

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2022**
()

Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del 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 1995 de 2019, 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 de ajuste definitivo del presupuesto máximo a transferir a cada una de las EPS del régimen Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Adaptadas, en el marco de los establecido en el artículo 14 de la Resolución 586 de 2021, determina los casos en los que puede ajustarse el presupuesto máximo establecido para cada EPS o EOC, entre los que se prevé que se efectuará: “(...) 14.3 *Por solicitud de revisión o ajuste de la EPS o EOC, una vez el Ministerio de Salud y Protección Social verifique la información aportada y determine la necesidad del ajuste*”, con base en la información contenida en los módulos del cierre del ciclo del suministro y de facturación de la herramienta tecnológica de prescripción MIPRES una vez aplicados los procesos de calidad, consistencia y cobertura, la gestión de la EPS o EOC y la justificación de las formas de contratación de forma integral con la UPC, con sus respectivas notas técnicas.

Que, a través de la Resolución 43 de 2021, se asignó parcialmente un presupuesto máximo a transferir a las EPS y demás EOC, para los cuatro primeros meses de la vigencia 2021, teniendo en cuenta que este Ministerio no disponía de la totalidad de la información correspondiente al I suministro de los servicios de salud no cubiertos con la UPC y no excluidos de la financiación del SGSSS, prestados hasta el 31 de diciembre de 2020.

Que el parágrafo 2 del artículo 2 de la referida Resolución 43 de 2021, dispuso que: “*El valor del presupuesto máximo fijado para los meses de enero a abril de 2021 se tendrá en cuenta para efectos de determinar el valor faltante por girar una vez aplicada la respectiva metodología para toda la vigencia 2021*”.

Que, mediante Resolución 593 de 2021 se adoptó la metodología para definir el presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud - EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y a las demás Entidades Obligadas a Compensar

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

para la vigencia 2021, con base en el reporte de servicios y tecnologías en salud registrados en el cierre del ciclo de entrega de suministro de la herramienta tecnológica MIPRES, con fecha de entrega a 31 de diciembre de 2020 y fecha de generación de la información a 15 de febrero de 2021, cuya proyección se realizó teniendo en cuenta el Valor de la Mediana del Grupo Relevante del Sistema y los Precios de Referencia por Comparación Internacional (PRI).

Que, como resultado de la aplicación de la citada metodología, a través de la Resolución 594 de 2021 se fijó el presupuesto máximo a transferir a cada una de las EPS y demás EOC para la vigencia 2021, quedando un valor faltante por girar, una vez se aplique la metodología para la totalidad de esta vigencia.

Que, adicionalmente este Ministerio mediante la Resolución 2260 de 2021 adoptó la metodología para definir el ajuste parcial del presupuesto máximo fijado a las entidades promotoras de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás entidades obligadas a compensar para la vigencia 2021.

Que, en aplicación de la metodología anteriormente citada, se expedieron de los actos administrativos particulares, en las que se fijó el ajuste parcial presupuesto máximo a las EPS del régimen Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Adaptadas para vigencia 2021.

Que el artículo 18 de la Resolución 586 de 2021, dispone que este Ministerio realizará de manera periódica el seguimiento y monitoreo del presupuesto máximo y a partir de los resultados que de tales actividades se evidencien podrá evaluar la suficiencia o superación de este, teniendo en cuenta como mínimo las cantidades reportadas en los módulos del cierre del ciclo del suministro y de facturación de la herramienta tecnológica MIPRES, los valores por UMC y los trasladados de afiliados.

Que, conforme con la recomendación dada por la Comisión Asesora, el ajuste definitivo al presupuesto máximo de la vigencia 2021, se debe realizar en razón a 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 MIPRES, con fecha de entrega y de suministro entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2021, cuya proyección se realiza teniendo en cuenta la metodología establecida por este Ministerio.

Que la fuente de información para determinar el presupuesto máximo de la vigencia 2021 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.

Que el reconocimiento del ajuste definitivo para la vigencia 2021, será sobre las entregas y cierre de suministro del desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, teniendo en cuenta que el cierre de reporte de información de la vigencia 2021 será el 31 de marzo de 2022, fecha en la que se tomará el corte de información para el cálculo de un reconocimiento definitivo sobre la vigencia si hay lugar.

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 xxxx, desarrollada el día xxxx de xxxx de 2022, recomendó realizar el ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021 a las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes a las cuales se les determinó la superación del mismo, conforme a la metodología establecida por este Ministerio.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

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 comportamientos atípicos durante la vigencia 2021, ante lo cual es necesario efectuar una revisión y medición pormenorizada, en los términos establecidos en 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 ajuste definitivo de presupuesto máximo de la vigencia 2021, establece que la información que presenta el comportamiento atípico no debe considerarse en su totalidad, hasta tanto se tenga certeza de que dicho comportamiento es coherente en términos de salud. Conforme al resultado que arroje la revisión pormenorizada, se determinará si los grupos relevantes priorizados para revisión deben ser considerados para un ajuste al presupuesto máximo de la presente vigencia.

Que, en razón a la realización de la revisión pormenorizada de algunos grupos relevantes, a efectuarse luego de expedida la resolución por la cual se fija el ajuste definitivo el presupuesto máximo para la vigencia 2021, es necesario definir los aspectos generales de dicho procedimiento.

Que, se hace necesario adoptar la metodología para el ajuste definitivo de presupuesto máximo de la vigencia 2021, la cual se estructura con base en la fuente de información antes referenciada, cuya proyección se realiza teniendo en cuenta la definición de valores de referencia y la identificación y cálculo de los grupos relevantes priorizados para revisión pormenorizada.

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto adoptar la metodología para la definición del ajuste definitivo del presupuesto máximo fijado a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Adaptadas para la vigencia 2021, y establecer los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada de los grupos relevantes priorizados, contenidos en los anexos técnicos 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. Período de reconocimiento del ajuste. El periodo sobre el cual se realizará el reconocimiento será del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021, teniendo en cuenta el cierre de reporte de información de la vigencia 2021, será 31 de marzo de 2022, fecha en la que se hará un reconocimiento definitivo sobre vigencia.

Artículo 4. Fuente de financiación del ajuste. Los recursos para la financiación de las tecnologías que determinaron el ajuste de que trata la presente resolución, serán apropiados y ejecutados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES

Parágrafo 1. La apropiación y ejecución de los recursos de que trata el presente artículo estará sujeto a la Disponibilidad Presupuestal y al Plan Anual Mensualizado de Caja — PAC de la ADRES.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

Artículo 5. Vigencia. La presente resolución rige a partir de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C, a los

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Viceministra de Protección Social
Directora de Regulación, Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
Director de Financiamiento Sectorial
Directora Jurídica

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

ANEXO TÉCNICO 1

METODOLOGÍA PARA ESTABLECER EL AJUSTE DEFINITIVO DEL PRESUPUESTO MÁXIMO DE LA VIGENCIA 2021 POR EPS O ENTIDADES ADAPTADAS DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

A continuación, se presentan los criterios para el cálculo del ajuste definitivo del presupuesto máximo de la vigencia 2021, fijado mediante la Resolución 594 de 2021.

1. Descripción y generalidades de la metodología

a) **Fuente de información:** 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.

b) **Gestión de la información:** A la base de datos considerada para el cálculo del ajuste definitivo, 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 2021. 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 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:** Se clasifica la información por grupo relevante para cada registro 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.

Los valores de la media y la mediana son tenidos en cuenta para corregir los registros identificados como inconsistentes en cantidad o valor.

e) **Cantidades para la vigencia 2021:** Con la información disponible de los grupos relevantes y por EPS se tomará el valor de las cantidades UMC como las cantidades del periodo evaluado.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

- f) **Proyección del gasto para ajuste definitivo 2021:** La proyección del gasto con cargo al presupuesto máximo del periodo enero a diciembre de 2021 resulta de la sumatoria del producto entre las cantidades para el periodo enero a diciembre de 2021 y el valor máximo de ajuste para la vigencia 2021 de cada registro de cada Grupo Relevante para cada EPS o EOC.
- g) **Precio de referencia por comparación internacional (PRI):** Es el precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM)
- h) **Valor de la Mediana del Grupo Relevante del Sistema ($V_{Mediana_{r,2021}}$):** Corresponde al valor de la mediana por UMC de cada grupo relevante, considerando la información del periodo a evaluar, de todas las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado o EOC. Para el ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021 corresponde al calculado en la Resolución 593 de 2021.
- i) **Valor del Grupo Relevante de cada EPS o EOC ($V_{UMC_{r,i,j,n,2021}}$):** Corresponde al valor por unidad de UMC de cada registro del grupo relevante en cada EPS o EOC, del periodo a evaluar. Para el ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021, el Valor del Grupo Relevante de cada EPS o EOC, corresponde al calculado en la Resolución 593 de 2021.
- j) **Valor de Referencia (VR) 2021:** Se calculan para cada grupo relevante con los siguientes criterios:
- 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 sistema 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 del sistema 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 del sistema por Unidad Mínima de Concentración – UMC o en la unidad en la que corresponda.
- k) **Valor Máximo de ajuste definitivo 2021 (Pmax21*):** Es el valor de cálculo por Grupo Relevante de que trata 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.
- Para los grupos relevantes de servicios complementarios diferentes a pañales, y los medicamentos que corresponden a fórmulas magistrales, el valor máximo de ajuste 2021 es igual al valor reportado por cada EPS o EOC.
- l) **Reconocimiento ADRES 2021 (Reconocimiento_ADRES):** Corresponde al reconocimiento y giro realizado por la ADRES por concepto del presupuesto máximo asignado para la vigencia 2021 y su ajuste correspondiente.
- m) **Valor a girar por ajuste definitivo del presupuesto máximo vigencia 2021:** Resulta de restarle a la proyección del gasto para ajuste definitivo 2021 calculado en el literal f), el reconocimiento ADRES 2021 (Reconocimiento_ADRES) del literal l). Si el resultado es positivo, se aplica el Valor a girar por ajuste del presupuesto vigencia de 2021.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

- n) 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.
- o) 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.
- p) Las EPS o EOC de movilidad de cada uno de los regímenes contributivo y subsidiado se agregarán de acuerdo al código de la EPS o EOC del régimen a que pertenezcan.**
- 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.**

2. Identificación y tratamiento de registros inconsistentes en el cálculo del ajuste definitivo del presupuesto máximo de la vigencia 2021

Al revisar la información que supera las mallas de validación de consistencia, oportunidad y cobertura, se identifican los registros que presentan inconsistencia en valor o en 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 realiza el cálculo del valor de la media y la mediana para cada grupo relevante.
- Los registros identificados como inconsistentes en valores de los grupos relevantes se ajustan multiplicando las cantidades de UMC por el valor máximo entre: i) el Valor de Referencia establecido en la metodología de la Resolución 593 de 2021, ii) el valor de la media y iii) el valor de la mediana, 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) el Valor de Referencia de la metodología de la Resolución 593 de 2021, ii) el valor de la media y iii) el valor de la mediana, para cada grupo relevante.

A continuación, se presenta la metodología para el cálculo del valor de la media y la mediana, que se utiliza en los referidos registros inconsistentes:

2.1. Cálculo del Valor de la media y la mediana para grupos relevantes de Medicamentos y Alimentos Nutricionales para Propósito Médico - APME

El valor de la mediana y la media 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 y media 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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

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:

$$\text{Valor por UMC}_i = \frac{\text{ValorEntregado}_i}{\text{Cantidad de UMC}_i}$$

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.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

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 que Mc sea menor que cero:

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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

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

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

$$Regla = \begin{cases} LI \leq Valor_UMC_i \leq LS & No \text{ atípico} \\ En \text{ otro} \text{ caso} & Atípico \end{cases}$$

Donde,

Valor_UMC_i es el valor por Unidad Minima de Concentracion para el registro *i*

2.1.5. Paso 5. Cálculo de la mediana y media del valor por UMC para cada grupo relevante: A partir de los registros que no son atípicos se calcula el valor de la mediana y media del valor por UMC para cada grupo relevante.

2.2 Cálculo del valor de la mediana y media de procedimientos en salud

Los siguientes son los pasos a seguir para obtener el valor de la mediana y media por cada grupo relevante, que corresponde al procedimiento identificado con el código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS:

- Se define el valor por unidad para cada registro (*Valor_UMC_i*), como el valor entregado dividido entre la cantidad total entregada.

$$Valor_UMC_i = \frac{ValorEntregado_i}{CantTotEntregada_i}$$

Donde,

ValorEntregado_i es el valor entregado para cada registro *i* en la base de datos.
CantTotEntregada_i es la cantidad total entregada para cada registro *i* de la base de datos.

- La identificación de valores atípicos se realiza sobre el valor por unidad 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

$$\begin{aligned} LI &= Q1 - 1.5 * (Q3 - Q1) * Exp(-4Mc) \\ LS &= Q3 + 1.5 * (Q3 - Q1) * Exp(3Mc) \end{aligned}$$

En caso que Mc sea menor que cero:

$$\begin{aligned} LI &= Q1 - 1.5 * (Q3 - Q1) * Exp(-3Mc) \\ LS &= Q3 + 1.5 * (Q3 - Q1) * Exp(4Mc) \end{aligned}$$

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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

Los registros del valor por unidad en cada grupo relevante, que se ubiquen fuera de estos límites se consideraran valores atípicos, según la siguiente regla:

$$Regla = \begin{cases} LI \leq Valor_UMC_i \leq LS & No \text{ atípico} \\ En \text{ otro} \text{ caso} & Atípico \end{cases}$$

Donde,

Valor_UMC_i es el valor por Unidad Minima de Concentracion para el registro i

- iii) A partir de los registros que no son atípicos se calcula el valor de la mediana y media del valor por unidad para cada código del procedimiento en salud.

2.3 Cálculo del Valor de la mediana y media de grupos relevantes de servicios complementarios

Los siguientes son los pasos a seguir para obtener el valor de la mediana y media para el código de pañales señalado en las tablas de referencia de MIPRES para los servicios complementarios:

- i) Se define el valor por unidad para cada registro (*Valor_UMC_i*), como el valor entregado dividido entre la cantidad total entregada.

$$Valor_UMC_i = \frac{ValorEntregado_i}{CantTotEntregada_i}$$

Donde,

ValorEntregado_i es el valor entregado para el registro i en la base de datos.

CantTotEntregada_i es la cantidad total entregada en el registro i de la base de datos.

- ii) La identificación de valores atípicos se realiza sobre el valor por unidad del 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

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

En caso que *Mc* sea menor que cero

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

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

Los registros del valor por unidad en el grupo relevante, que se ubiquen fuera de estos límites se consideraran valores atípicos, según la siguiente regla:

$$Regla = \begin{cases} LI \leq Valor_UMC_i \leq LS & No \text{ atípico} \\ En \text{ otro} \text{ caso} & Atípico \end{cases}$$

Donde,

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

Valor_UMC_i es el valor por Unidad Minima de Concentracion para el registro i

- iii) A partir de los registros que no son atípicos se calcula el valor de la mediana y media del valor por unidad de cada grupo relevante

3. Desarrollo metodológico para el cálculo del ajuste definitivo del presupuesto máximo 2021

Se parte del valor y de las cantidades de los suministros registrados por parte de las EPS o EOC en el módulo de suministros de la herramienta tecnológica MIPRES.

$$\text{Valor entregado}_{r,i,j,n,2021} = \sum_1^j \text{Cantidad de UMC}_{r,i,j,n,2021} * \text{Valor UMC}_{r,i,j,n,2021}$$

$$\text{Cantidad de UMC} = QUMC_{r,i,j,n,2021} = \sum_1^{10} QUMC_{r,i,j,n,2021}$$

Donde,

*Valor entregado Corresponde al Valor reportado de la herramienta MIPRES
 QUMC corresponde a las cantidad UMC reportadas en la herramienta MIPRES
 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
 j = 1,2,3, 12 j corresponde a los meses de reporte de información de enero a diciembre
 n = 1, 2,3, n corresponde a la EPS o EOC
 2021 = corresponde a la vigencia 2021 del calculo del ajuste del presupuesto máximo*

Las cantidades para la vigencia 2021 se obtienen con la información disponible de la vigencia 2021 registradas en la herramienta tecnológica MIPRES. A continuación, se desarrollan los elementos necesarios para el cálculo del ajuste definitivo del presupuesto máximo para la vigencia 2021.

3.1. Cantidad Estimadas

Se debe estimar para el periodo enero a diciembre de la vigencia 2021 las cantidades de UMC de cada Grupo Relevante de cada EPS o EOC y así poder establecer el gasto con cargo al Presupuesto Máximo de la siguiente forma:

$$\hat{Q}_{r,i,j,n,2021} = \sum_1^{12} QUMC_{r,i,j,n,2021}$$

Donde,

*$\hat{Q}_{r,i,j,n,2021}$ corresponde a las cantidades estimadas de UMC para la vigencia 2021
 QUMC corresponde a las cantidad UMC reportadas en la herramienta MIPRES
 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
 j = 1,2,3, 12 j corresponde a los meses de reporte de información de enero a diciembre
 n = 1, 2,3, n corresponde a la EPS o EOC
 2021 = corresponde a la vigencia 2021 de calculo del ajuste definitivo del presupuesto máximo*

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

3.2. Valor máximo por UMC del Presupuesto Máximo 2021

A continuación, se presentan los criterios para la identificación de los valores máximos que serán utilizados para el cálculo del ajuste definitivo 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 Minima de Concentración de cada Grupo Relevante
Valor UMC = Valor de suministro por Unidad Minima de Concentración de cada Grupo Relevante

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

Reemplazando:

$$Valor\ UMC_{r,i,j,n} = VUMC_{r,i,j,n} = \frac{Valor\ suministro_{r,i,j,n}}{Q_{r,i,j,n}}$$

Entonces,

$$Valor\ UMC_{r,i,j,n,2021} = VUMC_{r,i,j,n,2021} = \frac{Valor\ entregado_{r,i,j,n,2021}}{QUMC_{r,i,j,n,2021}}$$

Para identificar el Valor Máximo de ajuste definitivo 2021 por Grupo Relevante y por EPS o EOC ($Pmax21^*_{i,j,n,2021}$) se tienen en cuenta tres conceptos: el $PRI_{i,2021}$, $\overline{VMediana}_{i,2021}$ y el $VUMC_{i,j,n,2021}$. Es decir:

$$Pmax21^*_{i,j,n,2021} = Valor\ Máximo\ de\ ajuste\ 2021_{i,j,n,2021} = f(PRI_{i,2021}, \overline{VMediana}_{i,2021}, VUMC_{i,j,n,2021})$$

Donde,

2021 = corresponde a la vigencia 2021 del calculo del ajuste del presupuesto máximo

Precio de referencia por comparación internacional (PRI): Es el precio regulado por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM).

Valor de la Mediana del Grupo Relevante del Sistema ($\overline{VMediana}_{i,2021}$): Corresponde al valor de la mediana por UMC de cada grupo relevante, considerando la información del periodo a evaluar, de todas las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado o EOC. Para el ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021 corresponde al calculado en la Resolución 593 de 2021

Valor de Referencia (VR): En los grupos relevantes con Precio de Referencia por Comparación Internacional (PRI), el valor de referencia corresponde al menor valor entre el valor de la mediana del sistema por Unidad Mínima de Concentración - UMC de cada grupo relevante y el PRI. En los grupos relevantes sin PRI, el Valor de Referencia corresponde al valor de la mediana de sistema por Unidad Mínima de Concentración – UMC del grupo relevante. Para el ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021, el Valor de Referencia corresponde a los definidos como resultado de la aplicación de la metodología de presupuesto máximo de la Resolución 593 de 2021.

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

Valor de Referencia = $VR_{i,2021}$

$$= \begin{cases} \text{Si } PRI_{i,2021} > 0; VR_{i,2021} = \text{Mínimo}(\overline{V\text{Mediana}}_{i,2021}, PRI_{i,2021}) \\ \text{Si } PRI_{i,2021} = \text{no disponible}; VR_{i,2021} = \overline{V\text{Mediana}}_{i,2021} \end{cases}$$

Valor del Grupo Relevant de cada EPS o EOC ($VUMC_{i,j,n,2021}$): Corresponde al valor por UMC de cada registro del grupo relevante en cada EPS o EOC, del periodo a evaluar. Para el ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021, el Valor del Grupo Relevant de cada EPS o EOC se calculará tomando como base los valores del año 2020, según lo establecido en la Resolución 593 de 2021.

Valor Máximo del ajuste definitivo 2021 (Pmax21*): Corresponde al menor valor por UMC entre el Valor de Referencia del grupo relevante y el valor del Grupo Relevant de cada EPS o EOC de acuerdo con los siguientes criterios:

Donde $Pmax21^*_{i,j,n,2021} = \text{Mínimo}(VR_{i,2021}, VUMC_{i,j,n,2021})$

Para los componentes de medicamentos, nutricionales APME, procedimientos y para el grupo de pañales del componente de servicios complementarios, el valor máximo será:

*Valor Máximo del ajuste 2021 = $Pmax21^*_{i,j,n,2021} =$*
 $\begin{cases} \text{Si } VUMC_{i,j,n,2021} > VR_{i,2021}; Pmax21^*_{i,j,n,2021} = VR_{i,2021} \\ \text{Si } VUMC_{i,j,n,2021} \leq VR_{i,2021}; Pmax21^*_{i,j,n,2021} = VUMC_{i,j,n,2021} \end{cases}$

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

*Valor Máximo del ajuste 2021 = $Pmax21^*_{r,i,j,n,2021} = \begin{cases} \text{Si } \text{Servicios Complementarios} \neq \text{Pañales}; Pmax21^*_{r,i,j,n,2021} = VUMC_{r,i,j,n,2021} \\ \text{Si } \text{Servicios Complementarios} = \text{Pañales}; Pmax21^*_{r,i,j,n,2021} = VR_{i,2021} \end{cases}$*

Dando claridad a lo establecido en la Resolución 593 de 2021, se precisa que valor máximo de tipo de medicamento fórmula magistral será:

*Valor Máximo 2021 = $Pmax^*_{r,i,j,n,2021} = \begin{cases} \text{Si } \text{medicamentos} = \text{Formula_Magistral}; Pmax^*_{r,i,j,n,2021} = VUMC_{r,i,j,n,2021} \\ \text{Si } \text{medicamentos} \neq \text{Formula_Magistral}; Pmax^*_{r,i,j,n,2021} = VR_{i,2021} \end{cases}$*

Esto significa que, en el componente de los servicios complementarios, exceptuando el grupo de pañales, y en los medicamentos fórmulas magistrales el Valor Máximo del ajuste definitivo 2021 (Pmax21*) corresponde al valor reportado por la EPS o entidad adaptada: $VUMC_{r,i,j,n,2021}$

3.3. Proyección del gasto con cargo al presupuesto máximo 2021

De lo anterior se procede a calcular la proyección del gasto del periodo de enero a diciembre para el cálculo del ajuste definitivo del presupuesto máximo 2021 de la siguiente forma:

$$\begin{aligned} \text{Proyección del gasto para ajuste definitivo 2021} &= \text{PGAjte_definitivo21}_{n,2021} \\ &= \sum Pmax21^*_{r,i,j,n,2021} * \widehat{Q}_{r,i,j,n,2021} \end{aligned}$$

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

La proyección del gasto para el ajuste del presupuesto máximo para las EPS o EOC de movilidad de cada uno de los regímenes contributivo y subsidiado se agregarán de acuerdo al código de la EPS o EOC del régimen a que pertenecen.

3.4. Identificación y cálculo de grupos relevantes priorizados para revisión pormenorizada

Para efectos de la fijación del ajuste definitivo del presupuesto máximo de la vigencia 2021, 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.

La revisión pormenorizada se realizará de manera posterior a la fijación del ajuste 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 la transferencia de los recursos pendientes, si hay lugar a ello, sustentados en el resultado de la revisión.

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 ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021 se establecerá el reconocimiento teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Para los **grupos relevantes NO priorizados para revisión**, el valor a reconocer para el presupuesto máximo de la vigencia 2021 será el valor definido en la aplicación de la presente metodología. Con esta información se calcula la variable presupuesto grupos relevantes no priorizados para revisión pormenorizada para cada una de las EPS de cada uno de los regímenes.
- En los **grupos relevantes priorizados para revisión pormenorizada**, el cálculo de valor a reconocer para el ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021, considerará la información de la herramienta MIPRES con corte al 24 de octubre de 2021 dividido por 10 y multiplicado por 12. Si este valor supera al valor a reconocer producto de la aplicación de la presente metodología, para el cálculo se tomará este último.

En los grupos relevantes que no presente información en la aplicación de la metodología de ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021, el valor a reconocer para el ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021 será el valor definido de la aplicación de la presente metodología, dispuesta para los grupos relevantes no priorizados para revisión pormenorizada.

Valor de asignación previo y pendiente por revisión pormenorizada

Teniendo en cuenta los anteriores criterios y con el propósito de garantizar flujo de recursos de SGSSS, se establece un **valor de asignación previo** (avance PGRP para RP), hasta tanto se efectúe la revisión pormenorizada de la totalidad de los grupos relevantes.

El **valor de asignación previo** de los grupos relevantes priorizados para revisión estará condicionado al resultado producto de la revisión pormenorizada, toda vez que este valor puede estar sujeto al ajuste al presupuesto máximo o al reembolso compensación, en los términos de

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

lo dispuesto en el numeral 14.3 y al parágrafo segundo del artículo 14 de la Resolución 1139 de 2022, respectivamente.

Asimismo, **el Valor pendiente por revisión pormenorizada** de los grupos relevantes priorizados de cada una de las EPS o entidad adaptada si a ello hubiere lugar, estará condicionado al resultado de la revisión pormenorizada que se desarrolla en el anexo 2 de presente acto administrativo.

Efectuados los cálculos de los ítems anteriores, se define a cada una de las EPS o entidad adaptada en cada régimen y el presupuesto pendiente por revisión pormenorizada:

➤ **Régimen Contributivo:**

$$PGAjte_definitivo21_RC_{n,2021} = PAjteGR \sin RP_RC_{n,2021} + PAjteGR \con RP_RC_{n,2021}$$

$$\begin{aligned} PAjteGR \con RP_RC_{n,2021} \\ = Avance PAjteGR para RP_RC_{n,2021} + PAjteGR pendiente por RP_RC_{n,2021} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} Pto_Ajuste Autorizado_RC_{n,2021} \\ = PAjteGR \sin RP_RC_{n,2021} + Avance PAjteGR con RP_RC_{n,2021} \end{aligned}$$

Donde,

$$\begin{aligned} PGAjte_definitivo21_RC_{n,2021} \\ = Proyección del gasto para ajuste definitivo 2021 de las EPS del RC \\ PAjteGR \sin RP_RC \\ = Presupuesto de ajuste grupos relevantes no priorizados para revisión pormenorizada del RC \\ PAjteGR con RP_RC \\ = Presupuesto de ajuste grupos relevantes priorizados para revisión pormenorizada del RC \\ Avance PAjteGR para RP_RC \\ = Reconocimiento de los grupos relevantes con revisión pormenorizada del RC \\ PAjteGR pendiente por RP_RC \\ = Presupuesto de ajuste grupos relevantes pendiente por revisión pormenorizada del RC \\ Pto_Ajuste Autorizado_RC = Presupuesto Máximo de Ajuste Autorizado 2021 del RC \\ n = 1, 2, 3, \dots n \text{ corresponde a la EPS o entidades adaptadas del Régimen Contributivo} \end{aligned}$$

➤ **Régimen Subsidiado:**

$$PGAjte_definitivo21_RS_{n,2021} = PAjteGR \sin RP_RS_{n,2021} + PAjteGR \con RP_RS_{n,2021}$$

$$\begin{aligned} PAjteGR \con RP_RS_{n,2021} \\ = Avance PAjteGR para RP_RS_{n,2021} + PAjteGR pendiente por RP_RS_{n,2021} \end{aligned}$$

$$Pto_Ajuste Autorizado_RS_{n,2021} = AjteGR \sin RP_RS_{n,2021} + Avance AjteGR con RP_RS_{n,2021}$$

Donde,

$$\begin{aligned} PGAjte_definitivo21_RS_{n,2021} \\ = Proyección del gasto para ajuste definitivo 2021 de las EPS del RS \end{aligned}$$

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

PAjteGR sin RP_RS

= *Presupuesto de ajuste grupos relevantes no priorizados para revisión pormenorizada de RS*

PAjteGR con RP_RS

= *Presupuesto de ajuste grupos relevantes priorizados para revisión pormenorizada del RS*

Avance PAjteGR para RP_RS

= *Reconocimiento de los grupos relevantes con revisión pormenorizada del RS*

PAjteGR pendiente por RP_RS

= *Presupuesto de ajuste grupos relevantes pendiente por revisión pormenorizada del RS*

Pto_Ajuste Autorizado_RS = *Presupuesto Máximo de Ajuste Autorizado 2021 del RS*

n = 1, 2, 3, ... *n* corresponde a la EPS o entidades adaptadas del Régimen Subsidiado

3.5. Valor de reconocimiento y giro por ajuste definitivo del presupuesto máximo de la vigencia 2021

Una vez sea fijado el gasto para el ajuste definitivo del presupuesto máximo para la vigencia 2021, la ADRES determinará el monto pendiente por reconocer, considerando las asignaciones realizadas mediante las Resoluciones de carácter particular expedidas para cada EPS o entidad adaptada para la vigencia 2021 y la liquidación realizada por la ADRES en razón a los traslados de afiliados presentados, con el fin establecer el ajuste definitivo del presupuesto máximo asignado para toda la vigencia.

Para determinar el valor a girar por concepto del ajuste definitivo, se debe tener en cuenta el reconocimiento y giro realizado por la ADRES del presupuesto máximo asignado para la vigencia 2021 y el ajuste parcial del 2021.

Para calcular el valor que se debe girar por parte de la ADRES a las EPS o entidades adaptadas correspondiente al ajuste del presupuesto máximo, se procede de la siguiente forma:

Para el Régimen Contributivo,

$$GADRES_APM_RC21_{n,2021} = Pto_Ajuste Autorizado_RC_{n,2021} - Reconocimiento_ADRES_{n,2021}$$

*VGADRES_APM_RC21*_{n,2021}*

$$= \begin{cases} Si GADRES_APM_RC21_{n,2021} > 0; VGADRES_APM_RC21*_{n,2021} = GADRES_APM_RC21_{n,2021} \\ Si GADRES_APM_RC21_{n,2021} \leq 0; VGADRES_APM_RC21*_{n,2021} = 0 \end{cases}$$

$$Total_VSGADRES_APM_RC21_{2021} = \sum_{1}^{n} VGADRES_APM_RC21*_{n,2021}$$

Donde,

Ajuste Presupuesto Máximo de la EPS o EOC RC enero a diciembre 2021

= *GADRES_APM_RC21*

Pto_Ajuste Autorizado_RS = *Presupuesto Máximo de Ajuste Autorizado 2021 del RS*

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

Total Reconocimientos por parte de la ADRES enero a diciembre 2021 a la EPS o EOC
= Reconocimiento_ADRES

n = 1,2,3,.....n corresponde a la EPS o entidades adaptadas del Régimen Contributivo
Giro ajuste Presupuesto Máximo de la EPS o EOC RC enero a diciembre 2021
= VGADRES_APM_RC21*_{n,2021}

Valor Total giro ajuste Presupuesto Máximo del RC enero a diciembre 2021
= Total_VSGADRES_APM_RC21₂₀₂₁

Para el Régimen Subsidiado,

GADRES_APM_RS21_{n,2021} = PG AJuste definitivo21_{n,2021} – Reconocimiento_ADRES_{n,2021}

*VGADRES_APM_RS21*_{n,2021}*
= $\begin{cases} Si GADRES_APM_RS21_{n,2021} > 0; VGADRES_APM_RS21*_{n,2021} = GADRES_APM_RS21_{n,2021} \\ Si GADRES_APM_RS21_{n,2021} \leq 0; VGADRES_APM_RS21*_{n,2021} = 0 \end{cases}$

*Total_VSGADRES_APM_RS21₂₀₂₁ = $\sum_{1}^n VGADRES_APM_RS21*_{n,2021}$*

Donde,

Ajuste Presupuesto Máximo de la EPS o EOC RS enero a diciembre 2021
= GADRES_APM_RS21

Pto_Ajuste Autorizado_RS = Presupuesto Máximo de Ajuste Autorizado 2021 del RS
Total Reconocimientos por parte de la ADRES enero a diciembre 2021 a la EPS o EOC

= Reconocimiento_ADRES

n = 1,2,3,.....n EPS o entidades adaptadas del Régimen Subsidiado

Giro ajuste Presupuesto Máximo de la EPS o EOC RS enero a diciembre 2021
= VGADRES_APM_RS21*_{n,2021}

Valor Total giro ajuste Presupuesto Máximo del RS enero a diciembre 2021
= Total_VSGADRES_APM_RS21₂₀₂₁

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

ANEXO TÉCNICO 2

ASPECTOS GENERALES DEL 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:
 - i) Las observaciones producto de la revisión pormenorizada pueden indicar concordancia o no concordancia.
 - ii) Las observaciones producto de la revisión pormenorizada pueden conducir a la identificación de oportunidades de mejora en el reporte de prestaciones o en la prestación directa entre los diferentes actores.
 - 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, definidas 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, quien podrá convocar a otras entidades, según el desarrollo de la mismo.

3. Fuentes de información

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

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.
- 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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

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
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	VARIABLE S	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
2	Duración del tratamiento	DTF	Permite identificar aquellos casos en	Días de tratamiento prescritos	DTF: (días de tratamiento segú	Días de Tratamiento máximos	Registros donde el tiempo de tratamiento

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

No .	NOMBRE	ABREV	DESCRIPCIÓN	VARIABLE S	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
	farmacológico		donde la duración del tratamiento farmacológico instaurado excede la recomendada en casos específicos.	Días de tratamiento recomendados para la pauta posológica	prescripción/ Número máximo de días o ciclos de tratamiento recomendados)		total excede el recomendado
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.
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 x evento/ DDD)	Crecimiento en DDD entre vigencias	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación.
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 suministradas 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.
6	Consumo por DDD x Subgrupo terapéutico	CDDDS T	Permite conocer el consumo en DDD por medicamento en un periodo de tiempo determinado para los principios activos de un subgrupo terapéutico, entre vigencias	UMC suministrada x P.A. de un subgrupo ATC4	CDDDS T= (DDD suministradas por P.A.) / DDD totales del Subgrupo ATC4)	Crecimiento en DDD entre vigencias	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación, para el principio activo (ATC5) analizado frente al subgrupo Terapéutico
7	Población consumidor	PCGQS X	Permite conocer el	Filtro: Códiao	PCGQS X = (Σ personas	Variación en personas	Crecimiento entre

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

No.	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
	a por grupo quinquenal y sexo		número de personas consumidoras de un principio activo por grupo etario o sexo en cada vigencia	ATC, sexo y Grupo Etario	únicas con suministro por grupo quinquenal y sexo)	únicas entre vigencias.	vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación, para el medicamento analizado frente al subgrupo Terapéutico
8	Origen Prescripción	OP	Distribución de la prescripción originada en el país según nivel de agregación para un medicamento en particular.	Total de UMD prescritas en el periodo de análisis por nivel de agregación. Total de UMD prescritas en el periodo de análisis.	OP= $(\sum \text{UMD prescritas por nivel de agregación}) / (\sum \text{UMD prescritas en el periodo de análisis})$	Distribución por origen de prescripción	Observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación

ABREV: Abreviatura

DDD: Dosis Diarias Definidas

DHD: Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día.

P.A.: Principio activo.

UMC: Unidad Mínima de Concentración (mg, g, U.I, entre otras)

UMD: Unidades Mínimas de Dispensación (Tableta, cápsula, vial, ampolla, parche, entre otras)

DIMENSIÓN – GASTO

No.	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
1	Variación porcentual del valor	VP\$	Permite conocer la desviación de valor reportado por UMC de cada P.A. frente al VR	Valor reportado por UMC VR por UMC	$VP = (\$ \text{UMC}/VR) \times 100$	Desviación frente al referente: VR (PR)	Registros donde el valor de la UMC por CUM reportado en la fecha de suministro es mayor al definido en la normatividad aplicable.
2	Gasto entre vigencias	\$GIV	Permite conocer la variación	Valor total por cada GR 2021	$\$GIV = (\text{Valor total por P.A})$	Desviación porcentual	Crecimiento entre vigencias

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

No .	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
			porcentual del gasto entre vigencias por EPS	Valor total por cada GR 2020	2020/ Valor total P.A. 2021)		identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
3	Proporción de gasto por subgrupo terapéutico	\$GST	Permite conocer la distribución del gasto en un subgrupo terapéutico de medicamentos o alternativas farmacológicas	Valor total por cada P.A. de un subgrupo ATC4 Valor total del subgrupo ATC4	\$GST= (Valor total suministrado por P.A.)/ valor total Subgrupo ATC4)	Crecimiento en gasto por ATC4 entre vigencias	Crecimiento entre vigencias identificando las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación frente al subgrupo Terapéutico
4	Gasto per cápita relativo	\$PCR	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	\$PCR= (Valor total por GR) / 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	\$PCA	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	\$PCA= (Valor total por GR) / 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= (Costo total medicamentos MIPRES 2021/Costo total medicamentos UPC 2021)/(Costo total medicamentos MIPRES 2020/Costo total medicamentos UPC 2020)	Variación porcentual por agregados	Complementario para alertas

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

DIMENSIÓN – USO

N.o.	NOMBRE	ABRE V.	DESCRIPCION	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
1	Concordancia población objeto para enfermedades huérfanas (EH)	CPOEH	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)	CPOEH: (Personas únicas con medicamento para EH (Única Indicación) /Personas únicas en registro de EH)	Personas registradas en Base de EH.	Registros con personas no registradas en base de datos de EH.
				Personas únicas en registro de EH			
2	Concordancia por Grupo población al 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 personas únicas con suministro por grupo quinquenal y sexo)	CUMPLIMENTO: Variación en personas únicas entre vigencias.	Registros no concordan tes 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	CDX= ((Número de Dx relacionados con la indicación/(Meses))/((Número total de Dx reportados por medicamento)/(Meses))	Dx según indicación	Registros no concordan tes según diagnóstico e indicación autorizada
				Número total de diagnósticos reportados para el medicamento			
4	Población consumidora Subgrupo Terapéutico.	PCST	Permite conocer el número de personas consumidoras de un GR frente a las personas consumidoras de los P.A. del Subgrupo terapéutico	(\sum personas únicas con suministro por cada P.A. del Subgrupo Terapéutico)	PCST: (\sum personas únicas con suministro por cada P.A. del Subgrupo Terapéutico) / (\sum 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
				(\sum personas únicas con suministro de todos los P.A. del Subgrupo Terapéutico)			
5	Concordancia entre	CGRAU	Permite conocer la	(Registros en los que	CGRAU = (Cantidad suministrada en UMD		Registros con ámbito

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

Nº.	NOMBRE	ABRE V.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
	el GR y el ámbito de uso		concordancia entre el principio activo del GR y su ámbito de uso.	el ámbito de uso cumple con el esperado para el P.A.)	o UMC) / (Cantidad prescrita en UMD o UMC)	Ámbito de uso del medicamento	distinto al esperado para el medicamento.
				(Total de Registros cada P.A.)			
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)	PSGI = (\sum Registros con suministro de medicamentos genéricos) / (\sum Registros con suministro de medicamentos)	Marcación de medicamentos genéricos o innovadores	Informativo.
				(Total de Registros cada P.A.)			

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	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 procedimiento en 2020			
2	Población consumidora por grupo quinquenal y sexo	PCGQS X	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 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.	OP= (\sum Num procedimientos prescritos por nivel de agregación / (\sum Num procedimientos prescritos en el periodo de análisis))	Distribución por origen de prescripción	Observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
				Total de procedimientos prescritos en el periodo de análisis			

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

#	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	VARIABLES	FÓRMULA	REFERENTE DE OBSERVACIÓN	ALERTA EN:
				en el periodo de análisis. Por prescriptor, IPS, EPS			

DIMENSIÓN – GASTO

#	NOMBRE	ABREV.	DESCRIPCIÓN	CÁLCULO	VARIABLES	FÓRMULA	TIPO DE OBSERVACIÓN	ALERTA CUANDO:
1	Gasto entre vigencias	\$GIV	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, Departamento, IPS, EPS, mes o año	\$GIV= (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 identificado o las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
2	Gasto per cápita relativo	\$PCR	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.	\$PCR= (Valor total por GR)/ personas únicas con suministro del GR)	INDICATIVO : desviación por agregados	Crecimiento entre vigencias identificado o las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación
3	Gasto per cápita absoluto	\$PCA	Valor per cápita por procedimiento 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,	\$PCA= (Valor total por GR)/ Población expuesta por régimen)	INDICATIVO : desviación por agregados	Crecimiento entre vigencias identificado o las observaciones mayores al percentil 95 según el nivel de agregación

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

#	NOMBRE	ABRE V.	DESCRIPCION	CÁLCULO	VARIABLES	FÓRMULA	TIPO DE OBSERVACIÓN	ALERTA CUANDO:
					Proveedor, mes y año.			
4	Relación global de Gasto por fuente de financiación entre vigencias	RGGF FI	Relación intervigencia del gasto de Presupuesto Máximo frente a UPC por persona según EPS, régimen y fuente de financiación	Numerador	(Costo total Procedimientos MIPRES 2021/Costo total Procedimientos UPC 2021)	RGGMFFI= (Costo total procedimientos MIPRES 2021/Costo total procedimientos UPC 2021)/(Costo total procedimientos MIPRES 2020/Costo total procedimientos UPC 2020)	INDICATIVO : desviación por agregados	
					(Costo total Procedimientos MIPRES 2020/Costo total procedimientos UPC 2020)			
				Nivel de agregación	Por rangos y EPS			

DIMENSIÓN - USO

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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

				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= 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=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=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=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 entregado en los años 2020 y 2021	SC_DQ= 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=Cantidades entregadas de pañales por persona	Cantidad dispensada de pañales por persona mayor a 1440 en el año sin evidencia 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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

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	<input type="checkbox"/> Cantidad entregada de producto (unidades según presentación comercial) <input type="checkbox"/> Duración del tratamiento (días) Fórmula = $\text{Cantidad entregada de producto (unidades) / Duración del tratamiento (días)}$	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	<input type="checkbox"/> Valor entregado por UMC	Variación en el valor del tratamiento entregado por UMC mayor al 100%

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

		máximo definidos para cada grupo relevante de APME en las vigencias 2020 y 2021	<input type="checkbox"/> VR por UMC $\text{Fórmula} = (\text{Valor entregado por UMC} / \text{VR por UMC}) \times 100$	
--	--	---	---	--

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	<input type="checkbox"/> Edad del paciente <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Diagnóstico principal del paciente <input type="checkbox"/> 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 ajuste del presupuesto máximo de la vigencia 2021 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 las vigencias a analizar según los cortes de información señalados anteriormente, y se procederá a la confrontación, análisis, y evaluación frente a los criterios definidos.

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

Continuación de la resolución "Por la cual se adopta la metodología para definir el ajuste definitivo del presupuesto máximo a asignar a las Entidades Promotoras de Salud- EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y Entidades Adaptadas para la vigencia 2021 y los aspectos generales del procedimiento para la revisión pormenorizada.

"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.