

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIONES

RESOLUCIÓN NÚMERO 0000227 DE 2024

(febrero 19)

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 demás Entidades Adaptadas para la vigencia 2023.

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 literal i) del artículo 5° de la Ley 1751 de 2015 y el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, y

CONSIDERANDO:

Que, conforme con la facultad otorgada en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, este Ministerio mediante la Resolución número 1139 de 2022 estableció 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), sustituyendo la Resolución número 586 de 2021, salvo la metodología adoptada en la Resolución número 205 de 2020, la cual permanece vigente.

Que, en tal sentido, corresponde a este Ministerio adoptar la metodología para la fijación del presupuesto máximo a transferir a cada una de las EPS del régimen Contributivo y Subsidiado y a las entidades adaptadas, y el cálculo de ajustes cuando a ello haya lugar, tal como se previó en el artículo 11 de la citada Resolución número 1139 de 2022.

Que, atendiendo a que se determinó que la información de garantía de suministro del año 2022 necesaria para la asignación total del presupuesto máximo de la vigencia 2023 debía generarse el 31 de marzo de 2023, en el mes de diciembre de 2022 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 demás Entidades Adaptadas para los primeros seis meses de 2023.

Que, para determinar el presupuesto máximo que se asignó a las EPS y demás entidades adaptadas para los primeros seis (6) meses de la vigencia 2023, se consideró: i) el valor asignado a cada una de las EPS o entidades adaptadas, como resultado de aplicación de la metodología del presupuesto máximo adoptado mediante la Resolución número 1318 de 2022, ii) la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que ya no se financian con Presupuesto Máximo para la vigencia 2022 y, iii) el incremento de la inflación recomendada por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud para el año 2023, que fue de 7,15%.

Que, para el cálculo del valor del presupuesto máximo de los meses de julio, agosto, septiembre y octubre de 2023, se toma como base la asignación realizada para el primer semestre. Para las entidades que se identificó un menor reporte de información, el valor de los meses de julio, agosto, septiembre y octubre se calculó teniendo en cuenta la asignación realizada para el primer semestre y el valor calculado para toda la vigencia 2023.

Que el presupuesto máximo para los meses de enero a octubre de la vigencia 2023 de las EPS y entidades adaptadas autorizadas para operar en movilidad, se encuentra contenido en el valor asignado conforme al código de la EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado, según corresponda.

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 2022, con fecha de suministro entre el 1° de enero de 2022 y el 15 de enero de 2023, con el propósito de que estas realizaran la gestión de su información dentro de la herramienta tecnológica MIPRES hasta el 31 de marzo de 2023.

Que la fuente de información para determinar el presupuesto máximo de la vigencia 2023 corresponde a la reportada y gestionada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, los operadores logísticos de tecnologías de salud, gestores farmacéuticos, y las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), 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 de entrada 202342300668372.

Que la base de datos de 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 la herramienta tecnológica MIPRES.

Que, con base en la información presentada, la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en sesión número 43 desarrollada el día 29 de diciembre de 2023, recomendó realizar el reconocimiento de presupuesto máximo para vigencia 2023 a las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y a las entidades adaptadas, teniendo en cuenta la inflación causada de la vigencia 2022 (13.12%).

Que por medio de la Resolución número 2022310010005358-6 de 17-08-2022, la Superintendencia Nacional de Salud, autorizó el funcionamiento como EPS del régimen contributivo a la sociedad Salud Bolívar EPS S.A.S., por lo que se establece una metodología diferente para la EPS en mención, atendiendo a que por su corto tiempo de creación y funcionamiento no reporta información suficiente en la herramienta tecnológica Mipres.

Que, por lo anteriormente expuesto, resulta necesario adoptar la metodología para la definición del presupuesto máximo de la vigencia 2023, que se estructura con base en la fuente de información antes referenciada, cuya proyección se realiza teniendo en cuenta un ajustador de servicios y tecnologías de salud prestados pero no reportados en el cierre del ciclo de entrega de suministro de Mipres, factores de cantidades delta, la definición de valores de referencia, un ajustador de medicamentos nuevos y un ajustador para el régimen subsidiado.

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 demás Entidades Adaptadas para la vigencia 2023, contenida en el anexo técnico que hace 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, las demás 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 19 de febrero de 2024.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

ANEXO TÉCNICO

METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO DE LA VIGENCIA 2023 POR EPS O ENTIDAD ADAPTADA DE LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

A continuación, se presentan los criterios para el cálculo del presupuesto máximo de la vigencia 2023.

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):** 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 entrega entre enero 1 y diciembre 31 de 2022, y con fecha de suministro entre enero 1 de 2022 y marzo 31 de 2023.

- **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 202342300668372, y la información del módulo de suministros con cierre de ciclo de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES con fecha de entrega entre enero 1 y diciembre 31 de 2022, y con fecha de suministro entre enero 1 de 2022 y marzo 31 de 2023, 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, 2021 y 2022.

Para los tipos de tecnologías Alimentos 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, 2021 y 2022.

- **Fuente de información para el factor cantidades ajustadas:** La información para el cálculo del factor cantidades ajustadas corresponde a la información del módulo de suministros con cierre de ciclo de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES del Régimen Contributivo y Subsidiado con fecha de entrega de los años 2019, 2020, 2021 y 2022.

- **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

<p>del servicio, y la información del módulo de suministros con cierre de ciclo de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES para los años 2019, 2020, 2021 y 2022 por fecha de entrega. Mediante las bases de datos de medicamentos que publica el INVIMA se identificaron aquellos medicamentos nuevos que ingresaron en cada año del período evaluado.</p> <p>b) Gestión de la información: A la base de datos considerada para el cálculo se le realizan las siguientes validaciones:</p> <p>Consistencia: se realiza la identificación de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 afiliado, que recibe el servicio, actualizado al momento de la fecha de entrega de la tecnología en salud. Número de identificación diferente a valor entregado, o diferente a cantidad entregada. Campos numéricos propios de MIPRES, tales como TX_ID, Código_tecnología, etc., deben ser diferentes a valor entregado o a cantidad entregada. <p>Oportunidad: se identifican y excluyen los registros con fecha de entrega del servicio o tecnología superior a 390 días a partir de la fecha de prescripción.</p> <p>Cobertura: Se identifican los códigos de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos del presupuesto máximo en la vigencia 2023. 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].</p> <p>En el caso de los medicamentos con alguna indicación UNIRS, se revisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para los Medicamentos identificados como UNIRS y prescritos en MIPRES como TIPOMED=7, se incluye en la base de presupuesto máximo. Para los Medicamentos identificados como UNIRS y no prescritos en MIPRES como TIPOMED=7, se revisan las justificaciones e indicaciones registradas en el Módulo de prescripción y en el de tutelas, una por una. Producto del análisis de estas justificaciones, en conjunto con todos los diagnósticos disponibles del mismo registro, se concluye si el medicamento fue utilizado en la indicación UNIRS; en caso de ser afirmativo se incluye en la base de presupuesto máximo, y en caso contrario mantiene su financiación con cargo a la UPC. <p>En el caso de los medicamentos tipo Fórmulas Magistrales, se revisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Para las fórmulas magistrales se definió una tabla de cobertura a partir de los principios activos, prescritos en MIPRES como TIPOMED=3, relacionados en el Módulo de prescripción y en el de tutelas, para cada registro con entrega y 	<p>suministro de este tipo de medicamento. Esta tabla de cobertura define si se incluye en la base de presupuesto máximo o no.</p> <p>En el caso de los medicamentos y procedimientos relacionados con exclusiones previstas en la Resolución 2273 de 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> En el caso de posibles exclusiones se revisan las justificaciones e indicaciones registradas en el Módulo de prescripción y en el de tutelas, una por una. Producto del análisis de estas justificaciones, en conjunto con todos los diagnósticos disponibles del mismo registro, se concluye si la tecnología en salud utilizada corresponde a una exclusión o no. <p>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 que modifica la Resolución 586 de 2021, y se calcula la cantidad en UMC o en la unidad que corresponda.</p> <p>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 3 de este anexo técnico.</p> <p>El valor de la mediana del Grupo Relevante a nivel de Sistema, de Régimen contributivo y de Régimen Subsidiado serán tenidos en cuenta para corregir los registros identificados como inconsistentes en cantidad o valor.</p> <p>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, en virtud que a la fecha de reporte de la información no se ha suministrado toda la información correspondiente a las prestaciones efectuadas durante la vigencia analizada.</p> <p>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 EOC 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 período evaluado. Este punto se desarrolla en el numeral 4.1.1 del presente anexo técnico.</p> <p>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 4.1.2 del presente anexo técnico.</p> <p>g) Proyección de las cantidades para la vigencia 2023: Con la información disponible de los grupos relevantes y por EPS o EOC se toman las cantidades UMC como las cantidades del período evaluado. A este valor se le suman las cantidades ajustadas (FQA) calculadas en el literal e). El resultado anterior, se multiplica por el factor</p>
<p>cantidades del Delta (FQDELTA) calculado en el literal f) para calcular las cantidades correspondientes a las cantidades del factor del Delta.</p> <p>Las cantidades para la vigencia 2023 resultan de sumar las cantidades identificadas en los tres criterios: cantidades del período 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 4.1.3 del presente anexo técnico.</p> <p>h) Presupuesto máximo 2023: El presupuesto máximo 2023 de las EPS o Entidad adaptada resulta de la sumatoria del producto entre la proyección de las cantidades para la vigencia 2023 del literal g) de cada registro y el valor máximo para la vigencia 2023 (Pmax*), definido numeral 4.3 del presente anexo técnico.</p> <p>El valor fijado para los meses de enero a noviembre de 2023 para cada EPS o Entidad adaptada, correspondientes a la asignación parcial del presupuesto máximo de la vigencia 2023, será ajustado de acuerdo al cálculo del presupuesto máximo de toda la vigencia 2023. Esto incluye el ajuste por liquidación y las cesiones de usuarios de EPS o entidades adaptadas autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud durante la vigencia 2023.</p> <p>i) Ajustador Régimen Subsidiado: Al valor calculado en el literal h), se le incluye un valor adicional que corresponde a un porcentaje para las EPS o EOC del régimen Subsidiado por pertenecer a dicho régimen.</p> <p>j) Ajustador de Medicamentos Nuevos: Al valor calculado en el literal h), se le incluye un valor adicional que corresponde a un porcentaje para las EPS o EOC de los regímenes Contributivo y Subsidiado por concepto de nuevos medicamentos.</p> <p>k) Medicamento Nuevo: preparado farmacéutico que contiene al menos un ingrediente farmacéutico activo no incluido en normas farmacológicas (Definición prevista en el Numeral 3.1 del artículo 2.8.12.3. del Decreto 780 de 2016, adicionado por el artículo 1 del Decreto 433 de 2018).</p> <p>l) Precio de referencia por comparación internacional (PRI): Es el precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM).</p> <p>m) Valor de la Mediana del Grupo Relevante ($\overline{VMediana}_{i,2023}$): Corresponde al valor de la mediana por UMC de cada grupo relevante, considerando la información del período a evaluar, de todas las EPS y entidades adaptadas del régimen contributivo.</p> <p>Para los grupos relevantes que no se disponga información del Régimen Contributivo, el valor de la mediana por UMC de cada grupo relevante, se calculará considerando la información del período a evaluar, de todas las EPS y entidades adaptadas del Régimen Subsidiado.</p> <p>Para el presupuesto máximo de la vigencia 2023, el Valor de la Mediana del Grupo Relevante se calculará tomando como base los valores del año 2022, el cual se indexará con la inflación causada para la vigencia 2022.</p> <p>n) Valor del Grupo Relevante de cada EPS o entidades adaptadas ($VUMC_{r,i,j,n,2023}$): Corresponde al valor por unidad de UMC de cada registro del grupo relevante en cada EPS o entidades adaptadas, del período a evaluar. Este valor UMC calculado se indexa con la inflación causada para la vigencia 2022.</p>	<p>o) Valor de Referencia (VR) 2023: Se calculan para cada grupo relevante con los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> En los grupos relevantes de los medicamentos con Precio de Referencia por Comparación Internacional (PRI), el valor de referencia corresponde al menor valor entre el valor de la mediana del Grupo Relevante por Unidad Mínima de Concentración - UMC y el PRI. En los grupos relevantes de los medicamentos sin PRI, el Valor de Referencia corresponde al valor de la mediana por Unidad Mínima de Concentración – UMC del grupo relevante. Para los grupos relevantes de procedimientos en salud, de alimentos para propósitos médicos especiales (APME) y el grupo relevante de servicios complementarios denominado pañales, el valor de referencia corresponde al valor de la mediana por Unidad Mínima de Concentración – UMC o en la unidad en la que corresponda. <p>Los valores de referencia calculados se indexan con la inflación causada para la vigencia 2022.</p> <p>p) Valor Máximo 2023 (Pmax*): Es el valor de cálculo por Grupo Relevante de que trata la Resolución 1139 de 2022, por la cual se sustituye la Resolución 586 de 2021, y corresponde al menor valor por UMC entre el valor de referencia del grupo relevante y el valor reportado del grupo relevante por cada EPS o EOC.</p> <p>Para los grupos relevantes de servicios complementarios diferentes a pañales, y los medicamentos que corresponden a fórmulas magistrales, el valor máximo 2023 es igual al valor reportado por cada EPS o EOC.</p> <p>q) Se contempla dentro del cálculo los servicios y tecnologías prescritos y suministrados por orden judicial, siempre y cuando los códigos de los servicios y tecnologías no hagan parte de los financiados con recursos de la UPC.</p> <p>r) Las EPS o EOC de movilidad de cada uno de los regímenes contributivo y subsidiado se agregan de acuerdo al código de la EPS o EOC del régimen a que pertenecen.</p> <p>s) Los registros de los servicios y tecnologías en salud de los afiliados trasladados como consecuencia de las medidas de intervención forzosa administrativa para liquidar del primer cuatrimestre de 2023, y las cesiones de usuarios producto de solicitudes de retiro en uno o varios municipios de algunas EPS, adoptadas y autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, 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.</p> <p>t) Los registros de los servicios y tecnologías en salud de los afiliados trasladados voluntariamente, en la vigencia de análisis (2022) para el cálculo del presupuesto máximo, se incluirán en la base de información de la EPS o Entidad adaptada receptora del afiliado trasladado.</p> <p>u) 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):</p>

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 con distribución porcentual estándar 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 normocalóricas 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. Vitaminas y minerales. No incluyen las fórmulas poliméricas hipercalóricas 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 con distribución porcentual estándar 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: <ul style="list-style-type: none"> 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.	Nombre de la categoría	Definición/criterios para agrupación
7	Fórmula especial para enfermedades neurológicas	No incluyen fórmulas modulares a base de aminoácidos. 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
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

No.	Nombre del Grupo Relevante
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. Cálculo del Valor de la mediana

2.1 Mediana para grupos Relevantes de Medicamentos y Alimentos para Propósito Médico - 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.

<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Cuando Mc sea mayor o igual a cero</p> $LI = Q1 - 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(-4Mc)$ $LS = Q3 + 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(3Mc)$ <p>En caso que Mc sea menor que cero</p> $LI = Q1 - 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(-3Mc)$ $LS = Q3 + 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(4Mc)$ <p>Donde, LI=Límite Inferior y LS=Límite Superior, Mc= estadístico Medcouple y Exp() es la función exponencial.</p> <p>Las observaciones del valor UMC en cada grupo relevante, que se ubiquen fuera de estos límites se consideraran valores atípicos, según la siguiente regla:</p> $\text{Regla} = \begin{cases} \text{Valor_UMC}_i < LI \text{ o } \text{Valor_UMC}_i > LS & \text{Atípico} \\ \text{En otro caso} & \text{No Atípico} \end{cases}$ <p>Donde,</p> <p><i>Valor_UMC_i es el valor por Unidad Mínima de Concentración para el registro i</i></p> <p>2.1.5 Paso 5. Cálculo de la mediana del valor por UMC para cada grupo relevante: A partir de los registros que no son atípicos se calcula el valor de la mediana del valor por UMC para cada grupo relevante.</p> <p>2.2 Mediana de los procedimientos en salud</p> <p>El cálculo de la mediana se realiza por cada grupo relevante, que corresponde al procedimiento identificado con el código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS, siguiendo los pasos descritos a continuación:</p> <p>i) Se define el valor por unidad para cada registro (<i>Valor_UMC_i</i>), como el valor entregado dividido entre la cantidad total entregada.</p>	$\text{Valor_UMC}_i = \frac{\text{ValorEntregado}_i}{\text{CantTotEntregada}_i}$ <p>Donde,</p> <p><i>ValorEntregado_i es el valor entregado para cada registro i en la base de datos.</i> <i>CantTotEntregada_i es la cantidad total entregada para cada registro i de la base de datos.</i></p> <p>ii) 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.</p> <p>Cuando Mc sea mayor o igual a cero</p> $LI = Q1 - 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(-4Mc)$ $LS = Q3 + 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(3Mc)$ <p>En caso que Mc sea menor que cero</p> $LI = Q1 - 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(-3Mc)$ $LS = Q3 + 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(4Mc)$ <p>Donde, LI=Límite Inferior y LS=Límite Superior, Mc= estadístico Medcouple y Exp() es la función exponencial.</p> <p>Las observaciones del valor UMC en cada grupo relevante, que se ubiquen fuera de estos límites se consideraran valores atípicos, según la siguiente regla:</p> $\text{Regla} = \begin{cases} \text{Valor_UMC}_i < LI \text{ o } \text{Valor_UMC}_i > LS & \text{Atípico} \\ \text{En otro caso} & \text{No Atípico} \end{cases}$ <p>Donde,</p> <p><i>Valor_UMC_i es el valor por Unidad Mínima de Concentración para el registro i</i></p> <p>iii) A partir de los registros que no son atípicos se calcula el valor de la mediana del valor por unidad para cada código del procedimiento en salud.</p> <p>2.3 Mediana de servicios complementarios: pañales</p> <p>El cálculo de la mediana se realiza para el código de pañales señalado en las tablas de referencia de MIPRES para los servicios complementarios, para ellos se aplican los siguientes pasos:</p> <p>i) Se define el valor por unidad para cada registro (<i>Valor_UMC_i</i>), como el valor entregado dividido entre la cantidad total entregada.</p> $\text{Valor_UMC}_i = \frac{\text{ValorEntregado}_i}{\text{CantTotEntregada}_i}$
<p>Donde,</p> <p><i>ValorEntregado_i es el valor entregado para el registro i en la base de datos.</i> <i>CantTotEntregada_i es la cantidad total entregada en el registro i de la base de datos.</i></p> <p>ii) La identificación de valores atípicos se realiza sobre el valor por UMC del código de pañales, 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.</p> <p>Cuando Mc sea mayor o igual a cero</p> $LI = Q1 - 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(-4Mc)$ $LS = Q3 + 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(3Mc)$ <p>En caso que Mc sea menor que cero</p> $LI = Q1 - 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(-3Mc)$ $LS = Q3 + 1.5 * (Q3 - Q1) * \text{Exp}(4Mc)$ <p>Donde, LI=Límite Inferior y LS=Límite Superior, Mc= estadístico Medcouple y Exp() es la función exponencial.</p> <p>Las observaciones del valor UMC en el grupo relevante, que se ubiquen fuera de estos límites se considerarán valores atípicos, según la siguiente regla:</p> $\text{Regla} = \begin{cases} \text{Valor_UMC}_i < LI \text{ o } \text{Valor_UMC}_i > LS & \text{Atípico} \\ \text{En otro caso} & \text{No Atípico} \end{cases}$ <p>Donde,</p> <p><i>Valor_UMC_i es el valor por Unidad Mínima de Concentración para el registro i</i></p> <p>iii) A partir de los registros que no son atípicos se calcula el valor de la mediana del valor por unidad.</p> <p>3. Identificación y tratamiento de registros inconsistentes en el cálculo del presupuesto máximo de la vigencia 2023</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Se tiene en cuenta el Valor de la Mediana del Grupo Relevante del Sistema y de cada régimen, cuyo cálculo se realiza teniendo en cuenta la metodología descrita en el siguiente numeral. ➤ Los registros identificados como inconsistentes en recursos 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. 	<p>➤ 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.</p> <p>4. Desarrollo Metodológico para el cálculo del presupuesto máximo 2023</p> <p>Se parte de la identificación de las cantidades y el valor máximo de cada uno de los registros clasificado en los grupos relevantes para cada EPS o EOC.</p> $\text{Presupuesto Máximo 2023} = \text{PtoMax}_{n,2023} = \sum \text{Pmax}_{r,i,j,n,2023} * \hat{Q}_{2023,r,i,j,n}$ <p>Donde,</p> <p><i>PtoMax_{n,2023} = Presupuesto Máximo de la vigencia 2023</i> <i>Pmax_{r,i,j,n,2023} = Valor Máximo por unidad mínima de concentración de cada grupo relevante</i> <i>Q̂₂₀₂₃ corresponde a las cantidades estimadas para la vigencia 2023</i> <i>r = 1, 2, 3, ... r corresponde a cada registro de la base de cálculo del presupuesto máximo</i> <i>i = 1, 2, 3, ... i corresponde al Grupo Relevante de medicamentos agrupados o APME o procedimientos o servicios complementarios</i> <i>j = 1, 2, 3, ... 12 j corresponde a los meses de reporte de información del periodo evaluado</i> <i>n = 1, 2, 3, ... n corresponde a la EPS o EOC</i></p> <p>4.1 Cantidades del Presupuesto Máximo 2023</p> <p>Las cantidades estimadas para la vigencia 2023 se obtienen: i) con la información de las cantidades iniciales registradas en la vigencia 2022 en la herramienta tecnológica MIPRES módulo de suministro (Q), ii) las cantidades ajustadas del FQA y iii) las cantidades de Delta FQDELTA.</p> <p>A continuación, se explica el cálculo de FQA y de FQDELTA.</p> <p>4.1.1 Análisis del factor de cantidades ajustadas (FQA) para el cálculo del presupuesto Máximo</p> <p>La determinación del análisis de cantidades ajustadas se realiza con el propósito de efectuar el cálculo de los servicios y tecnologías de salud prestadas, pero no reportadas en el cierre del ciclo de entrega de suministro de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES a la fecha de generación de la información, permitiendo de esta las cantidades estimadas para la vigencia 2023 se obtienen con la información disponible de la vigencia 2022 registradas en la herramienta tecnológica MIPRES, e incluye las cantidades ajustadas del FQA y las cantidades del Delta FQDELTA.</p> <p>A continuación, se desarrollan los elementos necesarios para establecer el presupuesto máximo de la vigencia 2023.</p> <p>Debe tenerse en cuenta que las cantidades ajustadas hacen referencia al concepto de 1351 de 2022 (<i>Incurred But Not Reported- incurridos, pero no reportados</i>), que consiste en un gasto ya ocurrido, pero aún no avisado. La metodología de Chain Ladder estima la reserva por este concepto.</p> <p>La metodología mencionada establece una distribución bidimensional de la información histórica de gastos. Normalmente, las dos dimensiones son el mes de prescripción (eje vertical) y el mes de prestación (eje horizontal). A medida que los gastos son más recientes se reduce la información, y de ahí que la matriz resultante tenga forma triangular o de escalera. Mediante los triángulos de la información se analiza el desarrollo de los gastos a</p>

lo largo del tiempo, sirviendo de base para determinados métodos de cálculo de la provisión técnica de prestaciones.

A continuación, se presenta el triángulo de reservas para el cálculo del factor de cantidades ajustadas.

Periodo de Prescripción	Periodo de Prestación o entrega							
		1	2	...	n-i+1	...	n-1	n
1		$R_{1,1}$	$R_{1,2}$	...	$R_{1,n-i+1}$	...	$R_{1,n-1}$	$R_{1,n}$
2		$R_{2,1}$	$R_{2,2}$	...	$R_{2,n-i+1}$	...	$R_{2,n-1}$	
...			
i		$R_{i,1}$	$R_{i,2}$	...	$R_{i,n-i+1}$			
...					
n-1		$R_{n-1,1}$	$R_{n-1,2}$					
n		$R_{n,1}$						

Donde $R_{i,j}$ es igual al monto total del valor de entrega que se habían desarrollado al final del período j y ocurrido en el período i .

Dada la disponibilidad de información mensual de la base de MIPRES, se procederá a calcular el triángulo de las reservas mediante la técnica mencionada para estimar el valor de las cantidades ajustadas.

La información utilizada para el cálculo corresponde a la reportada a partir de la vigencia 2019. Sin embargo, el cálculo del ajustador corresponde al valor de doce (12) meses.

A continuación, se describen los pasos del proceso para incluir las cantidades FQA en la base de información:

Primer paso:

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 EOC en el valor total de suministros de estas de la base utilizada para el cálculo.

Para el Régimen Contributivo:

$$Part\%RC_{r,i,j,n,2023} = \frac{Valor\ entregado_{RC_{r,i,j,n,2023}}}{\sum_1^r Valor\ entregado_{RC_{r,i,j,n,2023}}}$$

Donde,

Valor entregado_{RC} = valor reportado de cada registro de las EPS o EOC del R. Contributivo
 $r = 1, 2, 3, \dots, r$ corresponde a cada registro de la base de cálculo del presupuesto máximo
 $i = 1, 2, 3, \dots, i$ corresponde al Grupo Relevante
 $j = 1, 2, 3, \dots, 12$ j corresponde a los meses de reporte de información de enero a diciembre
 $n = 1, 2, 3, \dots, n$ corresponde a la EPS o EOC
 2023 = corresponde a la vigencia 2023 del cálculo del presupuesto máximo
 Par%RC = participación % del valor de cada registro en el valor total de las EPS o EOC del R. Contributivo

Para el Régimen Subsidiado:

$$Part\%RS_{r,i,j,n,2023} = \frac{Valor\ entregado_{RS_{r,i,j,n,2023}}}{\sum_1^r Valor\ entregado_{RS_{r,i,j,n,2023}}}$$

Donde,

Valor entregado_{RS} = valor reportado de cada registro de las EPS o EOC del R. Subsidiado
 $r = 1, 2, 3, \dots, r$ corresponde a cada registro de la base de cálculo del presupuesto máximo
 $i = 1, 2, 3, \dots, i$ corresponde al Grupo Relevante
 $j = 1, 2, 3, \dots, 12$ j corresponde a los meses de reporte de información de enero a diciembre
 $n = 1, 2, 3, \dots, n$ corresponde a la EPS o EOC
 2023 = corresponde a la vigencia 2023 del cálculo del presupuesto máximo
 Par%RS = participación % del valor de cada registro en el valor total de las EPS o EOC del R. Subsidiado

Segundo paso:

El valor de las cantidades FQA de cada grupo relevante y de cada EPS o EOC, se obtiene de la multiplicación entre la participación que resultó del primer paso y el valor hallado con el método de Chain-Ladder.

Para el Régimen Contributivo:

$$Recursos_{IBNR_{RC_{r,i,j,n,2023}}} = Valor\ CLadder\ RC * Part\%RC_{r,i,j,n,2023}$$

Donde,

Valor CLadder RC = corresponde al valor calculado de Chain - Ladder para el Régimen Contributivo
Recursos_{IBNR_{RC}} = corresponde al valor reconocido por concepto del IBNR
 $r = 1, 2, 3, \dots, r$ corresponde a cada registro de la base de cálculo del presupuesto máximo
 $i = 1, 2, 3, \dots, i$ corresponde al Grupo Relevante
 $j = 1, 2, 3, \dots, 12$ j corresponde a los meses de reporte de información de enero a diciembre
 $n = 1, 2, 3, \dots, n$ corresponde a la EPS o EOC

Para el Régimen Subsidiado:

$$Recursos_{IBNR_{RS_{r,i,j,n,2023}}} = Valor\ CLadder\ RS * Part\%RS_{r,i,j,n,2023}$$

Donde,

Valor CLadder RS = corresponde al valor calculado de Chain - Ladder para el Régimen Subsidiado
Recursos_{IBNR_{RS}} = corresponde al valor reconocido por concepto del IBNR
 $r = 1, 2, 3, \dots, r$ corresponde a cada registro de la base de cálculo del presupuesto máximo
 $i = 1, 2, 3, \dots, i$ corresponde al Grupo Relevante
 $j = 1, 2, 3, \dots, 12$ j corresponde a los meses de reporte de información de enero a diciembre
 $n = 1, 2, 3, \dots, n$ corresponde a la EPS o EOC

Tercer paso:

Las cantidades FQA de cada grupo relevante y de cada EPS o EOC, se obtienen de la división entre el valor resultante del segundo paso y el valor por UMC de cada registro del grupo relevante.

Para el Régimen Contributivo:

$$\hat{Q}_{FQA_{2023,r,i,j,n}} = \frac{Recursos_{IBNR_{RC_{r,i,j,n,2023}}}}{Valor\ UMC_{r,i,j,n,2023}}$$

Para el Régimen Subsidiado:

$$\hat{Q}_{FQA_{2023,r,i,j,n}} = \frac{Recursos_{IBNR_{RS_{r,i,j,n,2023}}}}{Valor\ UMC_{r,i,j,n,2023}}$$

Donde,

$\hat{Q}_{FQA_{2023}}$ corresponde al factor de ajuste de cantidades UMC no reportadas para la vigencia 2023
 Valor UMC = valor por unidad de UMC de cada registro del grupo relevante en cada EPS o EOC

4.1.2 Análisis del factor de cantidades del Delta (FQDELTA) para el cálculo del Presupuesto Máximo

Las cantidades que corresponden al factor del Delta se calculan de la siguiente forma:

Se calcula el factor de las cantidades del Delta estimando las tasas de crecimiento de los grupos relevantes mediante la aplicación de técnicas econométricas. Para la vigencia de 2023 se utiliza la técnica de datos panel.

Para la vigencia de 2023, el cálculo del factor de las cantidades del Delta toma dos fuentes de información: Primera, las bases de datos de recobro/cobro en estado aprobado del Régimen Contributivo de los datos reportados a la ADRES que corresponden a las prestaciones de los años 2015 a 2018 por grupo relevante, e incluye órdenes judiciales en cada año. La segunda base corresponde a la información 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 para los años 2019, 2020, 2021 y 2022.

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 Mínima 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 $T = 1, 2, 3, \dots, s$
 $i = 1, 2, 3, \dots, i$ corresponde al Grupo Relevante
 $s = 1, 2, 3, \dots, s$ corresponde al tiempo en años con información del modelo de datos panel
 $k = 1, 2, 3, \dots, k$ 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
 $e_{i,s}$ = corresponde al termino de error del modelo asociado a los grupos relevantes del modelo de datos pane

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 ($TASA\ DELTA_k$).

El Factor delta de las cantidades estimadas adicionales de la EPS o EOC por cada Grupo Relevante, incluye lo nuevo asociado a servicios y tecnologías.

$$TASA\ DELTA_k = ((Exp(\Phi_k) - 1) * 100)$$

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 2022. 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 2022.
 - 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 2022.
- 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 2022, 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 2022.
- 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 2022.
- 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 2022.

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.

La información se toma de la base definitiva para el cálculo del presupuesto máximo que se define en el numeral 1 de este anexo técnico.

$$FQDELTA_c = \text{Ajustador Cantidades Delta}_{2023} = \sum TASA\ DELTA_k * \left(\frac{\sum VdUMC_k}{\sum_i VTUMC} \right)$$

Donde,

c = Corresponde a los componentes y su desagregación en el caso de medicamentos
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
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 (Q̂_{FQDELTA})

Para calcular las cantidades del Delta en UMC de los Grupos Relevantes para cada EPS o EOC se procede a multiplicar la suma de las cantidades reportadas en el periodo de análisis por el FQDELTA calculado.

$$\hat{Q}_{FQDELTA_{2023,r,i,j,n}} = (Q_{r,i,j,n} + FQA_{r,i,j,n}) * FQDELTA_c$$

Donde,

Q_{r,i,j,n} cantidades de cada registro de la vigencia evaluada
FQA_{r,i,j,n} cantidades que corresponden al factor de ajuste de cantidades para la vigencia 2023
Q̂_{FQDELTA₂₀₂₃} cantidades que corresponden al factor de ajuste de cantidades delta para la vigencia 2023
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
2023 = corresponde a la vigencia del cálculo del presupuesto máximo

4.1.3 Cantidades estimadas

Se estiman las cantidades de UMC de cada Grupo Relevante de cada EPS o EOC y así poder establecer el Presupuesto Máximo de la siguiente forma:

$$\hat{Q}_{2023,r,i,j,n} = Q_{r,i,j,n} + FQA_{r,i,j,n} + \hat{Q}_{FQDELTA_{2023,r,i,j,n}}$$

Donde,

Q̂₂₀₂₃ corresponde a las cantidades estimadas para la vigencia 2023
Q_{r,i,j,n} cantidades de cada registro de la vigencia evaluada
FQA_{r,i,j,n} cantidades que corresponden al factor de ajuste de cantidades para la vigencia 2023
Q̂_{FQDELTA₂₀₂₃} cantidades que corresponden al factor de ajuste de cantidades delta para la vigencia 2023

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:

$$\text{Valor Máximo } 2023 = Pmax_{r,i,j,n,2023}^* = \begin{cases} Si\ VUMC_{r,i,j,n,2023} > VR_{i,2023};\ Pmax_{r,i,j,n,2023}^* = VR_{i,2023} \\ Si\ VUMC_{r,i,j,n,2023} \leq VR_{i,2023};\ Pmax_{r,i,j,n,2023}^* = VUMC_{r,i,j,n,2023} \end{cases}$$

Para el componente de servicios complementarios, el valor máximo será:

$$\text{Valor Máximo } 2023 = Pmax_{r,i,j,n,2023}^* = \begin{cases} Si\ \text{Servicios Complementarios} \neq \text{Pañales};\ Pmax_{r,i,j,n,2023}^* = VUMC_{r,i,j,n,2023} \end{cases}$$

Para los registros del tipo de medicamento fórmula magistral, que superaron la calidad de cobertura, el valor máximo será:

$$\text{Valor Máximo } 2023 = Pmax_{r,i,j,n,2023}^* = \begin{cases} Si\ \text{medicamentos} = \text{Formula Magistral};\ Pmax_{r,i,j,n,2023}^* = VUMC_{r,i,j,n,2023} \end{cases}$$

Esto significa que, en el componente de los servicios complementarios, exceptuando el grupo de pañales, y en los medicamentos fórmulas magistrales el Valor Máximo 2023 (Pmax*) corresponde al valor reportado por la EPS o EOC VUMC_{r,i,j,n,2023}.

4.3 Cálculo del presupuesto máximo 2023

De lo expuesto se procede a calcular el presupuesto máximo 2023 de la siguiente forma:

$$\text{Presupuesto Máximo } 2023_n = PtoMax_{n,2023} = \sum Pmax_{r,i,j,n,2023}^* * \hat{Q}_{2023,r,i,j,n}$$

4.4 Ajustadores de medicamentos nuevos y de Régimen Subsidiado

Adicional al resultado que se obtiene en el numeral 4.3, se procede a reconocer a cada EPS o Entidad adaptada un valor adicional teniendo en cuenta el código de la EPS y Entidad Adaptada del régimen a que pertenecen.

4.4.1 Ajustador de medicamentos nuevos

El ajustador de medicamentos nuevos se calcula con la información del periodo de 2016 a 2022 de las EPS o Entidades adaptadas del Régimen Contributivo. Se toma el valor promedio anual (pesos de la vigencia 2022) de los medicamentos que se identificaron como nuevos en cada vigencia. Igualmente, se indexa con la inflación causada para la vigencia 2022. Asimismo, se toman las cantidades de acuerdo al grupo relevante y la unidad de medida y se calcula la tasa de crecimiento de acuerdo a la metodología de cálculo de los deltas establecida en el modelo econométrico de la presente metodología, se denomina DeltaNuevasTecnico. Este resultado se multiplica por la participación de los CUM de los medicamentos nuevos de cada año de estudio, que para 2023 se encuentran financiados con presupuesto máximo.

$$\%NuevosCUM_{2023} = \left[\frac{\sum_{2016}^{2022} TotCUM_Nuevos_PtoMax_{2023}}{\sum_{2016}^{2022} Tot_CUM_Nuevos} \right] * 100$$

Donde,

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
2023 = corresponde a la vigencia del cálculo del presupuesto máximo

4.2 Valor máximo por UMC del Presupuesto Máximo 2023

A continuación, se presentan los criterios para la identificación de los valores máximos que serán utilizados para el cálculo del presupuesto máximo:

$$\text{Valor suministro}_{r,i,j,n} = \text{Cantidad de UMC}_{r,i,j,n} * \text{Valor UMC}_{r,i,j,n}$$

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,

$$\text{Valor UMC}_{r,i,j,n} = VUMC_{r,i,j,n} = \frac{\text{Valor suministro}_{r,i,j,n}}{\text{Cantidad de UMC}_{r,i,j,n}}$$

$$\text{Dado que: Cantidad de UMC}_{r,i,j,n} = Q_{r,i,j,n}$$

Reemplazando:

$$\text{Valor UMC}_{r,i,j,n} = VUMC_{r,i,j,n} = \frac{\text{Valor suministro}_{r,i,j,n}}{Q_{r,i,j,n}}$$

Para identificar el Valor Máximo 2023 por Grupo Relevante y por EPS o EOC (Pmax*_{i,j,n,2023}) se tiene en cuenta tres conceptos: el PRI_{i,2023}, la mediana VMediana_{i,2023} y el VUMC_{i,j,n,2023}. Es decir:

$$Pmax_{i,j,n,2023}^* = \text{Valor Máximo } 2023_{i,j,n,2023} = f(PRI_{i,2023}, VMediana_{i,2023}, VUMC_{i,j,n,2023})$$

Las definiciones de PRI_{i,2023}, VMediana_{i,2023}, VUMC_{i,j,n,2023} se encuentran en el numeral 1 de este anexo técnico.

La forma de cálculo del Valor de Referencia es:

$$\text{Valor de Referencia} = VR_{i,2023} = \begin{cases} Si\ PRI_{i,2023} > 0; VR_{i,2023} = \text{Mínimo}(VMediana_{i,2023}, PRI_{i,2023}) \\ Si\ PRI_{i,2023} = \text{no disponible}; VR_{i,2023} = VMediana_{i,2023} \end{cases}$$

Valor Máximo 2023 (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 EOC de acuerdo con los siguientes criterios:

$$\text{Donde } Pmax_{i,j,n,2023}^* = \text{Mínimo}(VR_{i,2023}, VUMC_{r,i,j,n,2023})$$

Tot_CUM_Nuevos_PtoMax₂₀₂₃ = Número de CUM identificados como nuevos de 2016 a 2022 que se encuentran financiados con cargo al presupuesto máximo de 2023
Tot_CUM_Nuevos = Número de CUM identificados como nuevos de 2016 a 2022
%NuevosCUM₂₀₂₃ = Corresponde al porcentaje de reconocimiento para nuevos medicamentos no UPC

El ajustador de medicamentos nuevos se calcula de la siguiente forma:

$$VMedNuevo_{2023} = \left[\frac{\sum_{2016}^{2022} VMedNuevo}{7} * (1 + \text{inflación}) * (1 + \text{DeltaNuevasTecnico}) \right] * \%NuevosCUM_{2023}$$

El porcentaje de reconocimiento de nuevos medicamentos se calcula así:

$$\%Ajte_MedNuevo = \frac{VMedNuevo_{2023}}{\sum_n \text{Presupuesto Máximo } 2023_n}$$

Donde,

VMedNuevo = valor de los nuevos medicamentos en su año de entrada, que ingresaron para el periodo 2016 a 2022
inflación = corresponde a inflación recomendada por la Comisión Asesora de Costos y Tarifas
DeltaNuevasTecnico = corresponde al delta por el incremento de cantidades de los nuevos medicamentos
n = 1, 2, 3, ... n corresponde a la EPS o EOC del Régimen Contributivo para el cálculo del ajustador de nuevos medicamentos
2023 = corresponde a la vigencia del cálculo del presupuesto máximo
%AjteMedNuevo = Corresponde al porcentaje de reconocimiento por nuevos medicamentos
Presupuesto Máximo 2023 = Corresponde al presupuesto máximo calculado para las EPS o EOC del Régimen Contributivo

4.4.2 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 2023 calculado con el valor de la mediana del régimen contributivo y el presupuesto máximo 2023 calculado con el valor de la mediana del régimen subsidiado de los registros de cada uno de los grupos relevantes de las EPS o EOC.
- Segundo, el resultado anterior se divide sobre el valor del presupuesto máximo 2023 calculado con el valor de la mediana del régimen contributivo.

$$\text{Valor_AjusteRSub} = \left(\sum PMax_medianaRSub_{2023_n} - \sum \text{Presupuesto Máximo } 2023_n \right)$$

$$\%Ajte_RSub = \frac{\text{Valor_AjusteRSub}}{\sum \text{Presupuesto Máximo } 2023_n}$$

Donde,

Valor_AjusteRSub = Diferencia entre el presupuesto máximo calculado con la mediana del R. Subsidiado y la mediana del R. C.
PMax_medianaRSub₂₀₂₃ = presupuesto máximo del R. Subsidiado aplicando en la metodología la mediana del R. Subsidiado
Presupuesto Máximo 2023 = Corresponde al presupuesto máximo calculado para las EPS o EOC del Régimen Contributivo
%Ajte_RSub = Corresponde al porcentaje de reconocimiento para el Régimen Subsidiado
n = 1, 2, 3, ... n corresponde a la EPS o EOC del Régimen Subsidiado para el cálculo del ajustador de R. Subsidiado
2023 = corresponde a la vigencia del cálculo del presupuesto máximo

4.5 Presupuesto Máximo con Ajustadores

Una vez calculado el presupuesto máximo 2023, 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 2023, se le reconocerá a las EPS o Entidades adaptadas del régimen contributivo un porcentaje por concepto de medicamentos nuevos así:

$$\text{Presupuesto Máximo Final RC } 2023_n = \text{Presupuesto Máximo } 2023_n * (1 + \% \text{Ajte_MedNuevo})$$

Donde,

$\% \text{Ajte_MedNuevo}$ = Corresponde al porcentaje de reconocimiento por medicamentos nuevos
Presupuesto Máximo Final RC 2023_n = Corresponde al presupuesto máximo final de cada EPS o EOC del R.C.

➤ **Régimen Subsidiado:**

Una vez calculado el presupuesto máximo 2023, se le reconocerá a las EPS o EOC del régimen subsidiado un porcentaje por concepto de innovación tecnológica y otro por concepto de zonas UPC así:

$$\text{Presupuesto Máximo Final RS } 2023_n = \text{Presupuesto Máximo } 2023_n * (1 + \% \text{Ajte_RSub}) * (1 + \% \text{Ajte_MedNuevo})$$

Donde,

$\% \text{Ajte_Tecn}$ = Corresponde al porcentaje de reconocimiento por medicamentos nuevos
 $\% \text{Ajte_RSub}$ = Corresponde al porcentaje de reconocimiento por el Régimen Subsidiado
Presupuesto Máximo Final RS 2023_n = Corresponde al presupuesto máximo final de cada EPS o EOC del R.S.

El valor fijado por resolución para cada EPS o EOC de cada uno de los regímenes de la vigencia 2023, correspondientes a la asignación parcial del presupuesto máximo de la vigencia 2023, están incluidos en el cálculo del presupuesto máximo de toda la vigencia 2023 que se establece en la presente metodología.

5. Reconocimiento del presupuesto máximo 2023 para SALUD BOLÍVAR EPS S.A.S código EPS047

Dada la entrada en operación de la EPS047 hacia final del año 2022, es claro que no existe información reportada para el cálculo de presupuesto máximo 2023 con la metodología desarrollada. A continuación, se desarrolla la metodología de cálculo de presupuesto máximo para esta EPS:

Para el cálculo del presupuesto máximo a reconocer a SALUD BOLÍVAR EPS S.A.S de la vigencia 2023, se tendrá en cuenta el aparte del anexo técnico de la Resolución 205 de 2020: "METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL PRESUPUESTO MÁXIMO POR EPS O EOC DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS PARA PROPÓSITO MÉDICO ESPECIAL -APME, PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS COMPLEMENTARIOS PARA LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO." en la cual se establece lo siguiente:

A las EPS o EOC que no tengan información para poder determinar un Presupuesto Máximo, se les asignará un presupuesto que se calcula así:

- Se determina el percentil 25 del valor per cápita de las EPS o OEC que tiene asignado un Presupuesto Máximo. El valor per cápita de cada EPS resulta de dividir el

Presupuesto Máximo de cada EPS o EOC sobre su población afiliada. Se tomará como fuente la BDUA o la compensación de la vigencia con corte al mes de junio de 2023.

- El per cápita encontrado (percentil 25) se multiplica por la población afiliada de la EPS o EOC que no tenga Presupuesto máximo. Se tomará como fuente la BDUA.

6. Valor faltante por pagar para la vigencia 2023

Una vez sea fijado el presupuesto máximo para la vigencia 2023, la ADRES determinará el monto pendiente por reconocer de la vigencia, a cada una de las EPS o entidades adaptadas del régimen al que correspondan, considerando las asignaciones realizadas mediante los actos administrativos expedidos para el presupuesto máximo de la vigencia 2023 y la liquidación realizada por la ADRES en razón a los traslados de afiliados presentados.

7. Reconocimiento de los traslados de afiliados con cargo al presupuesto máximo 2023

Para determinar el presupuesto máximo que se debe trasladar por cada afiliado de cada EPS o EOC, 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 de las EPS o Entidad adaptada 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 Entidad adaptada que por estar en proceso de intervención o liquidación se les efectúe el traslado de sus afiliados, el valor del presupuesto máximo a trasladar a las EPS o Entidad adaptada 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 780 de 2016, este Ministerio realizará este ajuste teniendo en cuenta la asignación de los afiliados.

(C. F.)

RESOLUCIÓN NÚMERO 0000229 DE 2024

(febrero 19)

por la cual se autorizan unos laboratorios para la realización de análisis físicos, químicos y/o microbiológicos de agua para el consumo humano.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las conferidas en el artículo 27 del Decreto número 1575 de 2007, y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política en su artículo 49 determina entre otros aspectos que la atención de la salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos a cargo del Estado. Así mismo, establece que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado de su salud y de su comunidad, así mismo, la Ley 715 de 2001 en el numeral 1 del artículo 42 establece que le corresponde a la Nación a través del Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector y regulador en el nivel nacional de las acciones de salud, formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud.

Que los numerales 1, 5, y 6 del artículo 7° del Decreto número 1575 de 2007, establecen que el Instituto Nacional de Salud (INS) coordinará la Red Nacional de Laboratorios para el Control y la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano, dará orientaciones y directrices a los laboratorios públicos y privados para que realicen o presten el servicio de análisis físicos, químicos y microbiológicos; así mismo, coordinará el Programa Interlaboratorio de Control de Calidad de Agua Potable (PICCAP) y realizará la correspondiente inscripción de los laboratorios que lo soliciten.

Que el precitado decreto en el numeral 10 del artículo 8°, establece dentro de las responsabilidades de las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud, la de realizar inspección, vigilancia y control a los laboratorios que realizan análisis físicos, químicos y microbiológicos al agua para consumo humano dentro de su jurisdicción, con el fin de verificar el cumplimiento de los numerales 1, 2 y 4 del artículo 27 de la misma norma, lo cual se adelanta a través de visitas sanitarias y se materializa con la respectiva acta, que incluye de manera detallada la información de los laboratorios y del funcionario que adelanta la visita, así mismo, le corresponde a dichas secretarías, remitir la información recaudada a este Ministerio en los términos y los plazos que se señalen para el efecto.

Que el 2 de septiembre de 2022, este Ministerio mediante comunicación masiva solicitó formalmente el envío del listado de los laboratorios que cumplen con los requisitos

establecidos en el Decreto número 1575 de 2007 y que estén presentes en la jurisdicción, de acuerdo con el proceso de inspección, vigilancia y control (IVC), dicha solicitud fue realizada a 38 secretarías departamentales y distritales de salud, así: Amazonas, Antioquia, Arauca, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Bolívar, Cartagena de Indias, Boyacá, Caquetá, Casanare, Caldas, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Santa Marta, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Santander, Sucre, Tolima, Valle del Cauca, Buenaventura, Santiago de Cali, Vaupés y Vichada; a continuación, se relacionan los radicados asignados a las comunicaciones remitidas a las secretarías de salud departamentales y distritales:

#	Radicado	Departamento	Municipio
1	202221301724281	AMAZONAS	LETICIA
2	202221301724291	ANTIOQUIA	MEDELLÍN
3	202221301724301	ARAUCA	ARAUCA
4	202221301724311	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA
5	202221301724321	ATLÁNTICO	BARRANQUILLA
6	202221301724341	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
7	202221301724351	BOLÍVAR	CARTAGENA
8	202221301724361	BOLÍVAR	CARTAGENA
9	202221301724371	BOYACÁ	TUNJA
10	202221301724381	CALDAS	MANIZALES
11	202221301724391	CAQUETÁ	FLORENCIA
12	202221301724401	CASANARE	YOPAL
13	202221301724411	CAUCA	POPAYÁN
14	202221301724421	CESAR	VALLEDUPAR
15	202221301724431	CHOCO	QUIBDÓ
16	202221301724441	CÓRDOBA	MONTERÍA
17	202221301724451	CUNDINAMARCA	BOGOTÁ D. C.
18	202221301724461	GUAINÍA	INÍRIDA
19	202221301724471	GUAVIARE	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
20	202221301724491	HUILA	NEIVA
21	202221301724501	LA GUAJIRA	RIOHACHA
22	202221301724511	MAGDALENA	SANTA MARTA
23	202221301724521	MAGDALENA	SANTA MARTA
24	202221301724531	META	VILLAVICENCIO
25	202221301724551	NARIÑO	PASTO
26	202221301724561	NORTE DE SANTANDER	CÚCUTA