo Relevante El $FQDELTA_c$ se calcula para el Régimen Contributivo y sus resultados se utilizan en cada uno de los regímenes, Contributivo y Subsidiado. c) Cantidades Delta en UMC ($\hat{Q}_{FQDELTA}$) Para calcular las cantidades del Delta en UMC de los Grupos Relevantes para cada EPS o entidades adaptada se procede a multiplicar la suma de las cantidades reportadas en el periodo de análisis por el FQDELTA calculado.
$\hat{Q}_{FQDELTA_{2022,r,i,j,n}} = \left(Q_{r,i,j,n} + \hat{Q}_{FQA_{2022,r,i,j,n}} \right) * FQDELTA_c$ Donde, $Q_{r,i,j,n}$ cantidades de cada registro de la vigencia evaluada $\hat{Q}_{FQA_{2022,r,i,j,n}}$ cantidades que corresponden al factor de ajuste de cantidades para la vigencia 2022 $\hat{Q}_{FQDELTA_{2022}}$ cantidades que corresponden al factor de ajuste de cantidades delta para la vigencia 2022 r = 1,2,3,...,r corresponde a cada registro de la base de cálculo del presupuesto máximo i = 1, 2,3,... i corresponde al Grupo Relevante de medicamentos agrupados o APME o procedimientos o servicios complementarios j = 1,2,3,... 12 j corresponde a los meses de reporte de información de la vigencia evaluada n = 1, 2,3,... n corresponde a la EPS o EOC c = Corresponde a los componentes y su desagregación en el caso de medicamentos 2022 = corresponde a la vigencia del calculo del presupuesto máximo 3.1.3 Cantidades estimadas Se estiman las cantidades de UMC de cada Grupo Relevante de cada EPS o entidad adaptada y así poder establecer el Presupuesto Máximo de la siguiente forma: $\hat{Q}_{2022,r,i,j,n} = Q_{r,i,j,n} + \hat{Q}_{FQA_{2022,r,i,j,n}} + \hat{Q}_{FQDELTA_{2022,r,i,j,n}}$ Donde, $\hat{Q}_{2022}$ corresponde a las cantidades estimadas para la vigencia 2022 $Q_{r,i,j,n}$ cantidades de cada registro de la vigencia evaluada $\hat{Q}_{FQA_{2022,r,i,j,n}}$ cantidades que corresponden al factor de ajuste de cantidades para la vigencia 2022 $\hat{Q}_{FQDELTA_{2022}}$ cantidades que corresponden al factor de ajuste de cantidades delta para la vigencia 2022 r = 1, 2,3,...,r corresponde a cada registro de la base de cálculo del presupuesto máximo i = 1, 2,3,... i corresponde al Grupo Relevante de medicamentos agrupados o APME o procedimientos o servicios complementarios j = 1,2,3,... 12 j corresponde a los meses de reporte de información de la vigencia evaluada n = 1, 2,3,... n corresponde a la EPS o EOC 2022 = corresponde a la vigencia del calculo del presupuesto máximo 3.2 Valor máximo por UMC del Presupuesto Máximo 2022 A continuación, se presentan los criterios para la identificación de los valores máximos que serán utilizados para el cálculo del presupuesto máximo: Valor suministro$_{r,i,j,n}$ = Cantidad de UMC$_{r,i,j,n}$ * Valor UMC$_{r,i,j,n}$ Donde, Valor suministro = Valor total de las cantidades suministradas en UMC de cada Grupo Relevante Cantidad de UMC = Cantidades suministradas por Unidad Mínima de Concentración de cada Grupo Relevante Valor UMC = Valor de suministro por Unidad Mínima de Concentración de cada Grupo Relevante Entonces, $Valor\ UMC_{r,i,j,n} = VUMC_{r,i,j,n} = \frac{Valor\ suministro_{r,i,j,n}}{Cantidad\ de\ UMC_{r,i,j,n}}$ Dado que: Cantidad de UMC$_{r,i,j,n}$ = $Q_{r,i,j,n}$ Reemplazando: $Valor\ UMC_{r,i,j,n} = VUMC_{r,i,j,n} = \frac{Valor\ suministro_{r,i,j,n}}{Q_{r,i,j,n}}$	Para identificar el Valor Máximo 2022 por Grupo Relevante y por EPS o entidad adaptada ($Pmax^*_{r,i,j,n,2022}$) se tiene en cuenta tres conceptos: el $PRI_{i,2022}$, la mediana $\overline{VMediana}_{i,2022}$ calculadas en los numerales 2.1, 2.2, y 2.3, y el $VUMC_{r,i,j,n,2022}$. Es decir: $Pmax^*_{r,i,j,n,2022} = Valor\ Máximo\ 2022_{r,i,j,n,2022} = f(PRI_{i,2022}, \overline{VMediana}_{i,2022}, VUMC_{r,i,j,n,2022})$ Las definiciones de $PRI_{i,2022}$, $\overline{VMediana}_{i,2022}$, $VUMC_{r,i,j,n,2022}$ se encuentran en el numeral 1 de este anexo técnico. La forma de cálculo del Valor de Referencia es: $Valor\ de\ Referencia = VR_{i,2022} = \begin{cases} Si\ PRI_{i,2022} > 0; VR_{i,2022} = \text{Mínimo}(\overline{VMediana}_{i,2022}, PRI_{i,2022}) \\ Si\ PRI_{i,2022} = no\ disponible; VR_{i,2022} = \overline{VMediana}_{i,2022} \end{cases}$ Valor Máximo 2022 ($Pmax^*$): Corresponde al menor valor por UMC entre el Valor de Referencia del grupo relevante y el valor del Grupo Relevante de cada EPS o entidad adaptada de acuerdo con los siguientes criterios: Donde $Pmax^*_{r,i,j,n,2022} = \text{Mínimo}(VR_{i,2022}, VUMC_{r,i,j,n,2022})$ Para los componentes de medicamentos (diferentes a fórmulas magistrales), nutricionales APME, procedimientos y para el grupo de pañales del componente de servicios complementarios, el valor máximo será: $Valor\ Máximo\ 2022 = Pmax^*_{r,i,j,n,2022} = \begin{cases} Si\ VUMC_{r,i,j,n,2022} > VR_{i,2022}; Pmax^*_{r,i,j,n,2022} = VR_{i,2022} \\ Si\ VUMC_{r,i,j,n,2022} \leq VR_{i,2022}; Pmax^*_{r,i,j,n,2022} = VUMC_{r,i,j,n,2022} \end{cases}$ Para el componente de servicios complementarios, el valor máximo será: $Valor\ Máximo\ 2022 = Pmax^*_{i,j,n,2022} = \begin{cases} Si\ Servicios\ Complementarios \neq Pañales; Pmax^*_{i,j,n,2022} = VUMC_{r,i,j,n,2022} \end{cases}$ Para el tipo de medicamento fórmula magistral el valor máximo será: $Valor\ Máximo\ 2022 = Pmax^*_{i,j,n,2022} = \begin{cases} Si\ medicamentos = Formula_Magistral; Pmax^*_{i,j,n,2022} = VUMC_{r,i,j,n,2022} \end{cases}$ Esto significa que, en el componente de los servicios complementarios, exceptuando el grupo de pañales, y en los medicamentos fórmulas magistrales el Valor Máximo 2022 ($Pmax^*$) corresponde al valor reportado por la EPS o entidad adaptada: $VUMC_{r,i,j,n,2022}$. 3.3 Cálculo del presupuesto máximo 2022 De lo expuesto se procede a calcular el presupuesto máximo base 2022 de la siguiente forma: $Presupuesto\ Máximo\ base\ 2022_n = PtoMax_{n,2022} = \sum Pmax^*_{r,i,j,n,2022} * \hat{Q}_{2022,r,i,j,n}$ Los resultados del presupuesto máximo para las EPS o entidad adaptada de movilidad de cada uno de los regímenes contributivo y subsidiado se agregarán de acuerdo al código de la EPS o entidad adaptada del régimen a que pertenecen. 3.4 Ajustadores de medicamentos nuevos y de régimen Subsidiado Adicional al resultado que se obtiene en el numeral 3.3, se procede a reconocer a cada EPS o entidad adaptada un valor adicional teniendo en cuenta el código del régimen al cual se encuentra autorizada para operar.

3.4.1. Ajustador de medicamentos nuevos El ajustador de medicamentos nuevos se calcula con la información del periodo de 2016 a 2021 de las EPS o entidades adaptadas del Régimen Contributivo. Se toma el valor promedio anual de los medicamentos que se identificaron como nuevos en cada vigencia. Igualmente, se indexa con la inflación recomendada por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud en sesión No. 34 realizada el 22 de junio de la presente vigencia. Asimismo, se toman las cantidades de acuerdo con el grupo relevante y la unidad de medida, y se calcula la tasa de crecimiento conforme a la metodología de cálculo de los deltas establecida en el modelo econométrico de la presente metodología, se denomina <i>DeltaNuevasTecnó</i>. Este resultado se multiplica por la participación en valor de los medicamentos nuevos de cada año de estudio, que para 2022 se encuentran financiados con presupuesto máximo, el cual es 50%. El ajustador de medicamentos nuevos se calcula de la siguiente forma: $VMedNuevo_{2022} = \left[\frac{\sum_{2016}^{2021} VMedNuevo}{6} * (1 + inflación_{2022}) * (1 + DeltaNuevasTecnó) \right] * 50\%$ El porcentaje de reconocimiento de nuevos medicamentos se calcula así: $\%Ajte_{Tecnó} = \frac{VMedNuevo_{2022}}{\sum_n Presupuesto\ Máximo\ base\ 2022_n}$ Donde, <i>VMedNuevo</i> = valor de los nuevos medicamentos en su año de entrada, que ingresaron para el periodo 2016 a 2021 <i>inflación</i> = corresponde a la meta de inflación por parte del Ministerio de Hacienda para la vigencia 2022 <i>DeltaNuevasTecnó</i> = corresponde al delta por el incremento de cantidades de los nuevos medicamentos <i>n</i> = 1, 2, 3, ..., <i>n</i> corresponde a la EPS o EOC del Régimen Contributivo para el cálculo del ajustador de nuevos medicamentos 2022 = corresponde a la vigencia del cálculo del presupuesto máximo <i>%Ajte_{Tecnó}</i> = Corresponde al porcentaje de reconocimiento por nuevos medicamentos <i>Presupuesto Máximo base 2022</i> = Corresponde al presupuesto máximo calculado para las EPS o EOC del Régimen contributivo 3.4.2 Ajustador de Régimen Subsidiado El cálculo del porcentaje de ajuste para el régimen subsidiado se realiza de la siguiente forma: - Primero, se calcula el valor resultante de la diferencia entre el presupuesto máximo 2022 calculado con el valor de la mediana del régimen contributivo y el presupuesto máximo 2022 calculado con el valor de la mediana del régimen subsidiado de los registros de cada uno de los grupos relevantes de las EPS o entidad adaptada. - Segundo, el resultado anterior se divide sobre el valor del presupuesto máximo 2022 calculado con el valor de la mediana del régimen contributivo. $Valor_AjusteRSub = \left(\sum PMáx_medinaRSub2022_n - \sum Presupuesto\ Máximo\ base\ 2022_n \right)$$\%Ajte_RSub = \frac{Valor_AjusteRSub}{\sum Presupuesto\ Máximo\ base\ 2022_n}$ Donde, <i>Valor_{AjusteRSub}</i> = Diferencia entre el presupuesto máximo calculado con la mediana del R. Subsidiado y la mediana del R. C.	<i>PMáx_{medianaRSub2022}</i> = presupuesto máximo del R. Subsidiado aplicando en la metodología la mediana del R. Subsidiado <i>Presupuesto Máximo base 2022</i> = Corresponde al presupuesto máximo calculado para las EPS o EOC del Régimen Subsidiado <i>%Ajte_RSub</i> = Corresponde al porcentaje de reconocimiento para el Régimen Subsidiado <i>n</i> = 1, 2, 3, ..., <i>n</i> corresponde a la EPS o EOC del Régimen Subsidiado para el cálculo del ajustador de R. Subsidiado 2022 = corresponde a la vigencia del cálculo del presupuesto máximo 3.4.3 Presupuesto Máximo con ajustadores Una vez calculado el presupuesto máximo 2022, se procede a reconocer los ajustadores de medicamentos nuevos y de Régimen Subsidiado, según corresponda a cada Régimen de la siguiente forma: ➤ Régimen Contributivo: Una vez calculado el presupuesto máximo base 2022, se le reconocerá a las EPS o entidad adaptada del régimen contributivo un porcentaje por concepto de medicamentos nuevos así: <i>Presupuesto Máximo Final RC 2022_n</i> = <i>Presupuesto Máximo base RC 2022_n</i> * (1 + <i>%Ajte_Tecnó</i>) Donde, <i>%Ajte_Tecnó</i> = Corresponde al porcentaje de reconocimiento por medicamentos nuevos <i>Presupuesto Máximo Final RC 2022_n</i> = Corresponde al presupuesto máximo final de cada EPS o EOC del R. C. <i>Presupuesto Máximo base RC 2022</i> = Corresponde al presupuesto máximo calculado para las EPS o EOC del RC ➤ Régimen Subsidiado: Una vez calculado el presupuesto máximo base 2022, se le reconocerá a las EPS o entidad adaptada del régimen subsidiado un porcentaje por concepto de medicamentos nuevos y otro por concepto de ajustador de régimen subsidiado: <i>Presupuesto Máximo Final RS 2022_n</i> = <i>Presupuesto Máximo base RS 2022_n</i> * (1 + <i>%Ajte_RSub</i>) * (1 + <i>%Ajte_Tecnó</i>) Donde, <i>%Ajte_Tecnó</i> = Corresponde al porcentaje de reconocimiento por medicamentos nuevos <i>%Ajte_RSub</i> = Corresponde al porcentaje de reconocimiento por el Régimen Subsidiado <i>Presupuesto Máximo Final RS 2022_n</i> = Corresponde al presupuesto máximo final de cada EPS o EOC del R. S. <i>Presupuesto Máximo base RS 2022</i> = Corresponde al presupuesto máximo calculado para las EPS o EOC del RS El valor fijado por resolución para cada EPS o entidad adaptada para los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio de 2022, correspondientes a la asignación parcial del presupuesto máximo de la vigencia 2022, están incluidos en el cálculo del presupuesto máximo de toda la vigencia 2022. 3.5 Identificación y cálculo de grupos relevantes priorizados para revisión pormenorizada Para efectos de la fijación del presupuesto máximo de la vigencia 2022, se identificarán y priorizarán grupos relevantes para un proceso de revisión pormenorizada. La priorización tendrá en cuenta las variables del reporte histórico efectuado en el módulo de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES a corte 31 de marzo de 2022, bajo las cuales se identificarán desviaciones significativas frente al comportamiento de las entregas efectuadas en la vigencia 2021, específicamente las que corresponden a las financiadas con cargo al presupuesto máximo de la vigencia 2022. La revisión pormenorizada se realizará de manera posterior a la fijación del presupuesto máximo producto de la aplicación de la presente metodología, con el fin de verificar si existe o no justificación del comportamiento atípico, y en consecuencia definir el ajuste o el reembolso-compensación, si hay lugar a ello, sustentado en el resultado de la revisión y de conformidad con lo establecido en el numeral 14.3 y en el parágrafo 2 del artículo 14 de la Resolución 1139 de 2022.
Valor a reconocer Entre tanto se realiza la revisión pormenorizada de los grupos relevantes priorizados, conforme lo dispone el Anexo 2 del presente acto administrativo, para el cálculo del presupuesto máximo de la vigencia 2022 se establecerá el reconocimiento teniendo en cuenta lo siguiente: - Para los grupos relevantes libres de revisión pormenorizada, el valor a reconocer será el resultado de la aplicación de la metodología adoptada en el presente anexo. Esta información corresponde a la variable presupuesto grupos relevantes libres de revisión pormenorizada. - En los grupos relevantes sujetos a revisión pormenorizada, el cálculo del valor a reconocer considerará: - Para aquellos grupos relevantes que fueron tenidos en cuenta en el cálculo de la vigencia de 2021, se tomará el menor valor entre el resultado de la aplicación de la metodología adoptada en el presente anexo y el que les fue asignado para esos grupos en el presupuesto máximo inicial de esa vigencia. Cuando el menor valor corresponda al asignado para esos grupos en el presupuesto máximo inicial de la vigencia 2021, habrá lugar a reconocer un valor máximo adicional conforme al resultado de la revisión pormenorizada de que trata el Anexo 2 de la presente resolución, es decir, a un ajuste al presupuesto máximo en los términos del numeral 14.3 del artículo 14 de la Resolución 1139 de 2022. - Para aquellos grupos relevantes no considerados en el cálculo del presupuesto máximo de la vigencia 2021, el valor a reconocer será el definido con la aplicación de la metodología adoptada en el presente anexo. Habrà lugar a reembolso - compensación conforme lo prevé el parágrafo 2 del artículo 14 de la Resolución 1139 de 2022, cuando el resultado de la revisión pormenorizada cuyo procedimiento se encuentra establecido en el Anexo 2 de la presente resolución, así lo determine. Efectuados los cálculos de los ítems anteriores, se define el presupuesto máximo de la vigencia 2022 a reconocer a cada una de las entidades promotoras de salud en cada régimen o entidad adaptada, entre tanto se realiza el procedimiento de revisión pormenorizada de los grupos relevantes priorizados, cuyo resultado podría dar origen a un ajuste adicional o un reembolso-compensación ➤ Régimen Contributivo: <i>Presupuesto Máximo 2022_RC_n</i> = <i>PGR</i> libres <i>RP_RC_n</i> + <i>Valor GR</i> sujetos <i>RP_RC_n</i> Donde, <i>PGR</i> libres <i>RP_RC</i> = Presupuesto grupos relevantes libres de revisión pormenorizada del RC <i>PGR</i> con <i>RP_RC</i> = Presupuesto grupos relevantes sujetos a revisión pormenorizada del RC <i>Valor GR</i> sujetos a <i>RP_RC</i> = Reconocimiento de los grupos relevantes con revisión pormenorizada del RC <i>n</i> = 1, 2, 3, ..., <i>n</i> corresponde a la EPS o Entidad adaptada del Régimen Contributivo ➤ Régimen Subsidiado: <i>Presupuesto Máximo 2022_RS_n</i> = <i>PGR</i> libres <i>RP_RS_n</i> + <i>Valor GR</i> sujetos <i>RP_RS_n</i> Donde, <i>PGR</i> libres <i>RP_RS</i> = Presupuesto grupos relevantes libres de revisión pormenorizada del RS <i>PGR</i> con <i>RP_RS</i> = Presupuesto grupos relevantes sujetos a revisión pormenorizada del RS <i>Valor GR</i> sujetos a <i>RP_RS</i> = Reconocimiento de los grupos relevantes con revisión pormenorizada del RS <i>n</i> = 1, 2, 3, ..., <i>n</i> corresponde a la EPS del Régimen Subsidiado Una vez sea fijado el presupuesto máximo para la vigencia 2022, la ADRES determinará el monto pendiente por transferir de los meses restantes de la vigencia, considerando las asignaciones realizadas mediante las Resoluciones de carácter particular expedidas para cada EPS o entidad	adaptada para los meses de enero a junio de 2022 y la liquidación realizada por la ADRES en razón a los traslados de afiliados presentados durante el mismo periodo. 3.6 Reconocimiento de los traslados de afiliados con cargo al presupuesto máximo 2022 Para determinar el presupuesto máximo que se debe trasladar por cada afiliado de cada EPS o entidad adaptada, este Ministerio con una periodicidad cuatrimestral realizará la identificación del valor de las tecnologías y servicios que hicieron base para calcular el presupuesto máximo posterior a la aplicación de la metodología de cálculo de este, correspondiente a los afiliados que se trasladan de EPS o entidad adaptada durante la vigencia. El descuento y asignación de las tecnologías y servicios identificados será proporcional al número de meses faltantes para el cierre de la vigencia a partir del momento en el cual se efectuó el traslado. El monto total a trasladar se descontará del presupuesto máximo de la EPS o entidad adaptada origen del traslado y se le asignará al presupuesto máximo de la EPS o entidad adaptada receptora al corte de cada cuatrimestre. Para el caso de las EPS o entidad adaptada que no tengan información o con información incompleta, cuya asignación del presupuesto máximo deba realizarse conforme a las reglas anteriormente señaladas, la distribución del presupuesto máximo se realizará de acuerdo con el valor per cápita por las EPS o entidades adaptadas y se asignará como el resultado de multiplicar este valor per cápita por el número de afiliados trasladados a la EPS o entidad adaptada receptora. El per cápita de la EPS o entidad adaptada corresponderá al monto asignado del presupuesto pendiente por reconocer al momento de efectuarse el traslado del afiliado sobre el número de afiliados de la EPS o entidad adaptada. Para la distribución del presupuesto máximo de las EPS o entidades adaptadas que por estar en proceso de medida de vigilancia especial para administrar o liquidar se les efectúe el traslado de sus afiliados, el valor del presupuesto máximo a trasladar a las EPS o entidades adaptadas receptoras por los afiliados trasladados será el resultado de multiplicar el valor per cápita de la EPS o entidad adaptada por el número de afiliados trasladados a la EPS o entidad adaptada receptora. Este per cápita corresponderá al monto asignado del presupuesto máximo pendiente por reconocer al momento de efectuarse el traslado de sus afiliados sobre el número de afiliados de la EPS o entidad adaptada. Cuando se presente un traslado de asignación forzosa en los términos del Decreto 709 de 2021, este Ministerio realizará este ajuste en el mes siguiente a la asignación de los afiliados.

ANEXO TÉCNICO No. 2

PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA REVISIÓN PORMENORIZADA DE LOS GRUPOS RELEVANTES PRIORIZADOS

La revisión pormenorizada corresponde al proceso sistemático y documentado, mediante el cual se analiza la información reportada por la EPS o entidad adaptada para unos grupos relevantes (GR) de tecnologías objeto de financiación por presupuestos máximos, que puede ser extendida a otros grupos relevantes que se consideren necesarios. La información se compara y analiza de manera objetiva con el fin determinar la consistencia que guarda frente a los criterios que se consideren aplicables a cada caso y sus correspondientes referentes.

A continuación, se presentan los lineamientos para la realización de la revisión pormenorizada:

1. Definiciones y generalidades

a) Criterios de revisión pormenorizada:

Entendidos como el conjunto de procedimientos, estándares, requisitos o medidas utilizados como referencia para el desarrollo de la revisión pormenorizada.

b) Evidencia para revisión pormenorizada:

Registros reportados por la EPS o entidad adaptada, observaciones, aclaraciones o cualquier otra información que se considere pertinente para la validación de los criterios de la revisión pormenorizada. Validación entendida como la confirmación mediante la evaluación y el análisis de la evidencia frente a los criterios de la revisión pormenorizada.

c) Observaciones de revisión pormenorizada:

Corresponde a los resultados de la evaluación y análisis de la evidencia para revisión pormenorizada recopilada frente a los criterios, que pueden llegar a concluir:

iii) Si el criterio frente al cual se analiza la evidencia corresponde a un requisito legal, las observaciones de la revisión pormenorizada tendrán carácter de CUMPLE o NO CUMPLE.

d) Grupo relevante (GR):

Hace referencia al agrupamiento tanto de medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) y de procedimientos y servicios complementarios, definidos en el numeral 3.12 del artículo 3 de la Resolución 1139 de 2022.

2. Responsables

La revisión pormenorizada será realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, quien podrá convocar a otras dependencias de esta entidad y a entidades, según el desarrollo de la mismo.

3. Fuentes de información

La principal fuente de información corresponde a las entregas de las vigencias 2020 y 2021 de los servicios y tecnologías de salud registrados en el módulo de suministro, versiones 1.0 y 2.0 con cierre del ciclo de entrega de suministro de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES con fecha de suministros hasta el día 31 de marzo de 2022, proporcionada por la Oficina de Tecnologías de la Información – OTIC del Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicionalmente, podrán considerarse las siguientes fuentes de información complementaria:

- Información reportada para el Estudio de Suficiencia de UPC o en la herramienta tecnológica MIPRES en otras vigencias.

7. Por paciente

8. Por la temporalidad que se considere necesaria.

9. Por grupo relevante

10. Por cualquier otra agregación que se estime pertinente.

4.3 Criterios

Los criterios para la revisión pormenorizada para Medicamentos, Procedimientos y Servicios complementarios se relacionan así:

4.3.1 Criterios para revisión pormenorizada de medicamentos

DIMENSIÓN – CONSUMO

No.	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
1	Esquema terapéutico	ET	Permite identificar si la pauta de dosificación del medicamento prescrito se encuentra en rangos terapéuticos según la Dosis Máxima de tratamiento reportada en la literatura, según los datos de suministro.	UMC prescrita o suministrada x evento	ET= (UMC suministrada s/ días de tratamiento)	Dosis Máxima de Tratamiento/ día	Registros donde la cantidad suministrada excede la Dosis Máxima de Tratamiento/ día
				Días de tratamiento			
2	Duración del tratamiento farmacológico	DTF	Permite identificar aquellos casos en donde la duración del tratamiento farmacológico instaurado excede la recomendada en casos específicos.	Días de tratamiento prescritos	DTF: (días de tratamiento según prescripción/ Número máximo de días o ciclos de tratamiento recomendados)	Días de Tratamiento máximos	Registros donde el tiempo de tratamiento total excede el recomendado
				Días de tratamiento recomendados para la pauta posológica			
3	Población de estudio	PU	Relacionado con el número de personas únicas que reciben medicamento del GR en cada vigencia para establecer comportamientos de consumo.	Personas Únicas que reciben el medicamento en 2021	PU= (Personas únicas con suministro en 2021) / (Personas únicas con suministro en 2020)	Crecimiento en personas únicas entre vigencias	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación.
				Personas Únicas que reciben el medicamento en 2020			
4	Consumo por DDD	CDDD	Permite conocer el consumo en DDD por medicamento en un periodo de tiempo determinado	UMC suministrada x evento	CDDD= (UMC suministrada s x evento/ DDD)	Crecimiento en DDD entre vigencias	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación.
				DDD			
5	Consumo x 1000 habitantes y día DHD	CDHD	Es la estimación del número de personas de cada 1.000 de la población que están recibiendo al día una DDD de un determinado medicamento	UMC suministrada año	CDHD= (UMC suministrada s x 1000) / (DDD x habitantes)	Crecimiento en DDD x 1000 habitantes y día entre vigencias	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación.
				DDD X habitantes x 365			

- Bases de datos de registros sanitarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.

- Todas aquellas bases de datos internacionales o nacionales que se consideren necesarias para la integralidad de la revisión.

La utilización de cada fuente de información complementaria se relacionará en el informe final de revisión pormenorizada.

4. Criterios de revisión pormenorizada

Los criterios se desarrollarán en tres dimensiones de análisis a partir de los registros administrativos incluidos en la herramienta tecnológica de MIPRES, principalmente en el módulo de suministro, los cuales podrán ser cotejados entre distintas dimensiones y niveles de agregación.

Los criterios podrán generar alarmas para el análisis de cada grupo relevante o simplemente complementar la información del comportamiento de cada grupo relevante, sin embargo y de requerirse, se podrán analizar no sólo las alertas creadas, sino la totalidad de registros reportados.

4.1 Dimensiones

Las Dimensiones contempladas corresponden a las siguientes:

i) Dimensión Consumo.

Enfocada en analizar las tendencias de consumo de los grupos relevantes objeto de revisión, incluyendo de ser necesario variables de comparación que permitan la confrontación frente a un consumo referente, estimado o histórico.

ii) Dimensión Gasto.

Enfocada en analizar el comportamiento del gasto en lo relacionado a los valores reportados, valores totales de tratamiento, desviaciones frente a precios máximos regulados cuando aplique, o valores de referencia, entre otros.

iii) Dimensión Uso.

Enfocada en analizar el uso de las tecnologías incluidas en cada grupo relevante en cuanto a la coherencia, consistencia o concordancia frente a la indicación autorizada, diagnósticos de prescripción, alternativas de tratamiento, grupos poblacionales y etarios, entre otras variables.

En caso de llegar a requerirse, se podrá desarrollar la siguiente cuarta dimensión, o las que se consideren necesarias.

iv) Dimensión congruencia clínica.

Enfocada en profundizar en otros registros detallados y soportes de la prestación de servicios, mediante los cuales se amplíe la información para reportes no consistentes como resultado de la aplicación de las tres dimensiones anteriores, entre la tecnología prescrita y las características clínicas del paciente. En este caso la revisión será efectuada por la institución que tenga las competencias para tal fin.

4.2 Niveles de agregación

En la revisión de las 3 dimensiones (consumo, gasto y uso), será posible realizar la agregación de variables a distintos niveles para el análisis o la presentación de resultados, según sea posible, con la información de los registros administrativos y otras fuentes seleccionadas, desde diferentes roles y según se considere relevante, así:

1. Por Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) o Entidades Adaptadas

2. Por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

3. Por Proveedores, operadores logísticos o gestores farmacéuticos, encargados de la dispensación de tecnologías.

4. Por Zonas geográficas donde se reporta la dispensación.

5. Por Subgrupo Terapéutico para medicamentos objeto de revisión.

6. Por tecnología

No.	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
4	Gasto per cápita relativo	SPCR	Valor per cápita por personas consumidoras del GR para conocer el índice de gasto.	Valor total por cada GR número de personas únicas con suministro del GR	$SPCR = (\text{Valor total por GR}) / (\text{Personas únicas con suministro del GR})$	Variación porcentual por agregados	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
5	Gasto per cápita absoluto	SPCA	Valor per cápita por medicamento y población expuesta por régimen, que permite conocer un índice de gasto por régimen.	Valor total por cada GR número de afiliados expuestos por régimen	$SPCA = (\text{Valor total por GR}) / (\text{Población expuesta por régimen})$	Variación porcentual por agregados	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
6	Relación global de Gasto farmacéutico por fuente de financiación entre vigencias	RGGMFFI	Relación entre vigencias del gasto farmacéutico de Presupuesto Máximo frente a UPC por persona según EPS, régimen y fuente de financiación.	(Costo total medicamentos MIPRES 2021/Costo total medicamentos UPC 2021) (Costo total medicamentos MIPRES 2020/Costo total medicamentos UPC 2020)	$RGGMFFI = (\text{Costo total medicamentos MIPRES 2021/Costo total medicamentos UPC 2021}) / (\text{Costo total medicamentos MIPRES 2020/Costo total medicamentos UPC 2020})$	Variación porcentual por agregados	Complementaria para alertas

DIMENSIÓN – USO

#	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
1	Concordancia población objeto para enfermedades huérfanas (EH)	CPO EH	Número de personas con medicamentos para EH frente a personas incluidas en el registro nacional de EH	Personas únicas con medicamento para EH (Única Indicación) Personas únicas en registro de EH	$CPOEH = (\text{Personas únicas con medicamento para EH (Única Indicación)}) / (\text{Personas únicas en registro de EH})$	Personas registradas en Base de EH.	Registros con personas no registradas en base de datos de EH.
2	Concordancia por Grupo poblacional según indicación	CGPI	Permite conocer el número de personas consumidoras de un principio activo con restricción de población (edad, sexo, etc.) por vigencia.	Filtro: sexo y Grupo Etario	$CGPI = (\sum \text{Personas únicas con suministro por grupo quinquenal y sexo})$	CUMPLIMIENTO: Variación en personas únicas entre vigencias.	Registros no concordantes con los filtros aplicados
3	Concordancia del diagnóstico reportado	CDX	Permite conocer la relación entre los diagnósticos (Dx) reportados por prescripción y la indicación autorizada del medicamento	Número de diagnósticos relacionados con las indicaciones del medicamento Número total de diagnósticos reportados para el medicamento	$CDX = ((\text{Número de Dx relacionados con la indicación (Meses)}) / ((\text{Número total de Dx reportados por medicamento}) / (\text{Meses})))$	Dx según indicación	Registros no concordantes según diagnóstico e indicación autorizada
4	Población consumidora Subgrupo Terapéutico.	PCS T	Permite conocer el número de personas consumidoras de un GR frente a las personas consumidoras de los P.A. del Subgrupo Terapéutico	(Personas únicas con suministro por cada P.A. del Subgrupo Terapéutico) (Personas únicas con suministro de todos los P.A. del Subgrupo Terapéutico)	$PCST = ((\sum \text{Personas únicas con suministro por cada P.A. del Subgrupo Terapéutico}) / (\sum \text{Personas únicas con suministro de todos los P.A. del Subgrupo Terapéutico}))$	Distribución de consumo por personas únicas y Subgrupo Terapéutico, entre vigencias.	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el subgrupo Terapéutico

#	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	VARIABLES	FÓRMULA	TIPO DE OBSERVACIÓN	ALERTA CUANDO:
2	Gasto per cápita relativo	SPCR	Valor per cápita por personas consumidoras del GR para conocer el índice de gasto.	Numerador Denominador Nivel de agregación	Valor total por cada GR número de personas únicas con suministro del GR por GR, agregado por: Zona UPC, ciudad, Departamento, IPS, EPS, Proveedor, mes y año.	$SPCR = (\text{Valor total por GR}) / (\text{Personas únicas con suministro del GR})$	INDICATIVO: desviación por agregados	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
3	Gasto per cápita absoluto	SPCA	Valor per cápita por medicamento y población expuesta por régimen, que permite conocer un índice de gasto por régimen.	Numerador Denominador Nivel de agregación	Valor total por cada GR número de afiliados expuestos por régimen por GR, agregado por: Zona UPC, ciudad, Departamento, IPS, EPS, Proveedor, mes y año.	$SPCA = (\text{Valor total por GR}) / (\text{Población expuesta por régimen})$	INDICATIVO: desviación por agregados	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
4	Relación global de Gasto por fuente de financiación entre vigencias	RGGMFFI	Relación intervigencia del gasto de Presupuesto Máximo frente a UPC por persona según EPS, régimen y fuente de financiación.	Numerador Denominador Nivel de agregación	(Costo total Procedimiento s MIPRES 2021/Costo total Procedimiento s UPC 2021) (Costo total Procedimiento s MIPRES 2020/Costo total Procedimiento s UPC 2020) Por rangos y EPS	$RGGMFFI = (\text{Costo total procedimiento s MIPRES 2021/Costo total procedimiento s UPC 2021}) / (\text{Costo total procedimiento s MIPRES 2020/Costo total procedimiento s UPC 2020})$	INDICATIVO: desviación por agregados	

DIMENSIÓN – USO

#	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	VARIABLES	FÓRMULA	TIPO DE OBSERVACIÓN	ALERTA CUANDO:
1	Concordancia entre el diagnóstico reportado	CDX	Permite conocer la relación entre los diagnósticos reportados por prescripción y la indicación del procedimiento	Numerador Denominador Base o Discriminación	Número de diagnósticos relacionados con las indicaciones del procedimiento Número de diagnósticos NO relacionados con las indicaciones del procedimiento Por capítulo CIE 10 o por Dx a 4 dígitos	$CDX = ((\text{Número de Dx relacionados con la indicación (Meses)}) / ((\text{Número de Dx NO relacionados con la indicación}) / (\text{Meses})))$	CONCORDANCIA: Registros concordantes por Dx	Registros no concordantes según diagnóstico e indicación autorizada
2	Concordancia entre el GR y el ámbito de uso	CGRAU	Permite conocer la concordancia entre el procedimiento o su ámbito de uso	Numerador Denominador	(Registros en los que el ámbito de uso cumple con el esperado para el Procedimiento) (Total de Registros cada)	(Cantidad suministrada en UMD o UMC) / (Cantidad prescrita en UMD o UMC)	CONCORDANCIA: Registros concordantes por ámbito de uso.	Registros con ámbito distinto al esperado para el procedimiento

#	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
5	Concordancia entre el GR y el ámbito de uso	CGRAU	Permite conocer la concordancia entre el principio activo del GR y su ámbito de uso.	(Registros en los que el ámbito de uso cumple con el esperado para el P.A.) (Total de Registros cada P.A.)	$CGRAU = (\text{Cantidad suministrada en UMD o UMC}) / (\text{Cantidad prescrita en UMD o UMC})$	Ámbito de uso del medicamento	Registros con ámbito distinto al esperado para el medicamento.
6	Proporción de suministro genérico e innovadores	PSGI	Establece la proporción de genéricos y productos innovadores en los medicamentos que aplique.	(Número de registros con suministro de medicamentos genéricos) / (Total de Registros cada P.A.)	$PSGI = ((\sum \text{Registros con suministro de medicamentos genéricos}) / (\sum \text{Registros con suministro de medicamentos}))$	Marcadón de medicamentos genéricos o innovadores	Informativo.

4.3.2 Criterios para revisión pormenorizada de procedimientos

DIMENSIÓN – CONSUMO

#	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
1	Población de estudio	PU	Número de personas únicas que reciben el procedimiento en cada vigencia.	Personas únicas que reciben el procedimiento en 2021 Personas únicas que reciben el procedimiento en 2020	$PU = (\text{Personas únicas con suministro en 2021}) / (\text{Personas únicas con suministro en 2020})$	Crecimiento en personas únicas entre vigencias	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación.
2	Población consumidora por grupo quinquenal y sexo	PCGQXS	Permite conocer el número de personas consumidoras de un procedimiento por cada uno de los grupos quinquenales y según sexo por vigencia	Filtro: Código ATC, Género y Grupo Etario	$(\sum \text{Personas únicas con suministro por grupo quinquenal y sexo})$	Variación en personas únicas entre vigencias.	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
3	Origen Prescripción	OP	Distribución de la prescripción originada en el país según nivel de agregación para un procedimiento particular	Total de procedimientos prescritos en el periodo de análisis por nivel de agregación. Total de procedimientos prescritos en el periodo de análisis. Por prescriptor, IPS, EPS	$OP = ((\sum \text{Procedimientos prescritos por nivel de agregación}) / (\sum \text{Procedimientos prescritos en el periodo de análisis}))$	Distribución por origen de prescripción	Observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación

DIMENSIÓN – GASTO

#	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	VARIABLES	FÓRMULA	TIPO DE OBSERVACIÓN	ALERTA CUANDO:
1	Gasto entre vigencias	SGIV	Permite conocer la variación porcentual del gasto entre vigencias por EPS	Numerador Denominador Nivel de agregación	Valor total por cada procedimiento 2021 Valor total por cada procedimiento 2020 Por registro de suministro, y agregados por: Zona UPC, ciudad.	$SGIV = (\text{Valor total por P.A. 2020/Valor total P.A. 2021})$	INDICATIVO: desviación porcentual por GR de un mismo P.A. y F.F.	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación

					Procedimientos			
					Base o Discriminación	Por MES, AÑO Y EPS		

4.3.3 Criterios para revisión pormenorizada de servicios complementarios

#	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
1	Valor Total	SC_VT	Es el valor total reportado en cada registro	Valor total entregado en el año 2021	$SC_VT = \text{Valor total entregado}$	Percentil	Observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
2	Cantidades	SC_Q	Son las cantidades reportadas en cada registro	cantidades reportadas en el año 2021	$SC_Q = \text{Cantidades entregadas}$	Percentil	Observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
3	Valor Unitario	SC_VU	Es el valor unitario reportado en cada registro	Valor unitario en el año 2021	$SC_VU = \text{Valor total entregado/cantidad}$	Percentil	Observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
5	Diferencia en Valor Total	SC_DVT	Es la diferencia en valor total reportado según nivel de agregación	Valor total entregado en los años 2020 y 2021	$SC_DVT = \text{Valor total entregado 2021 - Valor total entregado 2020}$	Diferencia	Observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
6	Diferencia en Cantidades	SC_DQ	Es la diferencia en cantidades reportadas según nivel de agregación	Cantidad entregada en los años 2020 y 2021	$SC_DQ = \text{Cantidad entregada 2021 - Cantidad Entregada 2020}$	Diferencia	Observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
7	Cantidad Dispensada de pañales por persona	SC_PPP	Cantidad Dispensada de pañales por persona	Cantidad dispensada por pañales	$SC_PPP = \text{Cantidades entregadas de pañales por persona}$	Cantidad dispensada de pañales sin necesidad de junta médica	Cantidad dispensada de pañales por persona mayor a 1440 en el año sin evidencia de junta médica

4.3.4. Criterios para revisión pormenorizada de los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME)

DIMENSIÓN - CONSUMO

#	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES (s) y FÓRMULA	ALERTA
1.1	APME_Con1.1	Permite validar la duración del tratamiento cuando en el diagnóstico principal del paciente se reporta una abertura que haga necesario el suministro de soporte nutricional enteral por sonda de forma permanente, en los casos en que esta información se encuentre disponible	Duración del tratamiento (meses)	Duración del tratamiento mayor a 6 meses
1.2	APME_Con1.2	Permite validar la duración del tratamiento cuando la vía de administración del APME es sonda y en el diagnóstico principal del paciente no se reporta una abertura que haga necesario el suministro de soporte nutricional enteral por sonda de forma permanente, en los casos en que esta información se encuentre disponible	Duración del tratamiento (meses)	Duración del tratamiento mayor a 1 mes
1.3	APME_Con1.3	Permite validar la duración del tratamiento cuando la vía de administración del APME es oral, en los casos en que esta información se encuentre disponible	Duración del tratamiento (meses)	Duración del tratamiento mayor a 3 meses

2	APME_Con2	Permite validar la cantidad entregada de producto por día de tratamiento cuando la vía de administración del APME es oral, teniendo en cuenta la presentación comercial correspondiente a cada código MIPRES de APME, en los casos en que esta información se encuentre disponible	☐ Cantidad entregada de producto (unidades según presentación comercial) ☐ Duración del tratamiento (días) Fórmula: Cantidad entregada de producto (unidades) / Duración del tratamiento (días)	Cantidad entregada de producto mayor a 2 unidades al día
DIMENSIÓN - GASTO				
#	ABREV	DESCRIPCIÓN	VARIABLES (s) y FÓRMULA	ALERTA
3	APME_Gas3	Permite validar la variación en el valor del tratamiento entregado por UMC con respecto a los valores de referencia de presupuesto máximo definidos para cada grupo relevante de APME en las vigencias 2020 y 2021	☐ Valor entregado por UMC ☐ VR por UMC Fórmula = (Valor entregado por UMC / VR por UMC) x 100	Variación en el valor del tratamiento entregado por UMC mayor al 100%
DIMENSIÓN - USO				
	ABREV	DESCRIPCIÓN	VARIABLES (s) y FÓRMULA	ALERTA
4	APME_U4	Permite validar la edad del paciente en el momento en que fue realizada la prescripción teniendo en cuenta el grupo poblacional al cual se encuentra dirigido cada APME según la descripción del registro sanitario, en los casos en que esta información se encuentre disponible	☐ Edad del paciente ☐ Edad mínima y edad máxima a las cuales se encuentra dirigido el APME según la descripción del registro sanitario	Edad del paciente menor a la mínima o mayor a la máxima a la cual se encuentra dirigido el APME según la descripción del registro sanitario
5	APME_U5	Permite validar el diagnóstico principal del paciente frente a los grupos de patologías para los cuales se encuentran diseñados algunos APME de uso específico, considerando las categorías de clasificación de los productos en las tablas de referencia de MIPRES, en los casos que aplique	☐ Diagnóstico principal del paciente ☐ Grupos de patologías para los cuales se encuentran diseñados algunos APME de uso específico según la descripción del registro sanitario	Diagnóstico principal del paciente diferente a los grupos de patologías para los cuales se encuentran diseñados algunos APME de uso específico según la descripción del registro sanitario, en los casos que aplique
5. Periodo de la revisión pormenorizada La revisión pormenorizada se iniciará una vez se expidan los actos administrativos mediante los cuales se fije el presupuesto máximo de la vigencia 2022 a cada EPS o entidad adaptada, cuya entrega de resultados se realizará durante el último trimestre de la presente vigencia. 6. Actividades generales de la revisión pormenorizada 6.1. Alistamiento y análisis de la información. La revisión pormenorizada inicia con el alistamiento de la información requerida a partir de los registros administrativos reportados por las EPS o entidades adaptadas en la vigencia 2021 según los cortes de información señalados				
				anteriormente, y se procederá a la confrontación, análisis, y evaluación frente a los criterios definidos, teniendo en cuenta información de diferentes vigencias.
6.2. Identificación de alertas y observaciones. En esta etapa se consolidan los registros que se consideran consistentes con los criterios definidos y se marcarán como "Registro sin alerta". De otro lado, aquellos que generen alertas en el proceso de revisión pormenorizada se marcan como "registro con alerta" y se conformarán las observaciones y solicitudes de aclaración a las EPS o entidades adaptadas. 6.3. Aclaraciones a solicitudes. Producto de la revisión pormenorizada, las EPS o entidades adaptadas podrán realizar las correspondientes aclaraciones a cada una de las solicitudes y observaciones realizadas por este Ministerio, en los formatos y fechas que se establezcan para tal fin. Aquellos "registros con alerta" incluidos en las solicitudes de aclaración en los que no se reciba respuesta por parte de las EPS o entidades adaptadas en los tiempos y formatos definidos, se marcarán como "registros divergentes". En el momento de solicitar información para la aclaración de observaciones producto del proceso de revisión pormenorizada, se darán a conocer los canales o medios de comunicación a utilizar para que las EPS presenten toda la información que se requiera. 6.4. Revisión de las aclaraciones. Este Ministerio realizará el análisis de las aclaraciones presentadas por las EPS y definirá si permiten explicar las observaciones de la revisión pormenorizada, comunicando a cada EPS la respuesta a su aclaración. Aquellos registros en los que la aclaración presentada por la EPS permita explicar su comportamiento se considerarán "Registros con aclaración - consistente". Por su parte, aquellos registros en los que la aclaración recibida de la EPS no permita explicar su comportamiento se marcarán como "Registros con aclaración- no consistente". 7. Informe final de la revisión pormenorizada Este Ministerio elaborará el informe final de la revisión pormenorizada en el que se consignen las observaciones, las aclaraciones presentadas por las EPS o entidades adaptadas, su correspondiente análisis y las conclusiones respectivas, dando como resultado dos tipos de registros: a. Registro consistente: incluye los "Registro sin alerta" y los "Registros con aclaración - consistente" detallando la aclaración propuesta por la EPS. b. Registro no consistente: incluye los "Registros divergentes" y los "Registros con aclaración- no consistente". 8. Información, divulgación y socialización. Se informará de manera particular el resultado del proceso de revisión pormenorizada a cada una de las EPS o entidades adaptadas involucradas en este proceso, y de considerarse necesario, se dará traslado a las entidades de inspección, vigilancia y control.				
				(C. F.).

MINISTERIO DE TRANSPORTE

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 20223040044065 DE 2022

(julio 29)

por la cual se adopta el reglamento técnico aplicable a sistemas de contención vehicular.

La Ministra de Transporte, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas por los numerales 2.2 y 2.7 del artículo 2º, y 6.1 y 6.2 del artículo 6º del Decreto 87 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 2º de la Constitución Política de Colombia establece que las autoridades públicas están instituidas para brindar protección a las personas, resguardando su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades.

Que según lo dispuesto en el artículo 78 de la Constitución Política de Colombia, serán responsables, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios.

Que el Consejo de Estado ha señalado que la seguridad personal se constituye en un derecho fundamental, así como el derecho a la vida, por lo cual las autoridades están obligadas a garantizar las condiciones para su ejercicio, eliminando amenazas que impliquen una violación potencial a dichos derechos. (Fallo con radicado número68001-23- 33-000-2015-00018-01 (AC) del 15-04-2015).

Que de conformidad con lo dispuesto en el literal e) del artículo 2º de la Ley 105 de 1993, la seguridad de las personas se constituye una prioridad del sistema y del sector transporte.

Que el artículo 2º del Decreto 087 de 2011, establece que el Ministerio de Transporte, tiene entre sus funciones: “2.2. Formular las políticas del Gobierno nacional en materia de transporte, tránsito y la infraestructura de los modos de su competencia” y “2.7. Fijar y adoptar la política, planes y programas en materia de seguridad en los diferentes modos de transporte y de construcción y conservación de su infraestructura.”

Que el artículo 6º del Decreto 087 de 2011, establece entre las funciones del Despacho del ministro de transporte, las siguientes: “6.1. Orientar, dirigir, coordinar, planificar, controlar y evaluar el cumplimiento de las funciones a cargo del Sector, en materia de transporte, tránsito e infraestructura de todos los modos. 6.2. Definir y establecer las políticas en materia de transporte, tránsito, e infraestructura de todos los modos.”

Que de conformidad con lo establecido en los numerales 2.7 y 6.1 del artículo 9º de la Ley 1702 de 2013 “por la cual se crea la Agencia Nacional de Seguridad Vial y se dictan otras disposiciones” le corresponde a la Agencia Nacional de Seguridad Vial (ANSV), definir, dentro del marco del derecho fundamental a la libre circulación, los reglamentos, las acciones y requisitos necesarios en seguridad vial que deban adoptarse para la reducción de los accidentes de tránsito en el territorio nacional y promover el diseño e implementación de sistemas de evaluación de los niveles de seguridad vial de la infraestructura.

Que el artículo 8º de la Ley 1682 de 2013 “por la cual se adoptan medidas y disposiciones para los proyectos de infraestructura de transporte y se conceden facultades extraordinarias”, define los principios bajo los cuales se planeará y desarrollará la infraestructura del transporte, entre los que se encuentra la seguridad y señala: “La infraestructura de transporte que se construya en el país deberá atender a criterios y estándares de calidad, oportunidad, seguridad y la visión de cero muertes en accidentes, para cualquier modo de transporte. Esta seguridad involucra las acciones de prevención o minimización de accidentes de tránsito y las encaminadas a proveer la información de las medidas que deben adoptarse para minimizar las consecuencias de un accidente al momento de su ocurrencia.”

Que mediante la Resolución 2273 de 2014, el Ministerio de Transporte “por la cual se ajusta el Plan Nacional de Seguridad Vial 2011-2021 y se dictan otras disposiciones” dentro del pilar estratégico de infraestructura en el programa “Programa normatividad y especificaciones para una infraestructura segura” numeral 4.2, determinó la importancia de consolidar las vías colombianas como ambientes seguros para la atención de las necesidades de movilización de todos los actores de la vía. Al respecto, estableció como programa prioritario, la definición y actualización de especificaciones técnicas para una infraestructura vial segura, dentro del cual identificó la necesidad de desarrollar guías o reglamentos para los sistemas de contención vehicular.