



# **INFORME DE LA ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA (UPC) PARA EL AÑO 2026**

---

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

Enero de 2026



**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ**

Ministro de Salud y Protección Social

**LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA**

Viceministro de Protección Social

**JOHN EDISON BETANCUR ROMERO**

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





## **Dirección del Proyecto**

**JOHN EDISON BETANCUR ROMERO**

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

**JULIO CÉSAR CUBILLOS ALZATE**

Subdirector de Beneficios en Aseguramiento

## **Equipo Técnico**

**EF. ANA MARIA AGUDELO ARCE**

**QF. ANA MARÍA HERRERA ESLAVA**

**MD. EDELBERTO GOMEZ VERGARA**

**QF. ENRIQUE ALEJANDRO ROBAYO DUARTE**

**EF. GINA PAOLA HERRAN CONTRERAS**

**QF. GUSTAVO ADOLFO MORÁN CORTINA**

**BS. JUAN FELIPE BARRETO BOTERO**

**MD. HILDEBRANDO PULIDO**

**QF. LUIS HERNANDO TOCARUNCHO ARIZA**

**MD. OSWALDO BARRERA GUAUQUE**

**QF. SANDRA MILENA ACEVEDO PEREZ**

**MD. WILLIAM FERNEY MONTAÑA CHAPARRO**

Subdirección de Beneficios en Aseguramiento



## SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
AIP	Análisis de impacto presupuestal.
APME	Alimento con Propósito Médico Especial
ATC	Acrónimo de Anatomical, Therapeutic, Chemical (por su sigla en inglés) Sistema de Clasificación de la OMS
AVAD	Acrónimo de Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
BUT	Baja Utilidad Terapéutica
CDF	Combinación a Dosis Fijas
CUM	Código Único de Medicamentos
CUPS	Clasificación Única de Procedimientos en Salud
DCI	Denominación Común Internacional
DRBCTAS	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
EH	Enfermedad Huérfana
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ETS	Evaluación de tecnologías en salud
FF	Forma Farmacéutica
FUP	Frecuencia de Uso Poblacional
GBD	Acrónimo de Global Burden of Disease (por su sigla en inglés)
GPC	Guía de Práctica Clínica
GR	Grupo relevante
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPT	Informe de Posicionamiento Terapéutico
IUM	Identificador Único de Medicamentos
LME	Listado de Medicamentos Esenciales
Minsalud	Ministerio de Salud y Protección Social
MIPRES	Herramienta automatizada para el reporte y prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC
MVND	Medicamento Vital No Disponible
M1	Medicamento con indicación para enfermedad huérfana y otras diferentes a ésta.
M2	Medicamento con indicación exclusiva para enfermedad huérfana
OMS	Organización Mundial de la Salud



PA	Principio Activo
PAI	Plan Ampliado de inmunizaciones
PBSUPC	Plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación
POS	Plan Obligatorio de Salud
RCO	Régimen Contributivo
RSO	Régimen Subsidiado
RS	Registro Sanitario
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISMED	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
SOA	Severidad, Ocurrencia y Afectación
SP	Salud Pública
TS	Tecnología en salud
UMC	Unidad Mínima de Concentración
UNIRS	Uso No Incluido en el Registro Sanitario
UPC	Unidad de Pago por Capitación.



## Contenido

1.	Introducción .....	7
2.	Justificación .....	10
3.	Antecedentes normativos.....	13
4.	Objetivo general.....	15
5.	Fases del proceso de actualización. ....	16
5.1	Fase 1: identificación de tecnologías en salud y servicios para inclusión a la financiación con recursos de la UPC.....	16
5.2	Fase 2: selección de tecnologías en salud para evaluar (priorización) .....	17
5.3	Fase 3: análisis y evaluación de tecnologías en salud para su inclusión a los beneficios financiados con recursos de la UPC y desarrollo de las estrategias de actualización.....	18
5.3.1	ESTRATEGIA DE INTEGRALIDAD (MEDICAMENTOS).....	20
5.3.2	ESTRATEGIA DE EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN .....	26
5.3.2.1	Análisis para Medicamentos .....	26
5.3.2.2	Análisis para procedimientos .....	43
5.4	ESTRATEGIA DE TENDENCIAS DE PRESCRIPCIÓN.....	45
5.4.1	Análisis para medicamentos .....	45
5.4.2	Análisis para Alimentos para Propósitos Médicos Especiales .....	78
5.4.3	Análisis para procedimientos.....	80
5.5	ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTAL DEL LABORATORIO CLÍNICO «DENGUE ANTÍGENO MANUAL» EN COLOMBIA.....	81
5.6	ESTRATEGIA DE ACTO NORMATIVO .....	83
6.	Resultado final del proceso de actualización integral .....	85

# Informe de actualización integral de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC para el Año 2026

---

## 1. Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, garantiza el derecho fundamental a la salud, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993. Este derecho abarca las etapas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, aplicables a todas las patologías, a través de la provisión de servicios y tecnologías en salud.

La financiación de los servicios y tecnologías en salud puede explicarse, de manera pedagógica, a través de dos formas de protección que operan de manera complementaria dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a saber:

1. **Protección colectiva:** Corresponde al esquema de aseguramiento, mediante el cual se agrupan y gestionan los riesgos en salud de toda la población afiliada. Su financiación se realiza con recursos públicos y solidarios, principalmente a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los Presupuestos Máximos (PM), que permiten cubrir de manera anticipada y poblacional los servicios y tecnologías definidos para financiación colectiva.

2. **Protección individual:** Hace referencia a la financiación excepcional de servicios y tecnologías que no están cubiertos por la UPC ni por los Presupuestos Máximos. Estos casos se prescriben de manera individual a través de MIPRES y son reconocidos por la ADRES, garantizando el acceso cuando una necesidad específica de salud no está incluida dentro de la protección colectiva.”

El conjunto de tecnologías en salud y servicios financiados mediante los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) ha experimentado un crecimiento progresivo, orientado a actualizar de manera integral el portafolio de servicios respaldado por esta fuente de financiamiento. Este proceso busca optimizar las interacciones entre los agentes del sistema y facilitar la gestión integrada de las tecnologías en salud, en estricto



cumplimiento de la normatividad vigente y utilizando estrategias de agrupamiento que convergen hacia un plan implícito de cobertura.

La actualización integral de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC se desarrolla en múltiples etapas, que incluyen la identificación de tecnologías, su ponderación, la evaluación de tecnologías en salud (ETS), la verificación de la disponibilidad de estas tecnologías en el sistema de salud colombiano, la garantía de acceso mediante el SGSSS y, finalmente, la toma de decisiones. Este proceso se concibe como un ejercicio continuo, dinámico, participativo y permanente, que ha permitido la apropiación de conocimiento por parte de los diferentes actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La actualización integral de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de forma bienal, está diseñada para abordar diversos aspectos clave: 1) las necesidades en salud de la población colombiana; 2) la incorporación de elementos esenciales para alcanzar los objetivos clínicos relacionados con dichas necesidades; 3) la optimización del uso de los recursos, servicios y tecnologías disponibles en el país; y 4) la provisión de beneficios adicionales a los ya incluidos en el esquema de protección colectiva del aseguramiento social.

Para la implementación de los procedimientos de actualización integral, se han desarrollado y aplicado metodologías que integran los criterios, condiciones y disposiciones estipulados en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Estas metodologías establecen que: (a) la actualización debe realizarse con una periodicidad bienal; (b) debe responder a los cambios en el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad de la población, considerando la disponibilidad y el equilibrio de los recursos; (c) se requiere la aplicación de un enfoque metodológico riguroso para la definición y actualización de las tecnologías; y (d) se debe incorporar la opinión de los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El desarrollo metodológico incluye, tanto la aclaración de la cobertura de procedimientos, medicamentos y demás TS que migran, de manera progresiva, desde un plan de beneficios en salud basado en una lista taxativa positiva, hacia un plan de beneficios implícito que contenga una lista taxativa de exclusiones o “lista negativa”; como el resultado de la aplicación de las metodologías estipuladas para su actualización.







Como resultado de este proceso, al 1 de enero de 2026, la financiación con recursos de la UPC corresponde para medicamentos al 96.5% del total de códigos Únicos de Medicamentos disponibles y aprobados en el país y para procedimientos alcanzó el 97,3%.



## 2. Justificación

El proceso de actualización integral de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC se viene desarrollando desde 2013, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011. Dicho marco normativo dispone que la actualización debe:

- Realizarse cada dos años;
- Responder a los cambios en el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad de la población colombiana, así como a la disponibilidad y equilibrio de los recursos.:
- Aplicar una metodología para su definición y actualización
- Incorporar la opinión de los actores del SGSSS mediante espacios de participación ciudadana.

La forma de nominar y definir qué tecnologías en salud que se financian con recursos de la UPC ha evolucionado en los últimos años, desde un proceso que se hacía en primera instancia, a través de una solicitud escrita sin mayor formalidad, hasta establecer un proceso de nominación con el soporte técnico correspondiente hasta el año 2018.

Para ese año, en la actualización integral de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC se identificaron problemas puntuales que afectaban el adecuado desarrollo del procedimiento:

- a) Nominación de tecnologías mayormente por la industria farmacéutica, generando un análisis de lo que la industria necesita que sea incluido con cargo a la UPC.
- b) Imposibilidad de realizar una Evaluación de Tecnología en Salud -ETES completa a cada una de las TS nominadas para inclusión, en razón al gran volumen que esto representa.
- c) Inclusión limitada de TS, seguras y efectivas, a la financiación con recursos de la UPC porque la disponibilidad presupuestal no es suficiente para asumir el impacto que genera en el valor de la UPC, por lo que se tenían TS con ETES con concepto favorable que aún no se habían incluido a la financiación con recursos de la UPC.

La identificación de los problemas expuestos afectó el adecuado desarrollo del procedimiento, por lo que, a partir del año 2019 se incluyó en la metodología, como mecanismo para la Identificación de TS, la construcción de la Matriz de Priorización elaborada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud- IETS, avalada por las



sociedades científicas y con la participación de los diversos actores del SGSSS. Tal instrumento permite segmentar por sistema anatómico la búsqueda de tecnologías a incluir, evita que se repitan por patologías de alto porcentaje de Carga de Enfermedad para nuestro país, da espacio a tecnologías con menor presentación que nunca habían sido estudiadas técnicamente.

Para el año 2021, siguiendo con el objetivo de migración progresiva de las TS, hacia una única bolsa de financiamiento por prima y gestión de riesgo, se hizo necesario acudir a otras metodologías complementarias a la de nominación y matriz de priorización por cuanto al cubrir la carga global de enfermedad con las principales patologías de todo el abanico epidemiológico de la población del país, se encontraba que algunos clúster de enfermedades, muy prevalentes, con alta afectación en calidad de vida de los pacientes pero con baja severidad o mortalidad, no puntuaban en los primeros lugares de la jerarquía de priorización, para ser tenidos en cuenta para su inclusión. Es así como, para enfermedades del ojo y sus anexos o enfermedades bucodentales, por ejemplo, era muy difícil que TS utilizadas para su prevención, tratamiento y control, fueran tomadas en cuenta para su migración hacia una fuente de financiación con recursos de la UPC.

Anudado a lo anterior, el proceso metodológico usado para definir los presupuestos máximos desde el año 2020, ayudó a mejorar la información en cuanto a frecuencias de uso cotidiano, población impactada y costos de las TS, tanto en régimen contributivo y en especial el subsidiado. Por lo anterior, para el estudio de la vigencia 2022, se agregaron, además de las metodologías realizadas en otras vigencias, nuevos análisis de escenarios conjuntos, los cuales fueron analizados técnico-científico, legal y fiscalmente para que la comisión eligiera la mejor propuesta y la más conveniente para el sistema de salud. Así las cosas, desde la vigencia 2022 y hasta la vigencia 2024, se han aplicado de forma sistemática las metodologías de actualización propuestas por el equipo técnico de la DRBCTAS cuyo resultado culmina con la toma de decisiones para la inclusión de servicios y tecnologías en salud, conforme a criterios técnico-científicos, legales y fiscales con recursos de la UPC por parte de la Comisión de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

En definitiva, el proceso de actualización de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, está revestido de un sustrato multifactorial que agrupa un alto componente técnico científico; una voluntad de consenso entre diferentes instituciones o agrupaciones científicas, no científicas y la población colombiana; y el seguimiento de





lineamientos normativos consignados en derechos y deberes constitucionales, leyes, decretos y resoluciones, que constituyen un reto constante para agruparlos de manera ética y funcional para el sistema de salud colombiano.

Prueba de ello, para el caso de medicamentos, durante la vigencia 2025 se realizó una actualización metodológica en las estrategias de actualización, por un lado, incluir una nueva estrategia que es Tendencias de Prescripción APME, y por otro, robustecer las estrategias de Tendencias de Prescripción que aplica a medicamentos en el sentido de incluir nuevas variables para análisis que tienen en cuenta aspectos epidemiológicos como lo son: Carga de la Enfermedad, Guías de Práctica Clínica (GPC), Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) y farmacéuticos como: medicamento monopólico, madurez de producto en el mercado local, baja utilidad terapéutica de un medicamento, completitud de grupos ATC nivel 4 (Subgrupo químico, farmacológico o terapéutico) a partir de la cuales se pretende complementar y fortalecer los análisis tendientes a analizar la necesidad de inclusión de nuevas tecnologías de la salud en los beneficios del SGSSS.

Respecto a procedimientos, se realizó una revisión orientada a identificar posibles situaciones de obsolescencia clínica o tecnológica, al mismo tiempo que, se construyó y aplicó un Índice de Priorización de Procedimientos (IPP), basado en una matriz multicriterio que integró dimensiones de severidad (DALYs – metodología SOA (Severidad, Ocurrencia y Afectación)), frecuencia de uso poblacional (FUP), valor relativo del procedimiento ajustado por IPC y existencia de estudios previos de impacto presupuestal o inclusión en la matriz horizonte. Este ejercicio permitió jerarquizar los procedimientos de manera objetiva en la propuesta, equilibrando el impacto en salud pública y la sostenibilidad financiera del sistema.



### 3. Antecedentes normativos

La regulación vigente establece los criterios, procedimientos y requisitos técnicos para la definición, actualización y delimitación del plan de beneficios en salud financiado con recursos públicos, así como para la identificación de tecnologías financiables con la UPC y la gestión de exclusiones explícitas.

En este sentido, de conformidad con el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, el plan de beneficios debe actualizarse integralmente cada dos años, considerando los cambios en el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad, la disponibilidad de recursos y el equilibrio del sistema, así como la inclusión de tecnologías no explícitas. Las metodologías de definición y actualización deben ser públicas, explícitas y participativas, involucrando actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sociedades científicas, organizaciones de profesionales y otros grupos pertinentes.

Igualmente, y en complemento de lo anterior, es necesario considerar que la Ley 1751 de 2015 prevé en su artículo 15 que el Sistema debe garantizar el derecho fundamental a la salud mediante servicios y tecnologías orientados a la promoción, prevención, atención, paliación y rehabilitación. Esta disposición también señala que los recursos públicos no pueden financiar tecnologías que cumplan criterios como finalidad cosmética o suntuario, ausencia de evidencia de seguridad, eficacia o efectividad, falta de autorización sanitaria, fase experimental o prestación en el exterior. Las tecnologías que cumplan estos criterios deben ser excluidas mediante un procedimiento técnico-científico público, colectivo, participativo y transparente.

Por su parte, el artículo 4 de la Resolución 2718 de 2024 estableció, como referente para la actualización, que los servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC deben haber surtido procesos de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), análisis de grupos terapéuticos o del mercado, o análisis derivados de Guías de Práctica Clínica adoptadas por el Ministerio, además de otros análisis que se consideren necesarios. La financiación con UPC se supedita, entonces, a una decisión de la autoridad competente basada en estos insumos técnicos.

Bajo esta línea, cabe precisar que en el presente informe se hace referencia a la Resolución 2718 de 2024 en la medida en que, para la fecha en que se adelantó el análisis técnico que sustenta esta actualización integral —cuyo resultado fue adoptado mediante la Resolución 2765 de 2025— dicha resolución se encontraba vigente y definía los servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC para la vigencia 2025. Su inclusión permite contextualizar adecuadamente el marco normativo aplicable al momento de realizar el ejercicio de actualización integral.



Aunado a lo expuesto, es necesario precisar que el artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 constituye un elemento estructural del marco normativo que orienta los procesos de delimitación del plan de beneficios, pues esta disposición no solo define los criterios bajo los cuales determinados servicios y tecnologías no pueden ser financiados con recursos públicos, sino que también establece el procedimiento técnico-científico, público y participativo para su exclusión, así como el mecanismo para la ampliación progresiva de beneficios.

En ese sentido, la actualización integral que se analiza en este informe —cuyo resultado fue adoptado mediante la Resolución 2765 de 2025— se inserta dentro de un proceso más amplio que comprende tanto la evaluación de los servicios y tecnologías financiadas con UPC como la determinación de las exclusiones explícitas, ejercicio este último que actualmente se encuentra en fase de culminación por parte del Ministerio. Ello permite entender la actualización integral como parte del proceso continuo de análisis, delimitación y financiación de los servicios y tecnologías en salud con cargo a la prima de aseguramiento, articulado con los criterios de exclusión explícita previstos en el artículo 15.”



#### 4. Objetivo general

Presentar el informe sobre el resultado de las metodologías utilizadas para la actualización integral de los servicios y tecnologías financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que aplica para la vigencia año 2026 según lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011 previamente citado y que concluye con la publicación de la Resolución 2765 de 2025 *“Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”*

## 5. Fases del proceso de actualización.

Este compendio de estrategias metodológicas, al servir de guía en todos los procesos realizados por los profesionales de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, encaminados a actualizar integralmente los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, ayuda indirectamente a cumplir las metas que pretenden en los próximos años financiar con recursos de la UPC todas las tecnologías en salud aprobadas y disponibles en el país para la atención de las patologías con mayor carga de enfermedad.

El proceso puede combinar varias metodologías, dependiendo del tipo de tecnología y su estado actual de avance en el proceso ya indicado de migración de la financiación con recursos del Presupuesto Máximo hacia la financiación con recursos de la UPC. En ocasiones podrán implementarse procesos que incluyan actuaciones de alguna de las fases ya realizadas en el pasado o pueden ser realizadas nuevas identificaciones, en el caso de necesitarlo.

Por lo anterior, la actualización de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC constituye un proceso continuo, técnico y participativo, orientado a la ampliación progresiva del portafolio de beneficios, la optimización del uso de los recursos y la garantía del derecho fundamental a la salud, e integra diversas metodologías de identificación, priorización, análisis y evaluación, sustentadas en información de uso, impacto poblacional y costos, y adaptables al estado de avance de cada tecnología en su tránsito desde otras fuentes de financiación hacia la UPC.

En este marco, se presentan a continuación las fases del proyecto de actualización, que estructuran de manera ordenada la toma de decisiones para la inclusión de servicios y tecnologías en salud, conforme a criterios técnico-científicos, legales y fiscales.

### 5.1 Fase 1: identificación de tecnologías en salud y servicios para inclusión a la financiación con recursos de la UPC

Con el objetivo de identificar las tecnologías en salud (TS) no financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que formaron parte de las estrategias implementadas para definir las TS incluidas en la propuesta de financiación con recursos



de la UPC para 2026, se llevó a cabo una revisión exhaustiva y robusta. Inicialmente, se analizaron los salvos de financiación descritas en los artículos de la Resolución 2718 de 2024 (que para la vigencia 2026 se encuentra derogada pero que estuvo vigente y aplicó para el año 2025). Asimismo, se examinaron los salvos de financiación asociados a los principios activos incluidos en el Anexo 1 de la precitada resolución, junto con los medicamentos prescritos mediante la herramienta tecnológica MIPRES que, hasta la fecha, no cuentan con financiación mediante recursos de la UPC, dentro de los cuales se incluyen a los del Reporte Tipo 6 y 9.

Como parte del proceso, se incluyó el análisis de la información contenida en la Matriz de priorización, denominada matriz horizonte, en cuanto a la línea de atención de los medicamentos no financiados con recursos de la UPC, identificándose 72 medicamentos para análisis.

Para el caso de los procedimientos, la fase de identificación incluyó la depuración normativa de los procedimientos, excluyendo aquellos financiados por otros mecanismos (Riesgos laborales, salud pública, entre otros), los financiados con UPC o aquellos con finalidad estética, conforme a lo establecido en las Resoluciones 2718 de 2024, 067 de 2025 y 641 de 2024. Como resultado, se obtuvo una base consolidada de procedimientos descritos en la CUPS no financiados con UPC, que constituyó el insumo principal para la caracterización técnica, epidemiológica y económica.

Adicionalmente, se desarrolló una caracterización detallada de cada procedimiento, incorporando variables clínicas, técnicas, operativas y diagnósticas (CIE-10), y se estableció un proceso de homologación entre los diagnósticos asociados y las causas de enfermedad del *Global Burden of Disease* (GBD 2021 – IHME), con el fin de vincular los actos clínicos con indicadores de carga de enfermedad y relevancia epidemiológica nacional.

## 5.2 Fase 2: selección de tecnologías en salud para evaluar (priorización)

Durante los análisis desarrollados por el equipo técnico de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento, para la fase de identificación de medicamentos que podrían incluirse a la financiación con recursos de la UPC para 2026, se aplicaron diferentes estrategias que se detallan más adelante, con el fin de seleccionar los medicamentos que serían objeto de

la propuesta de financiación para 2026, evaluando en primer lugar y para cada medicamento, la vigencia de autorización y el tipo de comercialización para asegurar que los medicamentos seleccionados se encontraran disponibles en el país. También se tuvo en cuenta los casos especiales de Medicamentos Vitales No Disponibles (MVND), puesto que, atienden a situaciones específicas y que en algunos casos como aquellos que no tienen un registro sanitario vigente en Colombia, presentan particularidades en cuanto a su proceso de adquisición y uso a nivel clínico, donde en este último se evidencia variabilidad en cuanto al uso terapéutico.

Respecto a los procedimientos, en la Fase 2 se adelantó el proceso de selección y priorización, con el objetivo de definir aquellos que serían objeto de evaluación para su posible inclusión en la financiación con recursos de la UPC para la vigencia 2026. Dado el número limitado de procedimientos identificados, se decidió evaluar la totalidad de estos, incorporando criterios técnicos, normativos, epidemiológicos y económicos.

Para los procedimientos sin prescripción activa durante el periodo analizado, se realizó una revisión orientada a identificar posibles situaciones de obsolescencia clínica o tecnológica, ejercicio que fue desarrollado con el acompañamiento del grupo técnico de la CUPS y mediante la consulta a sociedades científicas, quienes emitieron conceptos técnicos sobre la pertinencia de declarar dichos procedimientos en monitoreo por obsolescencia para la vigencia 2025.

Asimismo, se construyó y aplicó un Índice de Priorización de Procedimientos (IPP), basado en una matriz multicriterio que integró dimensiones de severidad (DALYs – metodología SOA (Severidad, Ocurrencia y Afectación)), frecuencia de uso poblacional (FUP), valor relativo del procedimiento ajustado por IPC y existencia de estudios previos de impacto presupuestal o inclusión en la matriz horizonte. Este ejercicio permitió jerarquizar los procedimientos de manera objetiva, equilibrando el impacto en salud pública y la sostenibilidad financiera del sistema.

### **5.3 Fase 3: análisis y evaluación de tecnologías en salud para su inclusión a los beneficios financiados con recursos de la UPC y desarrollo de las estrategias de actualización**

Para la actualización integral de los medicamentos financiados con recursos de la UPC de la vigencia 2026, se desarrollaron cinco (5) estrategias. Las metodologías utilizadas para



llevar a cabo cada estrategia se encuentran descritas en el documento *“Actualización Integral UPC -Metodologías utilizadas para la actualización integral de las tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC”*<sup>1</sup>

En el caso concreto de procedimientos, en la Fase 3 se desarrolló el análisis técnico y la evaluación de los procedimientos priorizados, en el marco de las estrategias definidas para la actualización integral de las tecnologías financiadas con recursos de la UPC para la vigencia 2026. Para los procedimientos, se evidenció una baja frecuencia de prescripción, lo cual llevó a la decisión de no aplicar una estrategia de actualización basada en tendencias de uso, priorizando en su lugar requerimientos específicos derivados de necesidades epidemiológicas y regulatorias.

Por otro lado, se recibió la solicitud de parte del Grupo Gestión Integrada Enfermedades Endemo-epidémicas de la Dirección de Promoción y prevención del Ministerio de Salud y Protección Social para la realización de un estudio de Análisis de Impacto Presupuestal para el laboratorio clínico “Antígeno Manual de Dengue” con código CUPS 906341 en virtud de la situación epidemiológica de la declaratoria de epidemia de dengue que cursa en el país desde 2023, teniendo en cuenta que las entidades territoriales ejecutan el Plan de Contingencia Dengue 2024, el cual fue expedido mediante la Circular Conjunta Externa 013 de 2023, emitida por el MSPS, Superintendencia Nacional de Salud y el INS. Teniendo en cuenta lo anterior, el IETS realizó un Análisis de Impacto Presupuestal del laboratorio clínico “Antígeno Manual de Dengue” con código CUPS 906341 para ser incluido a la financiación con recursos de la UPC, del el cual se presentan los resultados más adelante.

A continuación, se expondrán las diferentes estrategias de actualización realizadas y las recomendaciones que generaron cada una de ellas:

---

<sup>1</sup> Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. **Metodología para la actualización de medicamentos y APME financiados con recursos de la UPC para la vigencia 2026.** Año de Publicación 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/metodologia-actualizacion-medicamentos-apme-financiados-upc-2026.pdf>

### 5.3.1 ESTRATEGIA DE INTEGRALIDAD (MEDICAMENTOS)

En desarrollo de la estrategia de integralidad se desarrollaron los siguientes análisis:

**Evaluación para Análisis de Impacto Presupuestal (AIP) de Formas Farmacéuticas.** Tal como se ha realizado en vigencias previas, el desarrollo de un AIP de formas farmacéuticas busca que mediante los correspondientes análisis técnicos y económicos, las formas farmacéuticas que no se encontraban financiadas con recursos de la UPC de principios activos que si lo están, es decir las salvedades descritas en la financiación de algunos medicamentos del anexo 1 de la Resolución 2718 de 2024 (la cual estaba vigente para el año 2025), sean incluidas a la financiación con recursos de la UPC para ofrecer más alternativas terapéuticas para pacientes y grupos poblacionales que puedan verse beneficiados.

Las aclaraciones de financiación relacionadas con formas farmacéuticas incluyen diversas estrategias orientadas a optimizar el acceso y la eficacia terapéutica. Entre estas, se han contemplado entre otras, soluciones orales diseñadas para pacientes con dificultades en la administración de tabletas, como niños y adultos mayores, permitiendo el suministro adecuado de un principio activo prescrito para su condición clínica. Asimismo, se incluyen formas farmacéuticas de administración parenteral, que facilitan la continuidad del tratamiento farmacológico iniciado por vía por ejemplo oral, permitiendo al paciente proseguir con el mismo principio activo por vía parenteral posiblemente en un ámbito hospitalario.

Dentro de esta estrategia también se incorporan formas farmacéuticas de administración tópica, que contribuyen a ampliar las opciones farmacológicas para el paciente, favoreciendo así el logro del objetivo terapéutico.

#### a. Bases de datos consultadas

- a. Anexo 1 de la Resolución 2718 de 2024 (la cual estaba vigente para el año 2025 y aplico para la información analizada)
- b. Base de datos CUM-Cobertura Subdirección de Beneficios en Aseguramiento corte a 31 de diciembre de 2025
- c. Base de datos de medicamentos identificados como Baja Utilidad Terapéutica Subdirección de Beneficios en Aseguramiento corte a junio de 2025

d. Consulta Base de datos MIPRES Registro tipo 9 Suministro 2024, fecha de corte junio 2025.

#### b. Extracción de salvos del anexo 1 de la Resolución 2718 de 2024

Se procedió a extraer todos los ítems que contengan un salvo en la financiación con recursos de la UPC relacionados con formas farmacéuticas tal como se aprecia en la tabla 1:

**TABLA 1. EXTRACCIÓN DE MEDICAMENTOS DEL ANEXO 1 DE LA RESOLUCIÓN 2366 DE 2023 CON ALGÚN SALVO DE FORMA FARMACÉUTICA**

Ítem	No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
1	49	ALCOHOL ETÍLICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: GEL DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	LA FORMA FARMACÉUTICA GEL ESTÁ EXCLUIDA DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS PÚBLICOS DE SALUD EN LAS ENFERMEDADES O CONDICIONES ASOCIADAS SEÑALADAS EN LA RESOLUCIÓN 2273 DE 2021 O LA NORMA QUE LA ADICIONE, MODIFIQUE O SUSTITUYA.
2	213	CAPSAICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TRANSDÉRMICA	
3	276	CLINDAMICINA + TERCONAZOL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS SEMISÓLIDAS DE ADMINISTRACIÓN VAGINAL	
4	444	ETOFENAMATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
5	478	FLUCITOSINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN PARENTERAL	
6	622	KETOPROFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
7	637	LAROTRECTINIB	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS LÍQUIDAS DE ADMINISTRACIÓN ORAL	
8	705	MELOXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
9	748	MINOXIDIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	

Ítem	No.	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	ACLARACIÓN
10	788	NIMESULIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
11	837	PENTOSANO POLISULFATO DE SODIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	
12	861	PIROXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	

Fuente: Elaboración propia, extracción Anexo 1 Res. 2718/2024

### c. Análisis cualitativo de medicamentos con salvos de formas farmacéuticas (FF)

Se extraen todos los Códigos Únicos de Medicamentos de los 12 medicamentos relacionados en la tabla 1 de la base de datos de CUM cobertura con corte a 31 de diciembre de 2024 que tenían permiso de comercialización y se procede a caracterizar cada ítem con las siguientes variables que sugieren que no sean considerados dentro del análisis de AIP FF:

- 1. BAJA UTILIDAD TERAPÉUTICA (BUT):** bajo este atributo se marcan aquellos medicamentos cuya indicación posiblemente no aporte un alto impacto dentro del sistema de salud aclarando que continúan entonces siendo financiados con recursos del presupuesto máximo hasta tanto no se realice un análisis que permita decidir si se proponen para exclusión o se define financiarlos con recursos de la UPC. Esta clase de medicamentos catalogados en otros países como de “baja o dudosa utilidad terapéutica por valor intrínseco no elevado” no son financiados por los sistemas de salud. Bajo este atributo no continúan en el análisis para posible migración a la financiación con recursos de la UPC medicamentos con indicaciones tales como: coadyuvante en el tratamiento tópico de la alopecia androgénica, despigmentadores cutáneos, antisépticos refrescantes de uso externo, vasodilatadores periféricos para el tratamiento sintomático de várices superficiales o hematomas, contrairritantes y rubefacientes de uso externo, cicatrización de fisuras labiales, alivio de los signos y síntomas del resfriado común, suplemento multivitamínico, antiácidos indicados en aquellas situaciones de llenura e indigestión transitoria, que se presentan después del consumo de alimentos o bebidas en exceso, entre otros.



La base de datos fuente de información es construida por la Subdirección de Beneficios que caracteriza los medicamentos con esta descripción.

## 2. EXCLUSIONES:

- a. **Nominaciones a posible exclusión:** bajo este atributo se marcan los medicamentos que se encuentran en curso en la vigencia actual bajo el análisis del Procedimiento Técnico Científico de Exclusiones establecido por la Resolución 641 de 2024. No es conveniente su estudio de financiación con recursos de la UPC hasta tanto y mediante el PTC no se emita un concepto final.
- b. **Exclusiones explícitas del sistema de salud:** bajo este atributo se marcan los medicamentos que actualmente se encuentran excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud según la Resolución 641 de 2024, por tanto, no es procedente su estudio de financiación con recursos de la UPC.

**3. REGISTROS SANITARIOS SIN PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN:** bajo este atributo se marcan los ítems que no cuentan con Registros Sanitarios (RS) con permiso de comercialización durante la vigencia y la vigencia inmediatamente anterior, de este modo es posible considerar que no van a tener reportes de consumos. La fuente de información es la base de datos de CUM-Cobertura con corte a 31 de diciembre de 2024 y contiene los RS con permiso de comercialización según el INVIMA.

Teniendo en cuenta lo anterior, se marcan los siguientes 10 medicamentos con algún criterio que sugiere que no continúen en el análisis así:

**TABLA 2. MEDICAMENTOS DEL ANEXO 1 DE LA RESOLUCIÓN 2718 DE 2024 QUE NO CONTINÚAN EN EL ANÁLISIS DE AIP DE FF EN RAZÓN A QUE SON EXCLUSIONES, BUT O SU RS NO TIENE PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN.**

ítem	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	Análisis
1	ALCOHOL ETÍLICO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: GEL DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	Exclusión
2	CAPSAICINA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TRANSDÉRMICA	BUT

ítem	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	Análisis
3	ETOFENAMATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
5	KETOPROFENO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
7	MELOXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
8	MINOXIDIL	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
9	NIMESULIDA	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
10	PENTOSANO POLISULFATO DE SODIO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
11	PIROXICAM	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS SALVO: FORMAS FARMACÉUTICAS DE ADMINISTRACIÓN TÓPICA	BUT
12	SODIO BICARBONATO	INCLUYE TODAS LAS CONCENTRACIONES Y FORMAS FARMACÉUTICAS NO EFERVESCENTES	BUT

**Fuente:** Elaboración propia, extracción Anexo 1 Res. 2718/2024

\*BUT: Baja Utilidad Terapéutica

De la tabla anterior, para la variable de REGISTROS SANITARIOS SIN PERMISO DE COMERCIALIZACIÓN no hubo marcaciones en virtud que al menos hubo un registro que pudo haber sido comercializado en la vigencia 2024. Así las cosas, los 10 ítem listados previamente, no continúan en el análisis ya que son medicamentos o de exclusión o de Baja Utilidad Terapéutica.

#### d. Consulta de registros en SISMED y MIPRES Suministro 2024

Para los 2 medicamentos que continúan en el análisis, es necesario extraer las frecuencias y valores de la base de datos MIPRES 2024 Suministro Registro 9 así:

**TABLA 3. RESULTADOS DE LA CONSULTA DE FF NO FINANCIADAS CON RECURSOS DE LA UPC EN BASES DE DATOS DE SISMED Y MIPRES SUMINISTRO 2024**

ítem	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	Tiene reportes en MIPRES 2023 Suministro	Análisis del estado del Registro Sanitario
4	FLUCITOSINA	SOLUCION INYECTABLE	NO *	El único registro sanitario para las formas farmacéuticas de administración parenteral es INVIMA 2023M-0021026 el cual fue otorgado en el año 2023, en las vigencias 2023 y 2024 no se observaron frecuencias,



Ítem	PRINCIPIO ACTIVO	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC	Tiene reportes en MIPRES 2023 Suministro	Análisis del estado del Registro Sanitario
				se sugiere dejar una vigencia adicional para confirmar el no uso de este medicamento en el sistema de salud
6	LAROTRECTINIB	SOLUCION ORAL	NO *	El único registro sanitario para las formas farmacéuticas de administración oral es INVIMA 2022M-0020592 que para la vigencia 2024 no presentó frecuencias, pero para la vigencia 2023 sí. Se sugiere analizar una vigencia adicional para confirmar el no uso de este medicamento en el sistema de salud

**Fuente:** Elaboración propia, extracción Anexo 1 Res. 2718/2024

Como resultado de la consulta en MIPRES Suministro 2024, se observa que NINGÚN medicamento presentó frecuencias.

Para el caso del LAROTRECTINIB – SOLUCIÓN ORAL se evidencian frecuencias en el reporte de MIPRES Suministro 2023 pero no en 2024 por lo tanto se sugiere analizar el comportamiento de este medicamento una vigencia adicional.

Para el caso de la FLUCITOSINA - SOLUCIÓN INYECTABLE, el único registro sanitario para las formas farmacéuticas de administración parenteral es INVIMA 2023M-0021026 el cual fue otorgado en el año 2023, en las vigencias 2023 y 2024 no se observaron frecuencias, se sugiere dejar una vigencia adicional para confirmar el no uso de este medicamento en el sistema de salud.

## RESULTADOS

Así las cosas, luego de analizar todas las Formas Farmacéuticas que pudieron ser parte de un Análisis de Impacto Presupuestal para la vigencia 2025, se concluye para los 12 ítem se debe mantener salvo por aclaración debido a que 10 de ellos se clasificaron como BUT o exclusión. Por otro lado, 1 de ellos su RS es muy nuevo y 1 de ellos presentó frecuencias en 2023 pero no en 2024, por lo que no se sugiere eliminar el salvo y observar su comportamiento una vigencia adicional.

Teniendo en cuenta lo anterior, no es procedente la realización de un AIP de formas farmacéuticas para la vigencia 2025 en razón a que para los dos únicos medicamentos que no tienen marcación de BUT o de exclusión no hay datos disponibles de valores o frecuencias que permitan analizar las formas farmacéuticas de los salvos.

### 5.3.2 ESTRATEGIA DE EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN

#### 5.3.2.1 Análisis para Medicamentos

Para esta estrategia se planteó analizar el mecanismo que la resolución de financiación de servicios y tecnologías en salud presenta hace varios años y mediante el cual se cubren tecnologías no incluidas explícitamente en los listados de tecnologías mencionados anteriormente. Es importante resaltar, que la estrategia de eficiencia en la prescripción se realiza en la vigencia 2025 mediante el análisis de la solicitud información para el análisis de suficiencia de la UPC 2024, con los datos provenientes de las EPS sobre la dispensación de medicamentos con cargo a UPC mediante el análisis del artículo 110 de la resolución del año inmediatamente anterior (Resolución 2366 de 2023 (actualmente derogada)) por el tipo de reporte 6 que se describe de la siguiente forma:

**“Artículo 110. Reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC.** De prescribirse servicios y tecnologías de salud que sean alternativos a los financiados explícitamente con recursos de la UPC, cuyo costo por evento o per cápita sea menor o igual al costo por evento o per cápita de los descritos en este acto administrativo, dichos servicios y tecnologías igualmente serán financiados con recursos de la UPC, así no se encuentren explícitamente descritos en los anexos a que refiere el artículo 5° de esta resolución, siempre y cuando, cumplan con los estándares de calidad y habilitación vigentes y se encuentren, de ser el caso, debidamente certificados por el Invima, o por la respectiva autoridad competente.

**Parágrafo 1°.** Será la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en donde se realice la prescripción, quien teniendo en cuenta sus procesos de adquisición y tarifas de negociación, establezca la comparación entre los diferentes costos por evento o per cápita, en concordancia con las normas especiales vigentes que regulan la materia, tales como las relacionadas con precios máximos de venta para medicamentos, incluidos en el Régimen de Control Directo de Precios, entre otras.

**Parágrafo 2º.** *La información correspondiente a la financiación con recursos de la UPC, para servicios y tecnologías de salud que no se encuentren incluidos y explícitamente descritos en este acto administrativo, a que hace referencia el presente artículo, se deberá reportar conforme con lo dispuesto en los artículos 7º y 10 de esta resolución, o las normas que los modifiquen o sustituyan, y surtirán los mismos procesos que los servicios y tecnologías de salud, financiados con recursos de la UPC."*

Se entiende entonces que, con la aplicación del precitado artículo, las Instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS y las Entidades Promotoras de Salud - EPS pueden dispensar con cargo a los recursos de la Unidad de pago por Capitalización (UPC) con el previo cumplimiento a cada condición del artículo, medicamentos que no se encuentran incluidos explícitamente en el listado de medicamentos financiados con la UPC. Del valor reportado se toma la información como verídica y acorde a la realidad del país teniendo en cuenta la obligación que tienen las EPS de reportar datos fiables.

De esta forma se otorgan mayores posibilidades terapéuticas a médicos prescriptores y pacientes permitiendo la dispensación con cargo a la UPC sin requerir otros trámites administrativos para su autorización como la justificación y solicitud de autorización de pago por recobro, siempre y cuando se cumpla lo descrito en dicho artículo.

Esta estrategia de dispensación es una clara evidencia de la realidad de la prescripción en el país y de las tecnologías alternativas que pueden demandar tanto prescriptores como afiliados, por lo tanto y al contar mediante solicitud información para el análisis de suficiencia de la UPC 2024, con los datos provenientes de las EPS sobre la dispensación de medicamentos con cargo a UPC mediante el artículo 110 de la resolución 2366 de 2023 por el tipo de reporte 6, se hace necesario realizar un análisis a esta información, para identificar las tecnologías que podrían ser susceptibles de aclaración en cuanto a su cobertura explícita en el PBSUPC, ya que vienen siendo prestadas a los usuarios dentro de la práctica médica con recursos de la UPC al tener un valor igual o menor al de su alternativa financiada. Las tecnologías que se reportan mediante el artículo 110 según el reporte 6 se tienen en cuenta en el cálculo de la UPC para la siguiente vigencia.

En esta estrategia se planteó:

- Analizar el reporte de prestaciones farmacéuticas no financiadas con cargo a la UPC realizando las validaciones correspondientes y necesarias para asegurar la coherencia de la información reportada tanto por el régimen contributivo como por

el subsidiado y el cumplimiento de lo consignado en el artículo 110 de la resolución 2366 de 2023 (vigente en 2024), teniendo en cuenta que la información analizada es proveniente del reporte tipo 6 de la base de suficiencia de 2024.

- Proponer prestaciones farmacéuticas no cubiertas de forma explícita en el listado de medicamentos del anexo 1 de la resolución 2366 de 2023 para su expresión en el nuevo listado de medicamentos para la financiación con recursos de la UPC en 2026.
- Identificar medicamentos que deban ser analizados mediante otros mecanismos de evaluación para considerar su financiación con recursos de la UPC.

#### Fuentes.

- I. Base de datos según *“Solicitud información a Entidades Promotoras de Salud para el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar las tecnologías en salud financiadas con la UPC año 2026”* periodo de estudio 2024; para el Registro tipo 6 – Registro de detalle Artículo 110 Resolución 2366 de 2023 -Reconocimiento de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Esta fuente en adelante se denominará REPORTE TIPO 6.
- II. Base de financiación de la DRBCTAS con corte a 31 de diciembre de 2024. Para cada uno de los Códigos Únicos de Medicamento (CUM) reportados, se define su fuente de financiación y la vigencia del registro sanitario correspondiente. En cuanto a la vigencia del registro sanitario, se aceptan registros que, aunque figuren como vencidos en la base de datos del INVIMA, hayan expirado después del año 2021. Esto se debe a que, a pesar del vencimiento del registro, aún podrían encontrarse unidades del producto disponibles en el comercio. No se aceptan registros sanitarios vencidos antes de 2021, ya que, considerando que la mayoría de los medicamentos tienen una vida útil de aproximadamente tres años, cualquier unidad fabricada en la fecha de vencimiento del registro (por ejemplo, en 2018) habría caducado en 2021. Por lo tanto, no podría ser reportada como una prestación efectiva en el año 2024.
- III. Clasificación Anatómica Terapéutica y Química (ATC) de la Organización Mundial de la Salud. Consulta en línea: [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/)

- IV. Base de datos de registros sanitarios del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA. Archivo.xls y consulta en línea en: [https://consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg\\_encabcum.jsp](https://consultaregistro.invima.gov.co/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp)
- V. Base de datos del Sistema de Información de Precios de Medicamentos SISMED 2024.

La información inicial reportada, mediante el registro tipo 6 por parte de las EPS y remitida a Minsalud, se les aplican mallas de validación de la estructura de calidad de información así:

**TABLA 4. DESCRIPCIÓN DE MALLAS DE VALIDACIÓN-ESTRUCTURA DE CALIDAD. VIGENCIA 2023.**

Estructura de Calidad- Información 2023
<b>Grupo de calidad 1 – Estructura:</b> verifica la estructura del archivo del reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido.
<b>Grupo de calidad 2 – Contenido:</b> revisa que los contenidos de la información reportada correspondan a los dominios de datos y las tablas de referencia.
<b>Grupo de calidad 3 – Cruzada:</b> cruza dos o más columnas de la información reportada con las tablas de referencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor soportado en servicios con forma de reconocimiento “S”</li> <li>• Tabla CIE-10 con edad y sexo</li> <li>• Tabla CUM con financiación y registros sanitarios vigentes</li> <li>• Tabla de Prestadores reportados con N o C</li> </ul>
<b>Grupo de calidad 4 - Personas:</b> verifica en las personas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derechos de los usuarios.</li> <li>• Duplicidad en el tipo y número de identificación, pero con diferente fecha de nacimiento o diferente sexo.</li> <li>• Cantidad de actividades realizadas por año.</li> <li>• Valor reportado de consumo año.</li> <li>• Puerta de entrada dispensación de medicamentos.</li> <li>• Puerta de entrada dispensación de insumos o dispositivos.</li> </ul>
<b>Grupo de calidad 5 - Atenciones:</b> verifica las atenciones por usuario y su duplicidad en el tiempo de su prestación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante el día</li> <li>• Durante el mes</li> <li>• Durante el año</li> <li>• En la Vida. Corresponde a la verificación de procedimientos únicos en la vida, que están duplicados con respecto a la información histórica.</li> </ul>
<b>Grupo de calidad 7 - Dosis Máxima de dispensación:</b> Verifica la cantidad dispensada de medicamento en relación con la dosis máxima teórica calculada para el mismo.

#### Estructura de Calidad- Información 2023

**Grupo de calidad 8 - Valores atípicos:** identifica los valores distantes del resto de los datos, con base en criterios paramétricos y no paramétricos.

**Fuente:** Subdirección de Costos y Tarifas. Base de datos de información para estudio de suficiencia 2024 con datos vigencia 2023. Registro tipo 6.

## METODOLOGÍA.

El método empleado durante el análisis de las prestaciones farmacéuticas reportadas mediante el Registro tipo 6 se basa en la aplicación del artículo 110 de la resolución 2366 de 2023 y la validación de los reportes recibidos según el instructivo de << *Solicitud de información de los servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC para la vigencia 2024, a las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado*>>.

El método de validación es el mismo que en los análisis de años anteriores a esta forma de reconocimiento de tecnologías no incluidas explícitamente en la financiación con recursos de la UPC y aplica las siguientes etapas:

- a. Validación de la información mediante mallas de calidad. Realizada con las mallas de calidad aplicadas a toda la información que se recibe de las EPS, incluyendo la validación del código CUM y enunciada en la “Tabla 6. Descripción de mallas de validación-estructura de calidad. Vigencia 2024”.
- b. Validación de la financiación. Adicionalmente a la validación que se realiza en la primera etapa y que corresponde a las inconsistencias que se marcan en este caso para medicamentos resultado de verificar que los aquellos reportados como no incluidos efectivamente estén no incluidos explícitamente, se hace una validación a la financiación de la vigencia analizada teniendo en cuenta que a pesar de que en el periodo de información efectivamente fuesen NO UPC mediante las actualizaciones posteriores que se realizan al plan pueden haber sido objeto de inclusión o aclaración y actualmente considerarse incluidos. Estos registros no se pueden tener en cuenta en el presente análisis porque ya están incluidos en la financiación actual.
- c. Validación de la financiación de ATC reportado como UPC. Se revisa si todos los ATC que reportaron como medicamento contra el cual hacen la comparación respectiva definida en el artículo 110, efectivamente corresponde a prestaciones financiadas con recursos de la UPC.

- d. Validación de cumplimiento en reporte UPC. Se validan los datos con el fin de verificar que se utilizó correctamente la codificación definida para reportar prestaciones UPC.
- e. Validación de valor recobrado y del Valor por registro del medicamento no cubierto es menos o igual ( $\leq$ ) al del medicamento incluido explícitamente. En esta etapa se comparan los valores reportados para el medicamento UPC y para el NO UPC, verificando que se cumpla lo definido en el artículo 110.
- f. Revisión y validación de precios mínimos de reporte para medicamentos. Con el fin de identificar y no tener en cuenta los medicamentos cuyo valor de dispensación sea igual a cero o menor de COP 10 (se establece este valor mínimo teniendo en cuenta que es muy poco probable que un tratamiento tenga un valor total de COP 10 aunque existen tabletas que tienen un valor mayor a este en caso de que sólo se haya dispensado una tableta).
- g. Revisión y validación de congruencia entre la tecnología no incluida y la descrita explícitamente en la financiación con recursos de la UPC y que se describió en el reporte tipo 6 como comparación. Se analiza la concordancia o relación que guarda la tecnología No incluida y prestada o dispensada y la tecnología incluida explícitamente contra la cual se hace la comparación y que permitió el cumplimiento del artículo sobre reconocimiento de tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.

Para tal efecto se utiliza la clasificación ATC<sup>2</sup>, utilizando, el código ATC relacionado con el Código CUM que reporta la EPS para el medicamento no cubierto, extrayendo el ATC de la tabla de cobertura por CUM de la DRBCTAS y comparándolo el código ATC mediante el cual se identifica el medicamento incluido explícitamente en la financiación UPC con el cual se establece el cumplimiento del artículo 110 de la resolución 2366 de 2024. Se establecen varios niveles de congruencia según la concordancia entre los 2 códigos ATC de cada registro:

- **Correlación a nivel de principio activo:** Aquellos ATC5 que coinciden en sus 7 dígitos.

---

<sup>2</sup> ATC: Acrónimo de Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system, que es un índice de sustancias farmacológicas y medicamentos, organizados según grupos terapéuticos instituido por la Organización Mundial de la Salud. El código recoge el sistema u órgano sobre el que actúa, el efecto farmacológico, las indicaciones terapéuticas y la estructura química del fármaco

- **Correlación a nivel Químico:** Aquellos ATC4 que coinciden en los primeros 5 dígitos.
- **Correlación a nivel farmacológico:** Aquellos ATC3 que coinciden en los primeros 4 dígitos.
- **Correlación a nivel Terapéutico:** Aquellos ATC2 que coinciden en los primeros 3 dígitos.
- **Correlación a nivel de Sistema u órgano blanco:** Aquellos ATC1 que coinciden sólo en el primer dígito.

h. Concepto final. Se enunciarán las recomendaciones finales sobre el análisis efectuado.

## DESARROLLO

### Validación de congruencia de la información mediante mallas de validación.

La información que contiene el reporte de prestaciones farmacéuticas en las que se aplicó lo consignado en el artículo 110 de la resolución 2366 de 2023 tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, a partir de lo cual se obtuvieron los siguientes datos que cumplían los criterios de las mallas de validación, y que se consolidan como se observa en la siguiente tabla:

**TABLA 5. INFORMACIÓN REGISTRO TIPO 6 LUEGO DE MALLAS DE CALIDAD. VIGENCIA 2024.**

RÉGIMEN / EPS	REGISTROS	VALOR TOTAL TEÓRICO NO UPC	VALOR TOTAL TEÓRICO UPC
<b>CONTRIBUTIVO</b>	<b>903</b>	<b>672.795.630</b>	<b>1.636.059.305</b>
CCFC55	154	15.105.879	62.620.300
EPS040	136	85.077.704	85.077.704
EPS046	247	293.717.478	293.717.478
EPS048	125	81.397.541	557.985.720
EPSIC3	98	55.674.359	55.674.359
ESSC07	126	115.579.258	554.740.333
ESSC18	17	26.243.411	26.243.411
<b>SUBSIDIADO</b>	<b>10.343</b>	<b>5.322.839.145</b>	<b>8.290.758.640</b>
CCF055	3.159	218.741.028	864.741.601
EPSI01	112	138.596.758	138.596.758
EPSI03	3.910	1.595.607.366	1.595.607.366
EPSS40	1.933	2.198.103.913	2.198.103.913
EPSS46	81	106.509.079	106.509.079
EPSS48	9	21.865.448	48.973.750
ESS118	439	391.418.271	391.418.271
ESS207	700	651.997.282	2.946.807.902
<b>TOTAL</b>	<b>11.246</b>	<b>\$ 5.995.634.775</b>	<b>\$ 9.926.817.945</b>

**Fuente:** Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad.



En este momento, es importante analizar que solo superaron las mallas de validación 11.246 registros, donde el valor total teórico NO UPC es de \$5.995.634.775 y del UPC es de \$9.926.817.945, es decir, por tipo de fuente de financiación, el primero (1ro) representa el 37,66% sumando régimen contributivo y subsidiado respectivamente, y el 62,34% para el segundo (2do). Sin embargo, si dicha distribución porcentual se ve por régimen sumando de valor total teórico NO UPC + UPC, esta cambia para el primero a 14,5% y 85,5% para el segundo.

### Otras validaciones.

Las validaciones descritas en los numerales 4.2.a 4.6 de la sección de metodología se presentan a continuación:

**TABLA 6. RESULTADOS DE REGISTROS NO VALIDOS AL APLICAR LAS VALIDACIONES DE LA SECCIÓN DE METODOLOGÍA**

Régimen	Registros	No cumple financiación MED NO UPC	No cumple valor referencia UMD MED NO UPC	No cumple código ATC	No cumple criterios técnicos MED UPC
CONTRIBUTIVO	903	0	158	54	557
SUBSIDIADO	10.343	0	722	892	6.461
<b>TOTAL</b>	<b>11.246</b>	<b>0</b>	<b>880</b>	<b>946</b>	<b>7.018</b>
No cumple valor referencia UMD MED UPC	No cumple cantidad teórica MED UPC	No cumple concentración MED UPC	No cumple unidad concentración MED UPC	No cumple forma farmacéutica MED UPC	No cumple unidad de medida dispensación MED UPC
746	188	120	325	66	255
7.001	4.424	1.949	3.001	1.075	3.260
<b>TOTAL</b>	<b>4.612</b>	<b>2.069</b>	<b>3.326</b>	<b>1.141</b>	<b>3.515</b>

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad. VR= Valor de referencia

Los registros reportados para tecnologías no financiadas con cargo a la UPC, en general, están bien diligenciados. Sin embargo, persisten múltiples errores en el reporte de la alternativa, es decir, la tecnología financiada con cargo a la UPC. Esto ocurre a pesar de que la instrucción para este reporte es clara, en dónde se indica que se debe consultar el Anexo 1 de la Resolución 2366 de 2023. Si la alternativa seleccionada se encuentra en la sección A1, debe reportarse el número consecutivo correspondiente. Si está en la sección A2, debe reportarse el código ATC en su quinto nivel, utilizando como fuente de consulta el sitio oficial de la OMS: [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/).

A pesar de las instrucciones establecidas, las entidades reportantes continúan cometiendo errores frecuentes en la asignación del código ATC, en la concentración (por ejemplo, en casos de CDF se reporta la concentración de un monofármaco o viceversa), en las unidades

de concentración, en la forma farmacéutica y en las unidades de dispensación. En muchos casos, estos datos no son coherentes o no corresponden a productos comercializados.

Adicionalmente, al reportar el código ATC, se identifican inconsistencias cuando el subgrupo no pertenece a la sección A2 del Anexo 1. Entre los errores más comunes se encuentran: uso de códigos ATC correspondientes a medicamentos no financiados por la UPC, códigos inexistentes o incompletos en el quinto nivel. Aunque la sección A2 agrupa subgrupos terapéuticos, la instrucción es clara en que debe reportarse el código ATC completo para identificar correctamente el medicamento, ya que cada subgrupo puede incluir múltiples principios activos, y la correlación debe hacerse a nivel de medicamento, no de subgrupo.

Respecto al campo STR\_CANT\_TEORICA\_MED\_PBS, que corresponde a la cantidad teórica del medicamento financiado por la UPC, este valor representa las unidades que se dispensarían de manera teórica para la alternativa UPC. Para validar esta cantidad, fue necesario revisar la coherencia de los demás parámetros reportados: concentración, unidad de concentración, forma farmacéutica y unidad de medida dispensada, además de verificar que la cantidad no excediera la dosis máxima recomendada para la indicación autorizada.

Durante este proceso se identificaron múltiples inconsistencias que impidieron establecer una cantidad teórica confiable. Los errores más frecuentes incluyen:

- Errores en concentración y forma farmacéutica, que imposibilitan el cálculo de la cantidad dispensada.
- Cantidades teóricas excesivas o incoherentes, incluso superiores a la dosis máxima recomendada.
- Confusión entre concentración y cantidad teórica, generando valores inconsistentes.
- Concentraciones inexistentes para el principio activo y forma farmacéutica reportados, lo que impide establecer valores de referencia.
- Códigos ATC inexistentes o incompletos, especialmente en medicamentos no financiados por la UPC, que imposibilitan el cálculo de la cantidad dispensada.
- Unidades de concentración y de dispensación no coherentes o no comercializadas, que imposibilitan el cálculo de la cantidad dispensada.
- Errores en la unidad de medida dispensada, que afectan la validación de la cantidad teórica.
- En algunos casos, aunque la cantidad teórica es correcta, no aplica validación por tratarse de medicamentos no UPC.

En resumen, cuando existen errores en variables críticas como concentración, forma farmacéutica, unidad de medida o código ATC, no es posible establecer ni validar la cantidad teórica dispensada, lo que afecta significativamente la calidad del reporte.

Como resultado de esta etapa de validación, el número de registros válidos para el análisis se redujo significativamente. De los 11.246 registros inicialmente reportados, solo 2.584 fueron considerados válidos, lo que representa apenas el 23 % del total. Estos registros corresponden a 13 Códigos Únicos de Medicamento (CUM) y 7 principios activos, todos clasificados como no financiados con cargo a la UPC.

### Revisión y validación de congruencia entre el medicamento no financiado con UPC y el incluido en UPC y utilizado para el reporte por artículo 110.

Con los registros validados de medicamentos se analiza la concordancia a nivel de principio activo, subgrupo Químico según la clasificación ATC, Subgrupo farmacológico o terapéutico o simplemente si se relacionan por el sistema u órgano blanco al cual dirigen su acción farmacológica.

**TABLA 7. CLASIFICACIÓN SEGÚN CONGRUENCIA A NIVEL ATC ENTRE MEDICAMENTO NO INCLUIDO EN EL PBSUPC Y EL INCLUIDO**

CONGRUENCIA A NIVEL ATC								
RÉGIMEN	REGISTROS válidos para análisis	ATC 5	ATC 4	ATC 3	ATC 2	ATC 1	NO coinciden en ningún nivel ATC	TOTAL VALIDADO
CONTRIBUTIVO	97	11	48	97	97	97	0	447
SUBSIDIADO	2.487	368	833	2.487	2.487	2.487	0	11.149
<b>TOTAL</b>	<b>2.584</b>	<b>379</b>	<b>881</b>	<b>2.584</b>	<b>2.584</b>	<b>2.584</b>	<b>0</b>	<b>11.596</b>

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad.

## DEFINICIÓN DE CORRELACIONES ATC

### CORRELACIÓN A NIVEL DE ATC 5.

Una vez aplicadas todas las validaciones descritas en la metodología para la revisión de correlación en el grupo ATC de quinto nivel, se identificó coincidencia en dos CUM con dos principios activos. Esto significa que, de los registros reportados, dos medicamentos no financiados con recursos de la UPC coinciden con el mismo principio activo que los medicamentos incluidos en la financiación con cargo a la UPC. A continuación, el resultado de esta revisión:

**TABLA 8. LISTADO DE PRINCIPIOS ACTIVOS DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EXPLÍCITAMENTE CON CONGRUENCIA A NIVEL ATC5 CON EL PRINCIPIO ACTIVO DEL MEDICAMENTO INCLUIDO EXPLÍCITAMENTE EN EL PBSUPC**

ATC 5								
No .	Principio activo	Personas únicas	Eventos de dispensación	Unidades farmacéuticas dispensadas	Valor total NO UPC	Valor total teórico UPC	Proporción frente al total de número de eventos	Acumulado (%)
1	LIRAGLUTIDA	177	374	1.800	\$278.829.905	\$278.829.905	98,7%	98,7%
2	PAMOATO DE PIRANTEL+PAMOATO DE OXANTEL	3	5	5	\$11.566	\$16.185	1,3%	100,0%
TOTAL		180	379	1.805	\$278.841.471	\$278.846.090	100%	

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad.

Uno de estos casos corresponde al medicamento Liraglutida, reportado en su mayoría como alternativa terapéutica para el tratamiento de la obesidad (dado los diagnósticos como *Obesidad debida a exceso de calorías* y *Obesidad no especificada*), en otros casos se reporta con el diagnóstico *Examen médico general*, entre otros que no guardan relación con la indicación autorizada. Incluso se reportan diagnósticos no pertinentes como *Desnutrición proteico-calórica moderada*.

Sin embargo, para este medicamento, es necesario aclarar que, tanto en la vigencia 2024 como en la actual (2025), Liraglutida presenta financiación condicionada, ya que pertenece al subgrupo ATC A10BJ - Análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), incluido en la sección A2 del Anexo 1 de la Resolución 2366 de 2023. Todos los principios activos de este subgrupo son financiados con recursos de la UPC exclusivamente para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

Por lo tanto, bajo la aplicación del artículo 110 de la Resolución 2366 de 2023, no aplica la validación como alternativa, ya que se trata del mismo principio activo, concentración y forma farmacéutica, aunque se comercialice bajo marcas distintas (por ejemplo, *Victoza* y *Saxenda*) para indicaciones diferentes. En este contexto, la financiación con cargo a la UPC corresponde exclusivamente al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, y no aplica para la indicación de obesidad, aun cuando se utilice el mismo principio activo en una referencia comercial diferente. Por esta razón, Liraglutida es descartada en esta etapa preliminar como propuesta para el reconocimiento de tecnologías no incluidas explícitamente en la financiación con recursos de la UPC.

Mientras que, el segundo principio activo identificado corresponde a la combinación Pamoato de Pirantel + Pamoato de Oxantel, cuyo diagnóstico reportado guarda relación directa con las indicaciones del medicamento y su alternativa. Al tratarse de alternativas terapéuticas equivalentes, esta combinación se considera una propuesta preliminar para el reconocimiento de tecnologías no incluidas explícitamente en la financiación con recursos de la UPC. No obstante, se identificaron únicamente 5 registros válidos, lo cual no refleja el comportamiento general de las prescripciones en el país. Por esta razón, se continuará con el análisis de congruencia en los siguientes niveles del código ATC, con el fin de tomar una decisión final sobre su inclusión.

#### CORRELACIÓN A NIVEL DE ATC 4.

En esta etapa se clasificaron 6 CUM dentro del grupo ATC de cuarto nivel, correspondientes a 5 principios activos, es decir registros en los cuales se reporta un medicamento no incluido explícitamente en la Resolución 2366 de 2023, pero que ha sido dispensado con cargo a la UPC, y se compara con un principio activo sí incluido explícitamente en la financiación con recursos de la UPC, perteneciente al mismo subgrupo químico según su código ATC. A continuación, el resultado de esta revisión:

**TABLA 9. LISTADO DE PRINCIPIOS ACTIVOS DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EXPLÍCITAMENTE CON CONGRUENCIA A NIVEL ATC4 CON EL PRINCIPIO ACTIVO DEL MEDICAMENTO INCLUIDO EXPLÍCITAMENTE EN EL PBSUPC.**

ATC 4								
No.	Principio activo	Personas únicas	Eventos de dispensación	Unidades farmacéuticas dispensadas	Valor total NO UPC	Valor total teórico UPC	Proporción frente al total de número de eventos	Acumulado (%)
1	KETOPROFENO	361	487	487	\$1.512.979	\$3.776.309	55,28%	55,28%
2	LIRAGLUTIDA	177	374	1.800	\$278.829.905	\$278.829.905	42,45%	97,73%
3	PAMOATO DE PIRANTEL+PAMOATO DE OXANTEL	6	8	8	\$24.673	\$35.607	0,91%	98,64%
4	SELEXIPAG	1	1	140	\$6.816.880	\$19.665.571	0,11%	98,75%
5	YODO (COMPLEJO YODO POLIETOXI-POLIPROPOXI POLIETOXI ETANOL)	11	11	11	\$42.174	\$46.442	1,25%	100,00%

ATC 4								
No.	Principio activo	Personas únicas	Eventos de dispensación	Unidades farmacéuticas dispensadas	Valor total NO UPC	Valor total teórico UPC	Proporción frente al total de número de eventos	Acumulado (%)
TOTAL		556	881	2.446	\$287.226.611	\$302.353.834	100%	

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad

De los cinco principios activos analizados, se encuentran Liraglutida y la combinación Pamoato de Pirantel + Pamoato de Oxantel, los cuales ya fueron evaluados previamente en el grupo ATC de quinto nivel.

En el caso de Liraglutida, se confirma su descarte como propuesta para el reconocimiento de tecnologías no incluidas explícitamente en la financiación con recursos de la UPC, debido a que su uso reportado para la alternativa corresponde principalmente a indicaciones no financiadas, como el tratamiento de la obesidad.

Con respecto a la combinación Pamoato de Pirantel + Pamoato de Oxantel, aunque se identificó una correlación terapéutica válida con su alternativa, en esta etapa solo se encontraron 8 registros válidos, lo cual, al igual que en el análisis anterior, no refleja el comportamiento general de las prescripciones en el país. Por esta razón, se continuará con el análisis de congruencia en los siguientes niveles del código ATC, con el fin de tomar una decisión final sobre su posible inclusión.

En el caso de los principios activos Selexipag y Yodo (complejo Yodo Polietoxi-Poliprooxi Polietoxi Etanol), ambos podrían considerarse candidatos para su inclusión en la financiación explícita con cargo a la UPC, dado que presentan comparabilidad con alternativas terapéuticas ya financiadas. No obstante, el número de registros válidos es muy limitado, lo que no refleja el comportamiento general de las prescripciones en el país. En esta etapa del análisis, se identificó únicamente 1 registro válido para Selexipag y 11 registros para el complejo de Yodo, dentro de un total de 11.246 registros reportados. Por esta razón, se continuará con el análisis de congruencia en los siguientes niveles del código ATC, con el fin de tomar una decisión final sobre su posible inclusión en la financiación explícita con recursos de la UPC.

En cuanto al principio activo ketoprofeno, este presenta financiación condicionada, ya que se encuentra incluido en la sección A1 del Anexo 1 de la Resolución 2366 de 2023, la cual contempla todas las concentraciones y formas farmacéuticas, excepto las de administración tópica. En este caso, el reporte corresponde precisamente a una forma farmacéutica tópica, que no está financiada con recursos de la UPC. Para esta etapa del análisis, se identificaron

487 registros válidos, todos reportados por la *EPS Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico*, lo que representa un 4,3 % del total de registros analizados. Este principio activo podría considerarse como candidato para su inclusión en la financiación explícita con cargo a la UPC, dado que presenta comparabilidad con alternativas terapéuticas ya financiadas y los diagnósticos reportados guarda relación directa con las indicaciones del medicamento y su alternativa. Sin embargo, los registros provienen únicamente de los departamentos de La Guajira, Atlántico, Bolívar, Cesar, Magdalena y Córdoba, que pertenecen a la costa norte de Colombia, lo cual no es representativo del comportamiento nacional.

Aunque el volumen de registros no es despreciable, su posible inclusión en la financiación explícita con cargo a la UPC requiere un análisis adicional, considerando también aspectos clínicos relevantes. En particular, el uso tópico de ketoprofeno puede provocar fotosensibilidad en algunos pacientes, lo que representa un riesgo en determinadas condiciones de exposición.

Además, este medicamento, al igual que otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), presenta riesgos asociados a su uso prolongado, tales como hepatotoxicidad, nefrotoxicidad y efectos gastrointestinales (como gastritis, úlceras y sangrado digestivo). Por estas razones, su uso debe limitarse a periodos cortos, y en análisis internos ha sido catalogado como de posible *Baja Utilidad Terapéutico (BUT)*. Sin embargo, se evaluarán en su conjunto por medio de las otras estrategias de actualización, para confirmar si coinciden por ejemplo con las tendencias de prescripción y sea posible tenerlas en cuenta para una posible inclusión.

#### **AGRUPACIONES SEGÚN CONCORDANCIA A NIVEL ATC3, ATC2 Y ATC1.**

En esta etapa se clasificaron 13 CUM dentro del grupo ATC de tercer, segundo y primer nivel, correspondientes a 7 principios activos, es decir registros en los cuales se reporta un medicamento no incluido explícitamente en la Resolución 2366 de 2023, pero que ha sido dispensado con cargo a la UPC. A continuación, el resultado de esta revisión:

**TABLA 10. LISTADO DE PRINCIPIOS ACTIVOS DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EXPLÍCITAMENTE CON CONGRUENCIA A NIVEL ATC4 CON EL PRINCIPIO ACTIVO DEL MEDICAMENTO INCLUIDO EXPLÍCITAMENTE EN EL PBSUPC.**

ATC 1, ATC 2 y ATC 3								
No.	Principio activo	Personas únicas	Eventos de dispensación	Unidades farmacéuticas dispensadas	Valor total NO UPC	Valor total teórico UPC	Proporción frente al total de número de eventos	Acumulado (%)
1	CLORHEXIDINA	16	18	19	\$95.009	\$131.172	0,70%	0,70%
2	KETOPROFENO	361	487	487	\$1.512.979	\$3.776.309	18,85%	19,54%
3	LIRAGLUTIDA	177	374	1.800	\$278.829.905	\$278.829.905	14,47%	34,02%
4	PAMOATO DE PIRANTEL+PAMOATO DE OXANTEL	6	8	8	\$24.673	\$35.607	0,31%	34,33%
5	PEROXIDO DE HIDROGENO	1.637	1.685	1.722	\$5.101.351	\$6.443.724	65,21%	99,54%
6	SELEXIPAG	1	1	140	\$6.816.880	\$19.665.571	0,04%	99,57%
7	YODO	11	11	11	\$42.174	\$46.442	0,43%	100,00%
TOTAL		2.209	2.584	4.187	\$292.422.971	\$308.928.730	100%	

Fuente: Creación propia a partir de datos iniciales reporte tipo 6 luego de mallas de validación de calidad

Con respecto a estos niveles de agregación según la concordancia a nivel ATC 3 - Subgrupo Terapéutico/Farmacológico), 2 - Subgrupo Terapéutico o 1- Sistema Anatómico, por lo general no se considera pertinentes tenerlos en cuenta para éste desarrollo de la metodología, porque en su mayoría son relaciones a nivel macro que no permiten concluir una cobertura mediante la UPC o una conveniencia desde el punto de vista clínico ya que los principios activos pertenecen a grupos químicos diferentes y por ende pueden tener registradas otras indicaciones que no sería adecuado evaluar de esta forma y por ende se recomienda analizarlas mediante otro tipo de agrupación y evaluación como una Evaluación de Tecnología en salud formal.

Sin embargo, al revisar los principios activos relacionados en estos niveles, se observa que cinco de los siete ya fueron analizados en correlación dentro de los niveles cuarto y quinto del sistema ATC, manteniendo el número de registros válidos. Por lo tanto, el análisis para Liraglutida y ketoprofeno se mantiene conforme al criterio definido en el nivel ATC 4. En cuanto al Pamoato de Pirantel + Pamoato de Oxantel, Selexipag y Yodo (complejo Yodo Polietoxi-Poliprooxi Polietoxi Etanol), se concluye que, dado que los registros válidos no presentan variaciones, estos principios activos no se seleccionan como propuesta para el



reconocimiento de tecnologías no incluidas explícitamente en la financiación con recursos de la UPC.

Los dos principios activos restantes en esta etapa del análisis, clorhexidina y peróxido de hidrógeno, pertenecen al subgrupo farmacológico D08A, que comprende todas las preparaciones antiinfecciosas dermatológicas clasificadas como antisépticos y desinfectantes. Se revisan los registros válidos identificados en la primera etapa, dado que ambos principios activos presentan cierto grado de comparabilidad con la alternativa terapéutica ya financiada.

Sin embargo, en el caso de la clorhexidina, el número de registros válidos es muy limitado, con apenas 18 registros, lo cual no refleja el comportamiento general de las prescripciones en el país. Por esta razón, no se selecciona como propuesta para el reconocimiento de tecnologías no incluidas explícitamente en la financiación con recursos de la UPC.

Respecto al peróxido de hidrógeno, se identificaron 1.685 registros válidos, todos reportados por la *EPS Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico*, lo que representa aproximadamente el 15 % del total de registros analizados. Este principio activo podría considerarse como candidato para su inclusión en la financiación explícita con cargo a la UPC, ya que presenta cierto grado de comparabilidad con la alternativa terapéutica ya financiada, y algunos de los diagnósticos reportados guardan relación con las indicaciones del medicamento y su alternativa. No obstante, es importante tener en cuenta que el peróxido de hidrógeno no puede catalogarse como equivalente terapéutico en todos los contextos clínicos, especialmente frente a su alternativa, la yodopovidona, debido a diferencias significativas en su espectro antimicrobiano, efecto residual, tolerancia y aplicaciones clínicas. Por esta razón, su evaluación debe realizarse caso por caso, considerando la indicación específica, el diagnóstico reportado y las condiciones clínicas del paciente. Sumado a ello, casi todos los registros provienen de los departamentos de La Guajira, Atlántico, Bolívar, Cesar, Magdalena y Córdoba, que pertenecen a la costa norte de Colombia. Solo 5 registros corresponden al departamento de Boyacá y 2 al Meta, lo cual no es representativo del comportamiento nacional. Por tanto, no es posible como seleccionarlo como propuesta para el reconocimiento de tecnologías no incluidas explícitamente en la financiación con recursos de la UPC. Sin embargo se evaluarán en su conjunto por medio de las otras estrategias de actualización, para confirmar si coinciden por ejemplo con las tendencias de prescripción y sea posible tenerlas en cuenta para una posible inclusión.

## Resultados.

Conforme al análisis de los 11.246 registros reportados por las EPS, con respecto a la estrategia de eficiencia de la prescripción, se concluye que no es posible recomendar la inclusión de ningún medicamento en la financiación explícita con cargo a la UPC. Esto se debe a que los reportes no cumplieron con todas las fases y parámetros de validación establecidos en la metodología.

Aunque algunos registros de tecnologías no financiadas fueron diligenciados correctamente, se identificaron errores recurrentes en el reporte de la alternativa financiada, especialmente en la asignación del código ATC, concentración, forma farmacéutica y unidades de dispensación. Estas inconsistencias impidieron validar la cantidad teórica dispensada y afectaron la calidad del análisis.

Como resultado, solo 2.584 registros fueron considerados válidos, lo que representa apenas el 23 % del total. Además, estos registros válidos no reflejan el comportamiento general de las prescripciones en el territorio nacional, lo que limita su representatividad y utilidad para la toma de decisiones.

En cuanto a la correlación terapéutica, se identificaron coincidencias a nivel de principio activo (ATC 5) únicamente en dos casos: Liraglutida y la CDF Pamoato de Pirantel + Pamoato de Oxantel. Sin embargo, la Liraglutida fue descartada por no cumplir con los criterios de financiación explícita para la alternativa, y la CDF Pamoato de Pirantel + Pamoato de Oxantel requiere un análisis adicional debido al bajo número de registros válidos.

En los niveles ATC 4, 3, 2 y 1, se identificaron algunos principios activos con cierto grado de comparabilidad terapéutica. Sin embargo, la mayoría presentan limitaciones clínicas, bajo volumen de registros válidos o distribución geográfica no representativa, lo que impide su inclusión explícita en la financiación con recursos de la UPC a través de esta estrategia.

Casos como el ketoprofeno (para uso tópico) y peróxido de hidrógeno podrían contemplarse en futuras actualizaciones. Sin embargo, requieren una evaluación clínica detallada, análisis de riesgos y revisión de tendencias de prescripción para determinar su utilidad terapéutica y representatividad.

Finalmente, se concluye que las agrupaciones por niveles ATC 3, 2 y 1 no son adecuadas para establecer correlaciones terapéuticas válidas, debido a la heterogeneidad química y clínica de los principios activos.

A pesar de no recomendar la inclusión de medicamentos en esta estrategia, los registros válidos servirán como insumo para el análisis en otras estrategias de actualización, donde podrán ser evaluados en conjunto usando otros criterios.

### 5.3.2.2 Análisis para procedimientos

El artículo 110 de la Resolución 2366 de 2023 establece que los servicios y tecnologías en salud que no están descritos explícitamente en el Plan de Beneficios en Salud financiado con la UPC (PBSUPC) pueden ser financiados con recursos de la UPC, siempre que cumplan ciertos requisitos: que su costo sea igual o menor al de los servicios financiados, que cumplan con estándares de calidad, cuenten con habilitación vigente y estén certificados por la autoridad competente. La responsabilidad de comparar los costos y reportar la información conforme a la normativa recae en la IPS, quien debe realizar el Reporte Tipo 5 de procedimientos.

Con la información de la vigencia 2024, se realizó un análisis de la base de datos del Registro Tipo 5, comparando los procedimientos registrados en términos de la CUPS con la alternativa indicada por la EPS para ese mismo año. Los resultados del análisis comparativo entre procedimientos no financiados con recursos de la UPC y el procedimiento indicado por la EPS financiado con recursos de la UPC fueron los siguientes:

- Total de registros revisados: 6,537
- Coincidencias entre los códigos CUPS: 5,769 (88%) eran el mismo CUPS
- Diferencias de código: 768 (12%)
- Coincidencias entre sus valores: 100%

Como resultado de este ejercicio, se revisaron un total de 6.537 registros, de los cuales 5.769 (88%) correspondían al mismo código CUPS tanto en el procedimiento reportado como alternativa señalada por la EPS. En 768 registros (12%) se identificaron diferencias en el código CUPS entre el procedimiento no financiado y el procedimiento considerado como alternativa. No obstante, en el 100% de los registros analizados se observó

coincidencia en los valores reportados, independientemente de si el código CUPS coincidía o no.

El detalle de los códigos de la CUPS y sus respectivas descripciones, correspondientes a los registros en los que se identificaron diferencias en el código reportado, se presenta en la Tabla 11:

**TABLA 11. REGISTROS DEL REPORTE TIPO 5 CON DIFERENCIAS ENTRE EL PROCEDIMIENTO NO FINANCIADO CON UPC Y EL PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO REPORTADO POR LA EPS – VIGENCIA 2024**

Código CUPS procedimiento NO UPC	Descripción procedimiento NO UPC	Código CUPS procedimiento alternativo (reportado por la EPS)	Descripción procedimiento alternativo	Número de registros
898812	Estudio anatomopatológico de marcación inmunohistoquímica	789500	Inserción de estimulador de crecimiento óseo de fémur	1
898812	Estudio anatomopatológico de marcación inmunohistoquímica	890120	Atención (visita) al sitio de trabajo, por terapia (ocupacional o fisioterapia)	660
898812	Estudio anatomopatológico de marcación inmunohistoquímica	908892	Virus del Papiloma Humano (VPH), genotipo	107

Fuente: Elaboración propia con base en registros del Reporte Tipo 5 – MIPRES, vigencia 2024.

Se identificaron diferencias en 768 registros, aunque los valores reportados fueron iguales. Sin embargo, no se encontraron procedimientos financiados por la UPC según los anexos técnicos vigentes para la fecha analizada; todos los procedimientos corresponden a Presupuestos Máximos o recursos de la ADRES.

Los datos de la tabla 11 permiten evidenciar que un mismo procedimiento diagnóstico fue comparado con procedimientos de naturaleza clínica heterogénea, incluyendo procedimientos quirúrgicos, terapéuticos y diagnósticos, lo cual no garantiza comparabilidad clínica ni financiera. En consecuencia, la información contenida en esta tabla no constituye una comparación válida en los términos establecidos por el artículo 110 de la Resolución 2366 de 2023, por lo cual los registros aquí presentados no son

susceptibles de ser considerados en el proceso de actualización integral de las tecnologías y servicios financiados con recursos de la UPC.

En virtud de lo anterior, y considerando la ausencia de alternativas válidas financiadas con recursos de la UPC, no se recomienda considerar ningún procedimiento evaluado mediante esta metodología para el proceso de actualización integral de las tecnologías y servicios financiados con recursos de la UPC para la vigencia analizada.

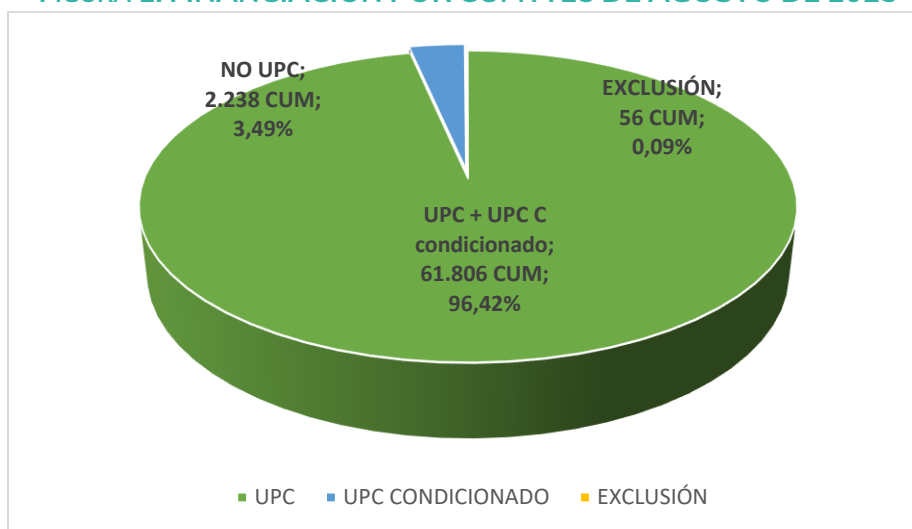
## 5.4 ESTRATEGIA DE TENDENCIAS DE PRESCRIPCIÓN

### 5.4.1 Análisis para medicamentos

#### Panorama actual sin propuesta de actualización

Con corte a la elaboración de esta propuesta de actualización y, teniendo en cuenta que la financiación es dinámica, puesto que depende de la vigencia de los CUM de medicamentos, la distribución de financiación con recursos de la UPC es la siguiente:

**FIGURA 1. FINANCIACIÓN POR CUM A 25 DE AGOSTO DE 2025**



Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos INVIMA vigencia 2025 (corte 25-08-2025)

En la anterior gráfica puede observarse que, del total de Códigos Únicos de Medicamento, que se encuentran vigentes a agosto de 2025, la financiación con recursos de la UPC se

encuentra alrededor del 96,42% (que corresponde a 61.806 CUMs financiados por UPC en todas las concentraciones, formas farmacéuticas e indicaciones del registro sanitario y otros con financiación condicionada con UPC según un uso o criterio específico como Combinaciones a Dosis Fijas, anestésicos, entre otros).

## DESARROLLO

En esta estrategia se analizan las tecnologías en salud correspondientes a medicamentos, que se encuentran financiadas con recursos del presupuesto máximo y que fueron prescritas y suministradas a través de la herramienta tecnológica MIPRES, y financiadas con cargo al presupuesto máximo en cumplimiento a lo dispuesto en **la Resolución 067 de 2025**<sup>3</sup>.

Esta estrategia pretende abarcar el mayor número de tecnologías que sean susceptibles de migrar hacia la financiación con recursos de la UPC, con la aplicación de algunos atributos mediante los cuales se recomienda su migración para complementar y aumentar las alternativas terapéuticas disponibles para pacientes y prescriptores y de esta forma lograr una atención y gestión más integral, que responda a la realidad del mercado farmacéutico, las opciones de innovación que se encuentran disponibles y los correspondientes beneficios en salud que conlleva este proceso. Para este análisis se parte de identificar los medicamentos mediante su agrupación por grupos relevantes<sup>4</sup> que pueden ser objeto de migración desde la financiación con presupuestos máximos hacia la financiación con recursos de la UPC. La fuente de información utilizada fue la base de datos MIPRES-Suministros transacción 9, de la vigencia 2024 con reporte de datos hasta marzo de 2025. De esta forma se cuenta con la mayor completitud de prestaciones suministradas en 2024.

En cada GR se incluyeron los Códigos Únicos de Medicamento (CUM) relacionados, y así se realiza una primera depuración de la base de datos estableciendo su financiación ya que en algunos casos puede tratarse de medicamentos NO financiados en su totalidad y en otros con financiación condicionada. También, se marcaron medicamentos que se consideran excluidos para el pago con recursos públicos asignados a la salud. El total de grupos consultado es de 281.

---

<sup>3</sup> Resolución 067 de 2025. Por la cual se establecen las disposiciones unificadas y el contenido metodológico marco que rige el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

<sup>4</sup> Definidos en la Resolución 586 de 2021 como: "3.11.1. Grupo relevante de medicamentos: corresponde al conjunto de medicamentos pertenecientes a la misma clasificación Anatómica Terapéutica Química, por su sigla en inglés - ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) a nivel 5 (principio activo) e igual forma farmacéutica, y a los mercados relevantes regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos - CNPMDM."



Realizando una clasificación de cada uno de los principios activos de esta base de MIPRES mediante la agrupación ATC a nivel 1, es decir por órgano o sistema en el cual ejerce su acción el fármaco, y cuantificando con el valor total suministrado se obtiene lo señalado en la tabla a continuación:



**TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS POR ATC1 Y SUMINISTRO 2024 MIPRES.**

ÓRGANO O SISTEMA DONDE EJERCE SU ACCIÓN EL FÁRMACO	No. DE GR	No. DE P.A.	CUM/UM	TOTAL Personas Únicas	TOTAL Registros	TOTAL Valor dispensación	Per cápita TOTAL	Valor por registro de dispensación TOTAL	% frente al valor total	Valor R. Contributivo	Personas Únicas R. Contributivo	Registros Contributivo	Valor R. Subsidiado	Personas Únicas R. Subsidiado	Registros R. Subsidiado
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E INMUNOMODULADORES	70	67	304	17.370	56.589	\$ 447.742.125.135,46	\$ 25.776.748,71	\$ 7.912.175,96	23,41 %	\$ 333.522.235.407,46	12.694	43.563	\$ 114.219.889.728,00	4.676	13.026
ANTIINFECCIOSOS DE USO SISTÉMICO	33	26	116	50.209	59.168	\$ 19.015.434.948,00	\$ 378.725,63	\$ 321.380,39	0,99%	\$ 14.137.454.700,00	39.056	45.993	\$ 4.877.980.248,00	11.153	13.175
DERMATOLÓGICOS	25	23	107	2.714	7.315	\$ 2.591.996.034,00	\$ 955.046,44	\$ 354.339,85	0,13%	\$ 2.287.847.815,00	1.989	5.514	\$ 304.148.219,00	725	1.801
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	1	1	1	31	222	\$ 3.954.773.770,00	\$ 127.573.347,42	\$ 17.814.296,26	0,20%	\$ 2.620.480.846,00	18	148	\$ 1.334.292.924,00	13	74
PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS, HORMONAS SEXUALES E INSULINAS EXCL.	7	7	27	2.472	16.290	\$ 96.476.404.140,00	\$ 39.027.671,58	\$ 5.922.431,19	5,04%	\$ 79.796.123.290,00	1.946	13.463	\$ 16.680.280.850,00	526	2.827
PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTE	1	1	4	52	198	\$ 3.005.730,00	\$ 57.802,50	\$ 15.180,45	0,00% *	\$ 1.197.120,00	24	84	\$ 1.808.610,00	28	114
SANGRE Y ÓRGANOS FORMADORES DE SANGRE	14	15	32	1.300	5.254	\$ 125.513.670.913,00	\$ 96.548.977,63	\$ 23.889.164,62	6,56%	\$ 75.866.009.845,00	819	3.315	\$ 49.647.661.068,00	481	1.939
SISTEMA CARDIOVASCULAR	19	18	66	21.648	58.341	\$ 74.637.393.716,00	\$ 3.447.773,18	\$ 1.279.330,04	3,90%	\$ 60.228.696.582,00	19.519	53.491	\$ 14.408.697.134,00	2.129	4.850
SISTEMA GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES	5	5	11	95	313	\$ 293.694.564,00	\$ 3.091.521,73	\$ 938.321,29	0,01%	\$ 263.585.937,00	68	237	\$ 30.108.627,00	27	76
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	20	20	66	30.467	95.585	\$ 235.001.590.831,56	\$ 7.713.315,75	\$ 2.458.561,39	12,28 %	\$ 140.461.865.064,56	24.880	79.573	\$ 94.539.725.767,00	5.587	16.012



ÓRGANO O SISTEMA DONDE EJERCE SU ACCIÓN EL FÁRMACO	No. DE GR	No. DE P.A.	CUM/ UM	TOTAL Personas Únicas	TOTAL Registros	TOTAL Valor dispensación	Per cápita TOTAL	Valor por registro de dispensación TOTAL	% frente al valor total	Valor R. Contributivo	Personas Únicas R. Contributivo	Registros Contributivo	Valor R. Subsidiado	Personas Únicas R. Subsidiado	Registros R. Subsidiado
SISTEMA NERVIOSO	18	15	47	4.301	18.553	\$ 47.188.623.201,60	\$ 10.971.546,90	\$ 2.543.449,75	2,46%	\$ 37.843.591.125,00	2.912	13.695	\$ 9.345.032.076,60	1.389	4.858
SISTEMA RESPIRATORIO	12	9	20	242	1.044	\$ 110.001.482.718,00	\$ 454.551.581,48	\$ 105.365.404,90	5,75%	\$ 92.948.071.815,00	196	876	\$ 17.053.410.903,00	46	168
TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO	52	54	184	131.741	379.108	\$ 744.829.189.888,56	\$ 5.653.738,70	\$ 1.964.688,66	38,93 %	\$ 481.461.429.695,36	100.095	293.813	\$ 263.367.760.193,20	31.646	85.295
VARIOS	3	3	5	2.080	4.429	\$ 5.716.782.697,00	\$ 2.748.453,22	\$ 1.290.761,50	0,29%	\$ 4.185.518.589,00	1.490	3.251	\$ 1.531.264.108,00	590	1.178
Total general	281	263	990	264.722	702.409	\$ 1.912.966.168.287,18	\$ 7.226.321,08	\$ 2.723.436,30	100,0 %	\$ 1.325.624.107.831,38	205.706	557.016	\$ 587.342.060.455,80	59.016	145.393

**Fuente:** Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025, actualizada por ADRES en 11-2025) \* 0,00016%

Con la información de la tabla 12, se puede establecer preliminarmente que el grupo ATC nivel 1 que tiene mayor representatividad y peso frente al total del valor suministrado con un 38,93% es el de TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO, lo cual se explica en alguna medida, por los principios activos que hacen parte del mismo, cuya indicación(es) va dirigida(s) a cubrir enfermedades huérfanas, mismas que representan el 27,5% del total de PA de este grupo. En segundo lugar, aparece el grupo de AGENTES ANTINEOPLÁSICOS E INMUNOMODULADORES, con un 23,41% sobre el valor total dispensado en 2024, en el cual se encuentran medicamentos para el tratamiento de patologías huérfanas como Hemoglobinuria paroxística nocturna (Pegcetacoplan y Eculizumab), medicamentos para diferentes tipos de cáncer y otras enfermedades de alto costo. De forma subsiguientes, encontramos a los grupos de SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO y SANGRE Y ÓRGANOS FORMADORES DE SANGRE con 12,28% y 6,56% respectivamente. Estos 4 grupos entre los 14 en total, representan el 81,19% del valor suministrado por medicamentos en 2024, vía prescripción a través del MIPRES, valores que incluyen suministros por indicación UNIRS.

Los valores per cápita por cada uno de los grupos muestran que, a pesar de que el grupo de TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO tiene el valor más alto de suministro, involucra un alto número de personas, por tanto, es de los más bajos del toda la clasificación, mientras que, el grupo de SISTEMA RESPIRATORIO presenta un valor total de suministro aproximadamente 7 veces más bajo, pero su per cápita es el más alto de toda la clasificación, con cerca de 455 millones COP por paciente, alejado del segundo per cápita, en casi 3,6 veces. Los valores promedio por registro de suministro, igualmente se asocian a medicamentos del SISTEMA RESPIRATORIO en primer lugar con valores cercanos a los 105 millones de pesos por registro, seguidos de medicamentos del grupo Sangre y órganos formadores de sangre con 23,9 millones de pesos por registro de suministro, ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS con 17,8 millones de pesos por registro y agentes antineoplásicos con 7,9 millones de pesos.

En general, el valor per cápita total y por régimen, y los valores promedio por registro de dispensación se pueden apreciar en la tabla 13:

**Tabla 13. DISTRIBUCIÓN DE VALOR PER CÁPITA TOTAL Y POR RÉGIMEN, Y LOS VALORES PROMEDIO POR REGISTRO DE DISPENSACIÓN**

ÓRGANO O SISTEMA DONDE EJERCE SU ACCIÓN EL FÁRMACO	Per cápita TOTAL	Valor por registro de dispensación TOTAL	Per cápita régimen CONTRIBUTIVO	Per cápita régimen SUBSIDIADO	Valor por registro de dispensación régimen CONTRIBUTIVO	Valor por registro de dispensación régimen SUBSIDIADO
AGENTES ANTIEMPLEÁSICOS E INMUNOMODULADORES	\$ 25.776.748,71	\$ 7.912.175,96	\$ 26.274.006,26	\$ 24.426.836,98	\$ 7.656.089,70	\$ 8.768.608,15
ANTIINFECIOSOS DE USO SISTÉMICO	\$ 378.725,63	\$ 321.380,39	\$ 361.979,07	\$ 437.369,34	\$ 307.382,75	\$ 370.245,18
DERMATOLÓGICOS	\$ 955.046,44	\$ 354.339,85	\$ 1.150.250,28	\$ 419.514,78	\$ 414.916,18	\$ 168.877,41
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	\$ 127.573.347,42	\$ 17.814.296,26	\$ 145.582.269,22	\$ 102.637.917,23	\$ 17.705.951,66	\$ 18.030.985,46
PREPARADOS HORMONALES SISTÉMICOS, HORMONAS SEXUALES E INSULINAS EXCL.	\$ 39.027.671,58	\$ 5.922.431,19	\$ 41.005.202,10	\$ 31.711.560,55	\$ 5.927.068,51	\$ 5.900.346,96
PRODUCTOS ANTIPARASITARIOS, INSECTICIDAS Y REPELENTES	\$ 57.802,50	\$ 15.180,45	\$ 49.880,00	\$ 64.593,21	\$ 14.251,43	\$ 15.865,00
SANGRE Y ÓRGANOS FORMADORES DE SANGRE	\$ 96.548.977,63	\$ 23.889.164,62	\$ 92.632.490,65	\$ 103.217.590,58	\$ 22.885.674,16	\$ 25.604.776,21
SISTEMA CARDIOVASCULAR	\$ 3.447.773,18	\$ 1.279.330,04	\$ 3.085.644,58	\$ 6.767.823,92	\$ 1.125.959,44	\$ 2.970.885,39
SISTEMA GENITOURINARIO Y HORMONAS SEXUALES	\$ 3.091.521,73	\$ 938.321,29	\$ 3.876.263,78	\$ 1.115.134,33	\$ 1.112.176,95	\$ 396.166,14
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	\$ 7.713.315,75	\$ 2.458.561,39	\$ 5.645.573,35	\$ 16.921.375,65	\$ 1.765.195,04	\$ 5.904.304,63
SISTEMA NERVIOSO	\$ 10.971.546,90	\$ 2.543.449,75	\$ 12.995.738,71	\$ 6.727.884,86	\$ 2.763.314,43	\$ 1.923.637,73
SISTEMA RESPIRATORIO	\$ 454.551.581,48	\$ 105.365.404,90	\$ 474.224.856,20	\$ 370.726.323,98	\$ 106.105.104,81	\$ 101.508.398,23
TRACTO ALIMENTARIO Y METABOLISMO	\$ 5.653.738,70	\$ 1.964.688,66	\$ 4.810.044,75	\$ 8.322.308,04	\$ 1.638.666,19	\$ 3.087.728,01
VARIOS	\$ 2.748.453,22	\$ 1.290.761,50	\$ 2.809.072,88	\$ 2.595.362,89	\$ 1.287.455,73	\$ 1.293.884,64

**Fuente:** Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025, actualizada por ADRES el 11-2025)

Conforme a los valores per cápita obtenidos, al revisar los grupos con mayor representatividad frente al valor total, en el caso del SISTEMA RESPIRATORIO se encuentra que sólo un medicamento importado como vital no disponible, con el principio activo: ELEXACAFITOR+TEZACAFITOR+IVACAFITOR+IVACAFITOR, el cual está indicado para el tratamiento de la *fibrosis quística* en los adultos y los niños de al menos 2 años de edad y se usa en pacientes con una mutación genética específica relacionada con la fibrosis quística, representa el 99,5% del valor total del grupo con 206 pacientes tratados de un total de 242 personas únicas del mencionado grupo.

Al ir al desagregado de los datos, se puede evidenciar que sólo 26 principios activos del total de 208 (12,5%) representan el 80,2% del valor total dispensado en la vigencia 2024:

**Tabla 14. DISTRIBUCIÓN DE PARETO PARA x PRINCIPIOS ACTIVOS (x% DEL VALOR TOTAL SUMINISTRADO)**

No.	PRINCIPIO ACTIVO	TOTAL Valor Entregado	% frente al total	TOTAL Registros	TOTAL Personas Únicas	INDICACIÓN RELACIONADA CON:
1	ECULIZUMAB	194.282.678.001,00	10,16 %	3573	396	EH
2	LIRAGLUTIDA	159.900.120.664,16	8,36%	206730	61660	OTRAS
3	ELOSULFASA ALFA	157.445.991.832,00	8,23%	4156	177	EH
4	ELEXACAFTOR TEZACAFTOR IVACAFTOR	109.452.210.022,00	5,72%	990	206	EH + OTRAS
5	IMIGLUCERASA	78.036.778.873,00	4,08%	2222	163	EH
6	LANADELUMAB	68.991.796.164,00	3,61%	1553	202	EH
7	BUROSUMAB	65.678.883.063,00	3,43%	1371	226	EH
8	NINTEDANIB	63.138.768.226,00	3,30%	8189	1656	EH
		578.247.480,00	0,03%	79	42	OTRAS
9	ATALUREN	63.409.317.890,00	3,31%	933	140	EH + OTRAS
10	RIOCIGUAT	62.815.806.908,00	3,28%	5745	1705	EH
11	IDURSULFASA	45.282.110.345,00	2,37%	1185	58	EH
12	LANREOTIDA	43.558.851.268,00	2,28%	10123	1541	EH + OTRAS
13	OCRELIZUMAB	41.724.374.781,00	2,18%	1065	653	EH
14	NUSINERSEN	40.778.422.355,00	2,13%	145	63	EH
15	ALGLUCOSIDASA ALFA	33.325.814.554,00	1,74%	624	42	EH
16	GALSULFASA	32.072.171.528,00	1,68%	839	45	EH
17	VEDOLIZUMAB	30.841.602.869,00	1,61%	3448	841	EH + OTRAS
18	AGALSIDASA BETA	30.144.744.995,00	1,58%	2393	170	EH
19	TAFAMIDIS	28.808.789.870,00	1,51%	688	111	EH

No.	PRINCIPIO ACTIVO	TOTAL Valor Entregado	% frente al total	TOTAL Registros	TOTAL Personas Únicas	INDICACIÓN RELACIONADA CON:
20	VELAGLUCERASA ALFA	26.959.487.748,00	1,41%	598	51	EH
21	AGALSIDASA ALFA	25.703.500.147,00	1,34%	1195	90	EH
22	OCTREOTIDE	23.204.470.203,00	1,21%	4663	695	EH + OTRAS
23	MIGALASTAT	22.228.273.242,00	1,16%	388	50	EH
24	OFATUMUMAB	21.598.445.991,00	1,13%	4894	627	EH
25	METRELEPTIN	21.555.257.650,00	1,13%	66	10	EH + OTRAS
26	RITUXIMAB	18.990.436.391,00	0,99%	3110	2466	EH + OTRAS
27	CANAKINUMAB	18.588.936.097,00	0,97%	473	80	EH
28	ICATIBANTO	17.853.938.891,00	0,93%	1890	607	EH
	<b>TOTAL</b>	<b>1.546.950.228.048,16</b>	<b>80,87 %</b>	<b>273.328</b>	<b>74.773</b>	

**Fuente:** Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025, actualizada por ADRES en 28-11-2025)

Indicar en primera medida frente a los datos de la tabla anterior, que los principios activos que conforman el Pareto de gasto de la base de datos MIPRES 2024, son casi los mismos que los observados para la vigencia 2023, solo con algunos cambios en el ordenamiento donde unos subieron y otros bajaron, como es el caso de la Liraglutida, Ataluren, Metreleptin, Nusinersen. Igualmente, resaltar que es Eculizumab el PA con mayor valor entregado, y la entrada de nuevos PA al Pareto como lo fue Tafamidis indicado para el tratamiento de amiloidosis por transtiretina nativa o hereditaria en pacientes adultos con miocardiopatía (ATTR-CM), considerada una EH.

Ahora, enfatizar que la Liraglutida, a pesar de un estar indicada para enfermedad huérfana, se posiciona ahora como el 2do PA con mayor valor dispensado, lo cual es relevante, puesto que esto sugiere que, su uso clínico en el mercado local bajo la praxis médica cada vez es más importante, frente a lo cual es clave hacer seguimiento a las causas frente a este comportamiento, dada la indicación aprobado en registro sanitario que es “El manejo crónico del peso en pacientes adultos con un índice de masa corporal (imc) inicial de: mayor

o igual a 30 kg/m<sup>2</sup> (obesidad), o mayor o igual a 27 kg/m<sup>2</sup> a menor a 30 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso) en presencia de al menos una comorbilidad relacionada con el peso”, lo cual sugeriría que, el sobrepeso u obesidad es una condición de salud pública que cada vez es más frecuente en el país.

La Liraglutida actualmente se encuentra autorizada en Colombia para comercialización bajo 3 registros sanitarios:

**TABLA 15. REGISTROS SANITARIOS PARA MEDICAMENTOS QUE CONTIENEN LIRAGLUTIDA**

Expediente Sanitario	Principio Activo	Nombre del Producto	Registro sanitario	Estado Registro
20094683	LIRAGLUTIDA	SAXENDA® 6 MG/ML	INVIMA 2018MBT-0017986	Vigente
20090556	LIRAGLUTIDA	XULTOPHY® SOLUCION PARA INYECCIÓN	INVIMA 2017MBT-0017779	Vigente
20028798	LIRAGLUTIDA	VICTOZA® 6MG/ML	INVIMA 2019M-0014110-R1	Vigente

**Fuente:** Construcción propia a partir de base de datos de registros sanitarios - INVIMA (fecha de consulta 24-10-2025)

En este orden de ideas, es válido resaltar que, la OMS en su actualización 24<sup>th</sup> del listado de medicamentos esenciales incluyó dentro de la categoría de agente hipoglicemiante a la LIRAGLUTIDA como una alternativa terapéutica de la SEMAGLUTIDA, ésta última que cuenta en Colombia con 8 registros sanitarios vigentes con indicación aprobada para: 1. Complemento a la dieta y el ejercicio para mejorar el control glucémico en adultos con diabetes mellitus tipo 2 que no han respondido satisfactoriamente a metformina y 2. Complemento de una dieta baja en calorías y un incremento de la actividad física para el control crónico del peso; incluyendo la perdida y el mantenimiento del peso, en adultos que no han logrado un descenso significativo de peso con tratamiento no farmacológico supervisado con un índice de masa corporal (IMC) inicial de: Mayor o igual a 30 kg/m<sup>2</sup> (obesidad), o Mayor o igual a 27 kg/m<sup>2</sup> a <30 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso) en presencia de al menos una comorbilidad relacionada con el peso. Es de resaltar que, de acuerdo a la evidencia disponible la SEMAGLUTIDA y TERZEPATIDA son las que ofrecen los mejores resultados en salud frente al uso en sobrepeso que Liraglutida.

De otro lado, es válido mencionar que el 01 de diciembre de 2025, la OMS emitió guía internacional sobre el uso de terapias GLP-1<sup>5</sup> para el tratamiento de la obesidad en adultos (>19 años) con IMC > 30Kg/m<sup>2</sup>, la cual en términos de OMS, está diseñada para uso en una amplia gama de entornos, niveles de ingresos y capacidades de los sistemas de salud, buscando apoyar la inclusión segura, equitativa y apropiada de la terapia farmacológica para adultos como parte de los programas integrales de atención crónica a la obesidad, resaltando este organismo sanitario internacional que, no es una solución independiente es una herramienta para el abordaje de la obesidad y una opción pensada en el acceso, la asequibilidad y la calidad de la atención. Igualmente, resalta tres (3) limitaciones de la guía, que son: 1. No hay una síntesis formal de la evidencia económica para fundamentar los dominios GRADE Evidence to Decision (EtD), 2. La necesidad de captura de información adicional al ensayo clínico aleatorizado que complemente la variedad y frecuencia de los problemas de seguridad a largo plazo (p.e., estudios observacionales, vigilancia poscomercialización, evidencia real) y 3. Las revisiones sistemáticas se basan principalmente en estudios realizados por fabricantes de medicamento, lo que plantea la necesidad de realizar investigaciones independientes, para evitar conflictos de interés, reales o aparentes.

En ese sentido, resulta relevante indicar que la recomendación de la OMS es condicional y se basa en evidencia de certeza moderada a corto plazo ( $\leq 24$  meses) y baja para co-intervenciones y efectos prolongados, debido a la falta de estudios a largo plazo, incertidumbre sobre la seguridad, altos costos y acceso limitado en los sistemas de salud. La estrategia y la guía reconocen que persisten limitaciones relevantes para su implementación entre ellas las siguientes:

- *Seguridad a largo plazo:* no existen datos robustos sobre efectos adversos más allá de dos años.
- *Costo-efectividad:* no se dispone de análisis formales ni impacto presupuestario en contextos de ingresos medios.

---

<sup>5</sup> WHO guideline on the use of glucagon-like peptide-1 (GLP-1) therapies for the treatment of obesity in adults. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

- *Evidencia en práctica real:* la efectividad y viabilidad en sistemas de salud diversos aún no se ha demostrado.
- *Sesgo potencial en la evidencia:* la mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados que sustentan la recomendación fueron financiados por la industria farmacéutica, lo que representa un riesgo de sesgo y limita la independencia de los resultados.

La OMS proyecta que estas lagunas se abordarán mediante la implementación temprana en países pioneros y la generación de datos programáticos, según el cronograma descrito en la guía (2026 en adelante). Estos resultados serán esenciales para definir criterios de priorización y garantizar equidad en el acceso.

Por lo anterior, se considera precipitado y sin piso en evidencia fuerte recomendar la inclusión de esta estrategia en el sistema de salud colombiano, particularmente por las limitaciones mencionadas y hasta contar con:

- Evidencia consolidada sobre seguridad y efectividad a largo plazo.
- Estudios de costo-efectividad y análisis de impacto presupuestario en nuestro contexto.
- Resultados derivados de la implementación en países pioneros, que orienten decisiones basadas en datos reales y sostenibilidad.

Esta posición busca garantizar la responsabilidad técnica y financiera, evitando decisiones prematuras que puedan comprometer la equidad y la sostenibilidad del sistema.

Asimismo, es importante precisar que, al tratarse de un modelo multimodal de atención planteado por la OMS, la estrategia contempla diversas intervenciones más allá de las terapias farmacológicas. Su implementación debe ser consciente, coordinada y estructurada para evitar riesgos en la salud de las personas con obesidad, considerando la incertidumbre sobre la evidencia y los posibles efectos adversos de estos medicamentos.

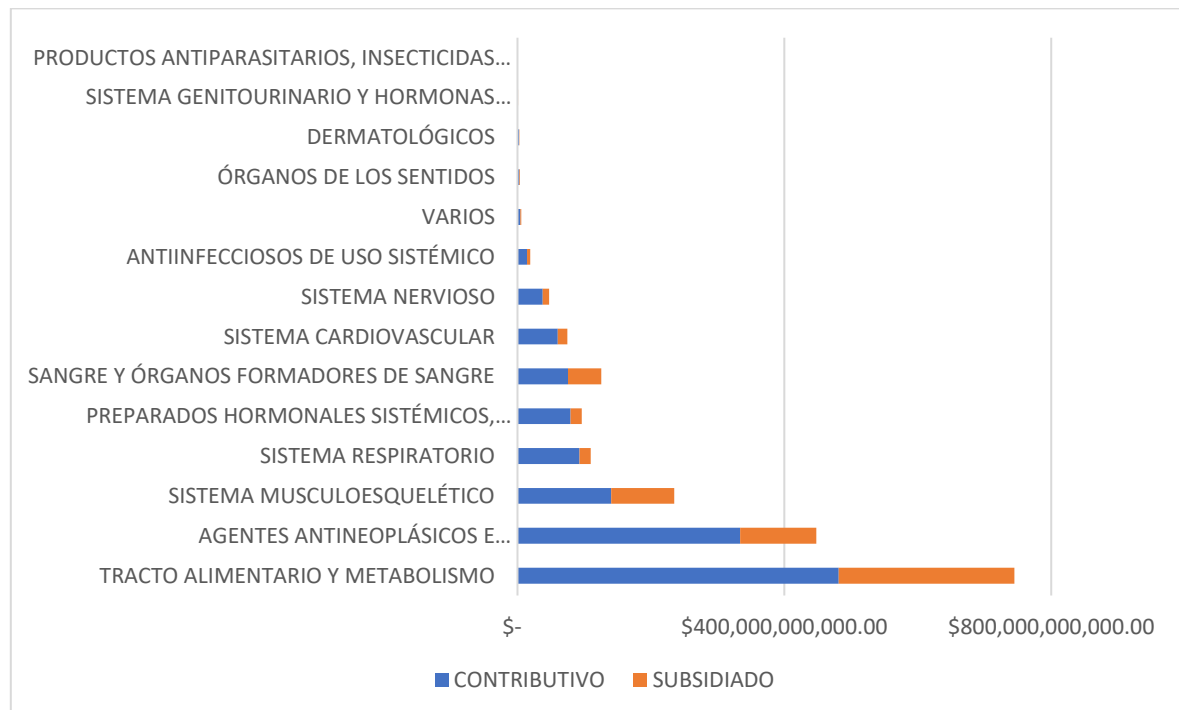
Así mismo, enfatizar que, los productos Xultophy y Victoza están financiados con recursos de la UPC para el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2. El producto Saxenda por su



indicación diferente a diabetes mellitus tipo 2 se financia con presupuesto máximo. Por lo anterior, se entiende que la indicación en el control crónico del peso en pacientes adultos se financia con el presupuesto máximo, sin embargo, ha venido teniendo un aumento progresivo en valor total dispensado en las últimas vigencias, así: entre 2022 (\$104.302.683.721) y 2023 cercano al 53% (\$159.126.153.956,3), entre 2023 y 2024 de 0,49% (\$159.900.120.664,16).

Adicionalmente, con la clasificación ATC nivel 1, es posible definir y conocer cuál es el comportamiento entre regímenes de afiliación, en los cuales el régimen subsidiado frente al valor total representa el 30,7% (20,5% en 2023; 22,26% en 2022) y el contributivo el 69,3% restante (79,5% en 2023; 77,74% en 2022); presentándose diferentes proporciones en los grupos de clasificación ATC1 de los principios activos tal como se aprecia en la siguiente gráfica:

**FIGURA 2. VALOR TOTAL EN MILLONES COP DE LA DISPENSACIÓN POR RÉGIMEN Y GRUPO ATC1 SEGÚN MIPRES 2024**



Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025, actualizada por ADRES en 11-2025)

### **Marcación por atributos**

Una vez caracterizada la base MIPRES 2024, se definen características o atributos que podrían cumplir cada uno de los medicamentos incluidos en el análisis y bajo las cuales pueden definirse los medicamentos que se proponen para migrar desde la financiación con presupuestos máximos hacia la financiación con recursos de la UPC.

Los atributos propuestos se dividieron en dos categorías, los primeros 4 atributos se consideran una “*recomendación a favor de continuar el análisis*” para la migración de un medicamento desde la financiación con presupuestos máximos hacia la financiación con la UPC, y los siguientes atributos son “*recomendaciones a favor de no continuar el análisis*” para la migración de financiación:

#### **RECOMENDACIONES A FAVOR DE CONTINUAR ANÁLISIS:**

- 1. MEDICAMENTO EN MATRIZ HORIZONTE.** Durante los años 2018 y 2019 se realizó una priorización de patologías en el país por diferentes actores del sistema para ingresar a la financiación con recursos de la UPC. El Ministerio de Salud, en conjunto con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) y diferentes sociedades científicas que apoyaron este proceso, realizaron una priorización de estas tecnologías en salud teniendo en cuenta las principales causas de morbi-mortalidad del país y su carga de enfermedad. De esta forma se obtuvo un listado con medicamentos priorizados científicamente y recomendados para inclusión en la financiación con recursos de la UPC con el cuál se ha venido trabajando en años anteriores y realizando recomendaciones de inclusión de algunas tecnologías, por lo que se considera una “lista de espera” que se utilizó para marcar cada uno de los GR de la base MIPRES 2024.
- 2. MEDICAMENTO CON INDICACIÓN RELACIONADA CON CÁNCER.** Se revisaron todas las indicaciones de los medicamentos que conforman los 281 GR de la base MIPRES 2024, y se marcaron aquellos que presentan una indicación relacionada con el tratamiento de cáncer en cualquiera de sus tipos: ej. Cáncer de estómago, Cáncer de tiroides, Gliomas malignos (grado IV de la OMS) o glioblastoma, linfomas, melanomas, entre otros.

3. **MEDICAMENTO DESTINADO A TERAPIAS ANTIRETROVIRALES:** Se verificó la indicación aprobada para cada medicamento por INVIMA, siendo marcados aquellos que estén destinados a terapia antirretroviral.
4. **MEDICAMENTO INCLUIDO EN EL LISTADO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES (LME) DE LA OMS ACTUALIZADO (2025).** Se marcaron los medicamentos en sus GR que correspondieran a los recomendados por la Organización Mundial de la Salud en su último documento World Health Organization – Model List of Essential Medicines. 24nd List (2025)<sup>6</sup>. Estos medicamentos representan la lista básica de las necesidades mínimas de medicamentos para un sistema básico de atención de la salud de niños y adultos, enumerando los medicamentos (y algunas alternativas) que satisfacen las necesidades prioritarias de atención médica de una población y que fueron seleccionados teniendo en cuenta la prevalencia de la enfermedad y la relevancia para la salud pública, la evidencia de eficacia y seguridad y la relación costo-efectividad comparativa según la OMS.
5. **MEDICAMENTO QUE PUEDE CUBRIR NECESIDADES EN SALUD PÚBLICA.** En este atributo se marcan aquellos GR cuya migración a UPC no representa ningún inconveniente para el desarrollo de programas para el tratamiento de enfermedades de interés especial en salud pública según lo dispuesto en el anexo 4 de la Resolución 2718 de 2024 o que se encuentran relacionados con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (o con vacunación de brotes específicos realizada por el mismo PAI). La marcación se realiza de la siguiente forma:
  - i. No aplica: Cuando el medicamento no tiene indicaciones para enfermedades de interés especial en salud pública o en el PAI.
  - ii. NO: Cuando el medicamento tiene indicación en una o varias enfermedades de interés especial en salud pública o PAI con indicaciones adicionales en otras patologías.

---

<sup>6</sup> World Health Organization Model List of Essential Medicines – 24nd List, 2025. Geneva: World Health Organization; 2025 Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/B09474>

Una vez realizada toda la marcación de la base con los criterios antes descritos respecto a salud pública, se encuentra inicialmente que, hay un (1) solo medicamento con indicaciones en salud pública (clasificado como NO, según lo mencionado previamente), el cual es VACUNA TETRAVALENTE CONTRA EL DENGUE, registro que se separó para un análisis particular debido a la posible iniciativa gubernamental de incluirla al Plan Ampliado de Inmunización (PAI) y por otro lado, no se evidencia adicionalmente medicamentos con indicaciones en otras patologías que sustenten con evidencia fuerte la necesidad de su posible financiación con recursos de la UPC.

Es necesario realizar este análisis, puesto que los medicamentos que hacen parte del listado de programas especiales en salud pública son suministrados directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el hecho de incluirlos también en el listado de medicamentos que deben ser garantizados por las EPS puede prestarse para confusión o incumplimiento de programas. Actualmente, se encuentran algunos medicamentos, principalmente vacunas conjugadas o con características especiales como las acelulares, que se prescriben por MIPRES posiblemente por condiciones específicas del paciente, por ejemplo, cuando pierden inmunidad por alguna patología o cuando no se encuentran en los rangos de vacunación de los programas y el prescriptor decide que se requiere su administración.

- 6. MEDICAMENTO APROBADO PARA ENFERMEDADES DEL PARETO DE CARGA DE ENFERMEDAD (2019-2023):** En este atributo se marcan aquellos GR y PA asociados directamente a las patologías que generan el Pareto ( $\leq 80\%$ ) de la carga de enfermedad en el país para las últimas vigencias que se cuenten con datos epidemiológicos, para el caso de la base de datos MIPRES 2024, se utilizaron los datos de las vigencias 2019-2023, tomados de la plataforma internacional Global Burden of Diseases (GBD)<sup>7</sup> para Colombia bajo estimador “Causa de muerte o

---

<sup>7</sup> GBD: El estudio GBD es el esfuerzo más grande y más completo para cuantificar la pérdida de salud en diferentes lugares y a lo largo del tiempo, de modo que se puedan mejorar los sistemas de salud y eliminar las disparidades. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

lesión”, medido en AVAD<sup>8</sup> (DALYs, por su sigla en inglés) y métrica en “Porcentaje”. Adicionalmente, para la extracción de los datos, se incluyen todas las **causas** a un nivel de desagregación 2 y 3 para todas las edades (Grupos etarios) y en ambos sexos. La salida de las consultas a la base global de GBD es un archivo .CSV, el cual se procesa para establecer el Pareto de carga de enfermedad porcentual en ambos niveles de desagregación, a partir del promedio de los años consultados.

El nivel de desagregado 2 permite establecer los grupos de enfermedades que generan el Pareto y la carga de enfermedad asociada a estos en porcentaje, donde para este ejercicio se encontró que el Pareto se confirma de la siguiente manera:

**TABLA 16. DESAGREGADO NIVEL 2 DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD EN COLOMBIA 2019-2023, GBD.**

ENFERMEDADES	2019	2020	2021	2022	2023	MEDIA	CATEGORÍAS
Cardiovascular diseases	12,38%	11,16%	10,05%	11,74%	12,07%	<b>11,48%</b>	<b>1</b>
Neoplasms	10,69%	9,30%	8,35%	9,68%	10,19%	<b>9,64%</b>	<b>2</b>
Respiratory infections and tuberculosis	2,83%	13,05%	20,66%	7,43%	3,58%	<b>9,51%</b>	<b>3</b>
Musculoskeletal disorders	9,51%	8,56%	7,66%	8,90%	9,29%	<b>8,78%</b>	<b>4</b>
Self-harm and interpersonal violence	8,46%	7,46%	7,33%	8,46%	8,81%	<b>8,11%</b>	<b>4</b>
Mental disorders	6,72%	6,78%	6,12%	7,11%	7,93%	<b>6,93%</b>	<b>5</b>
Other non-communicable diseases (Metabolic Diseases)	6,67%	5,98%	5,36%	6,16%	6,26%	<b>6,09%</b>	<b>6</b>
Unintentional injuries	5,67%	5,05%	4,63%	5,59%	5,82%	<b>5,35%</b>	<b>4</b>
Diabetes and kidney diseases	5,43%	4,87%	4,52%	5,28%	5,68%	<b>5,16%</b>	<b>7</b>
Neurological disorders	5,34%	4,79%	4,34%	5,13%	5,47%	<b>5,01%</b>	<b>5</b>
Maternal and neonatal disorders	4,46%	4,01%	3,53%	3,76%	3,40%	<b>3,83%</b>	-
Chronic respiratory diseases	3,78%	3,07%	2,76%	3,37%	3,66%	<b>3,33%</b>	<b>8</b>

<sup>8</sup> AVAD como desenlace va en línea con la recomendación del Manual para la elaboración de evaluaciones económicas en salud del IETS (<https://www.iets.org.co/2014/11/13/manual-para-la-elaboracion-de-evaluaciones-economicas-en-salud/>)

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del GBD.

Con base en el Pareto de la tabla anterior, y considerando el nivel de desagregado 3 de esta información, se procedió a la marcación específica de GR y PA, y esta arrojó los siguientes:

**TABLA 17. PRINCIPIOS ACTIVOS POR CATEGORÍA.**

Grupo de Enfermedades	Categoría	Número de GR	Número de PA marcados
Cardiovascular diseases	1	17	16
Neoplasms	2	54	52
Respiratory infections and tuberculosis	3	18	12
Musculoskeletal disorders *	4	11	11
Mental disorders **	5	9	7
Other non-communicable diseases (Metabolic Diseases)	6	15	16
Diabetes and kidney diseases	7	1	1
Maternal and neonatal disorders ***	-	0	0
Chronic respiratory diseases	9	8	6
<b>Total</b>		<b>133</b>	<b>121</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

\* **Incluye:** carga por autolesiones + lesiones no intencionales. \*\* **Incluye:** carga por enfermedades neurológicas. \*\*\* La BD MIPRES 2024 no incluye principios activos con indicación a este segmento de carga de la enfermedad en el país.

Es decir, de 280 grupos relevantes que incluyen 262 principios activos de la base de MIPRES 2024, 137 GR con 126 PA son marcados por este criterio al tener aprobadas indicaciones por el INVIMA que, se relacionan directamente con el abordaje terapéutico de la carga de enfermedad en el país, lo cual, resulta relevante en el marco de un potencial análisis multicriterio para la actualización integral de las tecnologías de salud para la vigencia 2026.

Es válido resaltar que, en el caso de los registros UNIRS-UPC, solo 25 de 292 registros incluidos en la BD MIPRES 2024, que corresponden a 3 GR y 3 PA, se marcan bajo el criterio de carga de enfermedad.

**7. MEDICAMENTO INCLUIDO EN INFORMES DE POSICIONAMIENTO TERAPÉUTICO<sup>9</sup> VIGENTES DE MINSALUD:**

El objetivo de un IPT es desarrollar un posicionamiento terapéutico que oriente el uso racional de las tecnologías disponibles para una determinada condición de salud (enfermedad y/o estados, en el cual, se determina la posición de cada opción terapéutica frente a sus alternativas disponibles, las cuales deben contar con indicación específica para la condición de salud, y tener registros comercializados a la fecha de corte de la evaluación (esto significa que cuente con registros sanitarios vigentes, en trámite de renovación o temporalmente no comercializados), de acuerdo con el ente regulador, a saber, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

En este atributo se marcan aquellos GR y PA que se encuentran incluidos en los informes de posicionamiento terapéutico realizados por el IETS desde la vigencia 2018 hasta 2024 para el Ministerio de Salud y Protección Social.

**8. MEDICAMENTO INCLUIDO EN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA<sup>10</sup> VIGENTES DE MINSALUD:**

Las GPC tienen como objetivo, el recomendar lo que se debe (y lo que no se debe) hacer desde el punto de vista preventivo, diagnóstico o terapéutico para una determinada condición clínica.

Por este atributo se marcan aquellos GR y PA que se encuentran incluidos en las Guías de Práctica Clínica realizadas por el IETS o Universidades desde la vigencia 2009 hasta 2024 para el Ministerio de Salud y Protección Social.

**9. MEDICAMENTO POR GRUPO ATC NIVEL 4 – NIVEL DE COMPLETITUD:**

En este atributo se marcan todos los GR y PA de la base de datos MIPRES 2024 para los grupos ATC nivel 4, con la finalidad de establecer una categoría que identifique el nivel de inclusión de tecnologías de salud en UPC respecto al total de PA en cada Grupo ATC\_4, donde dicha completitud se mide como la proporción de PA que son

---

<sup>9</sup> El posicionamiento terapéutico (PT) es el "análisis crítico informado en evidencia, de fuentes públicamente disponibles con respecto a una categoría terapéutica de fármacos (por ejemplo, agentes antihipertensivos) o una clase de fármaco para respaldar un relacionamiento terapéutico entre medicamentos de la misma categoría o clase, y para optimizar la prescripción de dichas tecnologías en términos de sus beneficios y riesgos.

<sup>10</sup> Las GPC son un documento informativo que incluye recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud.

UPC, en relación con el total de PA (UPC+NO UPC) que hacen parte del grupo ATC 4 respectivo, lo cual, permite establecer la proporción o porcentaje de PA que no se encuentran aún cubiertos con cargo a recursos de la UPC y de esta forma poder identificar con precisión a nivel de PA, la brecha o no completitud por grupo ATC 4 a la fecha.

Una vez realizada la marcación correspondiente se evidencia que de los 281 grupos ATC nivel 4 de la BD MIPRES 2024, 40 grupos (30,5%) cubren en su completitud los PA en el mismo, mientras que de los 91 restantes (69,5%), se cubren de manera parcial o nula los PA de sus respectivos grupos, los cuales suman la cantidad de 146 PA en esta última condición.

#### RECOMENDACIONES A FAVOR DE NO CONTINUAR ANÁLISIS:

##### **10. Exclusiones.**

- a) A-2025. Se marcaron aquellos GR que contienen medicamentos que se encuentran en análisis y discusión en 2025 del Proceso Técnico Científico de exclusiones, teniendo en cuenta que hasta que el proceso no finalice no es posible catalogarlos como excluidos o no excluidos y no tendría sentido incluirlos en la financiación con recursos de la UPC hasta tanto no se finalice este proceso.
- b) P: Parcial. se marcaron aquellos medicamentos que se encuentran descritos normativamente como una exclusión de la financiación con recursos públicos asignados a la salud en algunos diagnósticos.
- c) T: Total, Si se encontraban medicamentos excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud en todas sus indicaciones.
- d) No: Medicamentos que no se consideran excluidos de la financiación con recursos públicos destinados a la salud, en ninguna modalidad.

**11. INDICACIONES UNIRS.** Bajo este atributo se marcan aquellos GR que contienen medicamentos que presentan un Uso No Incluido en el Registro Sanitario (UNIRS). Estos usos no se encuentran financiados con recursos de la UPC y se financian con presupuestos máximos.

La marcación se realiza de la siguiente forma:



- i. No: No tiene indicación UNIRS.
- ii. Si: Tiene indicación UNIRS y la financiación en indicaciones diferentes se encuentra financiadas con recursos de la UPC.
- iii. UNIRS+Otras: Tiene indicaciones UNIRS y adicionalmente en otras patologías que son financiadas con presupuestos máximos.

**12. ENFERMEDADES HUÉRFANAS.** Se marcan aquellos GR que contienen medicamentos relacionados con el tratamiento de enfermedades huérfanas teniendo en cuenta que para este tipo de enfermedades se están desarrollando otras estrategias para asegurar el acceso oportuno y adecuado a los medicamentos para todos los pacientes que los requieran. La marcación se realiza de la siguiente forma:

- a) OTRAS: El medicamento no tiene indicación para el tratamiento de enfermedades huérfanas.
- b) EH+OTRAS: El medicamento tiene indicación en una o varias enfermedades huérfanas e indicaciones diferentes a enfermedades huérfanas (M1).
- c) EH: El medicamento tiene indicación para el tratamiento en EH (M2).

Adicionalmente se realizó una marcación de aquellos medicamentos clasificados con indicación tanto en enfermedad huérfana como en otras indicaciones adicionales, cruzando la información contra el registro de pacientes de enfermedades huérfanas con corte a septiembre de 2025, para poder cuantificar los registros en que a pesar de que el medicamento presentara esta dualidad, se suministraron para el tratamiento de una enfermedad huérfana.

**13. COMPRA CENTRALIZADA.** Esta marcación implica directamente que los medicamentos hacen parte de la compra centralizada que realiza el Ministerio de Salud y Protección Social.

**14. ANÁLISIS POSTERIOR POR BAJA UTILIDAD TERAPÉUTICA.** Bajo este atributo se marcan aquellos GR que contienen medicamentos cuya indicación posiblemente no aporte un alto impacto dentro del sistema de salud y requiere ser examinada en

un análisis posterior, aclarando que, si no se deciden migrar a la financiación con recursos de la UPC, continúan siendo financiados con recursos de los presupuestos máximos hasta tanto no puedan ser candidatos a exclusión. Para esta marcación se utilizaron los resultados de una revisión panorámica de literatura enfocada en conocer la evidencia de financiación en otros países encontrando que en otros sistemas de salud no sólo no se encuentran en sus listados básicos, sino que no se financian en algunos de ellos, catalogándolos como de “baja o dudosa utilidad terapéutica por valor intrínseco no elevado”.

**15. MEDICAMENTO VITAL NO DISPONIBLE (MVND).** Bajo este atributo se marcan aquellos GR que contienen medicamentos clasificados como Medicamento Vital No Disponible en el listado oficial que publica el INVIMA<sup>11</sup> (con corte a septiembre de 2025), y que se propone mantener financiados con presupuestos máximos hasta tanto no se definan estrategias bien sea que garanticen su disponibilidad en el mercado colombiano o, que regulen los precios de importación de algunos de ellos para que respondan a la realidad del mercado y a las necesidades y expectativas del sistema de salud, o en un escenario menos conservador migrarlos a la financiación con UPC analizando sus frecuencias y severidades.

**16. IMPORTADO COMO MVND.** Bajo este atributo se marcan aquellos GR que contienen medicamentos que han sido importados previa autorización del INVIMA y que a pesar de no estar clasificados explícitamente como Medicamento Vital No Disponible en el listado oficial que publica el INVIMA<sup>12</sup> (con corte a septiembre de 2025), dicha institución en su revisión los ha clasificado como tal y ha permitido su importación<sup>13</sup>. Para estos medicamentos de igual forma que aquellos descritos en el numeral 11, se propone mantener su financiación con presupuestos máximos según las condiciones actuales descritas en dicho mecanismo de financiación, hasta tanto no se definan estrategias bien sea que garanticen su disponibilidad en el mercado colombiano o, que regulen los precios de importación de algunos de ellos para que respondan a la realidad del mercado y a las necesidades y expectativas

---

<sup>11</sup> Listado disponible en: <https://www.invima.gov.co/medicamentos-vitales-no-disponibles> (corte 20-11-2025)

<sup>12</sup> Ibidem

<sup>13</sup> Listado disponible en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/MEDICAMENTOS-VITALES-NO-DISPONIBLES/sdmr-tfmf> (corte 26-11-2025)

del sistema de salud. Adicionalmente presentan mucha incertidumbre en sus frecuencias de uso una vez incluidos explícitamente en los recursos de la UPC.

La marcación se realiza de la siguiente forma:

- a) NA: No se encuentra incluida en el listado de importados como MVND.
- b) NO: Se encuentra en el listado de importados como MVND, pero su importación se realizó antes de que obtuviera su registro sanitario en el país, es decir que actualmente se comercializa en Colombia y ya no es un MVND, o su importación se presentó por un desabastecimiento temporal y tiene registros sanitarios vigentes en Colombia.
- c) SI: Se encuentra incluida en el listado de importados como MVND definido y publicado por el INVIMA, pero no cumple los criterios del literal a).

Por último, se realizaron marcaciones adicionales en cuanto al atributo de Monopólico de un medicamento según su oferta farmacéutica en Colombia, esto es, cuando hay sólo un registro sanitario o una marca comercializada, sin opciones adicionales de otras marcas o genéricos y el año de su ingreso al país.

## RESULTADOS

La aplicación de cada uno de estos atributos se realizó de forma secuencial para cada uno de los 281 GR analizados, partiendo de los atributos a favor de la propuesta de migración hacia la financiación con recursos de la UPC y luego aplicando aquellos bajo los cuales no se recomienda continuar el análisis. De esta forma se obtienen diferentes escenarios de posible migración a la UPC, sin embargo, no es posible definir grupos excluyentes de medicamentos frente a atributos ya que un mismo grupo que se agrupe bajo un atributo puede contener medicamentos que se marcan con otros atributos y que no permiten su generalización. Por ejemplo, al agrupar medicamentos que poseen indicaciones diferentes a enfermedades huérfanas hay que tener en cuenta que en este mismo grupo pueden presentarse medicamentos que se marcan con el atributo de Baja Utilidad Terapéutica, por

tanto y en su mayoría los grupos clasificados no son ajenos en su totalidad a la marcación por otros atributos.

Los datos por clúster o segmentación aclarando que no son mutuamente excluyentes ya que un medicamento puede encontrarse en varios grupos, se aprecia en la tabla 18:

**TABLA 18. VALORES POR SEGMENTACIÓN SEGÚN CRITERIOS APLICADOS PARA TENDENCIAS DE PRESCRIPCIÓN 2024.**

SEGMENTACIÓN	VALOR TOTAL	CUMS/IUMS	GR	PA
<b>MATRIZ HORIZONTE</b>	\$ 103.274.849.168,88	72	13	10
<b>CÁNCER *</b>	\$ 101.494.291.431,46	215	52	51
<b>LME</b>	\$ 69.109.785.272,46	354	72	63
<b>NO PERTINENTES POR SALUD PÚBLICA</b>	\$ 12.538.855.043,00	93	26	20
<b>UNIRS (TOTAL)</b>	\$ 35.995.857.333,46	306	64	58
<b>EXCLUSIÓN</b>	\$ 281.451.607,00	3	1	1
<b>EN ESTUDIO</b>	\$ 171.193.702,00	36	3	1
<b>M0. Medicamentos</b>	\$ 232.095.948.536,56	458	126	114
<b>M1</b>	\$ 456.012.856.185,44	177	48	45
<b>M2</b>	\$ 1.208.102.677.238,60	149	61	59
<b>BUT</b>	\$ 181.555.402.888,56	295	63	58
<b>MVND OFICIAL</b>	\$ 275.960.257.002,56	94	53	53
<b>MONOPÓLICO</b>	\$ 1.174.925.673.618,76	256	127	126

**Fuente:** Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025, actualizada por ADRES en 11-2025). \* Incluye valor indicaciones UNIRS en Cáncer.

### **Medicamentos de baja utilidad terapéutica.**

Este grupo se analizó detalladamente para conocer el comportamiento de prescripción y suministro en 2024 así:

**TABLA 19. COMPORTAMIENTO 2023-2024 DE MEDICAMENTOS DE POSIBLE BAJA UTILIDAD TERAPÉUTICA. MIPRES**

Principio activo	Total valor suministro 2024	proporción frente al total del grupo BUT
LIRAGLUTIDA	159.900.120.664,16	89,2110%
ORLISTAT	14.325.040.925,04	7,9922%
NIMESULIDA	2.754.016.037,00	1,5365%
SALICILATO DE METILO	774.535.993,00	0,4321%
KETOPROFENO	552.824.069,00	0,3084%
PINUS PINASTER CORTEZA	267.662.321,00	0,1493%
MINOXIDIL	171.193.702,00	0,0955%
ACIDO ASCORBICO+CLORURO DE CALCIO+ACIDO PANTOTENICO+GLUCONATO FERROSO+NICOTINAMIDA+PIRIDOXINA+RIBOFLAVINA+TIAMINA+VITAMINA A+CIANOCOBALAMINA+VITAMINA D3	143.398.665,00	0,0800%
MINOXIDIL+TRETINOINA+CLOBETASOL	51.989.011,00	0,0290%
PIROXICAM	50.902.405,00	0,0284%
CARBAMIDA	49.273.603,00	0,0275%
CLORHEXIDINA	33.481.488,36	0,0187%
VITAMINA A+TIAMINA+RIBOFLAVINA+PIRIDOXINA+CIANOCOBALAMINA+NICOTINAMIDA+ACIDO ASCORBICO+PANTOTENATO DE CALCIO+SULFATO DE ZINC	23.685.220,00	0,0132%
MINOXIDIL+TRETINOINA	17.182.075,00	0,0096%
ESCINA+HEPARINOIDE+SALICILATO DE DIETILAMINA	13.822.142,00	0,0077%
CALCIO+VITAMINA D+COBRE+ZINC+MAGNESIO+MANGANESO	11.693.370,00	0,0065%

Principio activo	Total valor suministro 2024	proporción frente al total del grupo BUT
FINASTERIDA	11.646.586,00	0,0065%
CARBONATO DE CALCIO+TETRABORATO DE SODIO+SULFATO CUPRICO PENTAHIDRATADO+CARBONATO DE MAGNESIO+SULFATO DE MANGANESO+CITRATO DE ZINC TRIHIDRATO+VITAMINA D3	9.432.935,00	0,0053%
L-MENTOL+SALICILATO DE METILO	8.623.091,00	0,0048%
ACIDO GLICOLICO+HIDROQUINONA	8.426.256,00	0,0047%
VITAMINA A+ACIDO ASCORBICO+TIAMINA+RIBOFLAVINA+NICOTINAMIDA+PIRIDOXIN A+CIANOCOBALAMINA+PANTOTENATO DE CALCIO+SULFATO DE ZINC	8.102.800,00	0,0045%
ACIDO ASCORBICO+D-PANTENOL+GLUCONATO FERROSO+NICOTINAMIDA+PIRIDOXINA+RIBOFLAVINA+TIAMINA+ VITAMINA A+VITAMINA B12+VITAMINA D3+SULFATO DE ZINC	7.532.482,00	0,0042%
VITAMINA A+TIAMINA+RIBOFLAVINA+PIRIDOXINA+CIANOCABALAMINA+ACI DO ASCORBICO+VITAMINA D3+VITAMINA E+NICOTINAMIDA+ACIDO FOLICO+BIOTINA+PANTOTENATO DE CALCIO+CARBONATO DE CALCIO+YODURO DE POTASIO+OXIDO DE MAGNESIO+FUMARATO FERROSO+SULFATO DE COBRE+ZINC+BETACAROTENO+MOLIBDATO DE SODIO+CROMO+SULFATO DE MANGANESO	6.781.673,00	0,0038%
VITAMINA A+VITAMINA D3+VITAMINA E+ACIDO ASCORBICO+TIAMINA+RIBOFLAVINA+NICOTINAMIDA+PIRIDOXIN A+ACIDO FOLICO+VITAMINA B12+BISGLICINATO FERROSO+CARBONATO DE CALCIO+OXIDO DE ZINC+ACIDO DOCOSAHEXAENOICO	4.830.102,00	0,0027%
ESCINA+SALICILATO DE DIETILAMINA	4.717.793,00	0,0026%
VITAMINA A+ACIDO ASCORBICO+VITAMINA D3+VITAMINA E+TIAMINA+RIBOFLAVINA+NICOTINAMIDA+PIRIDOXINA+ACIDO FOLICO+VITAMINA B12+FUMARATO FERROSO+CARBONATO DE CALCIO+OXIDO DE ZINC+ACIDO DECOSAHEXAENOICO	2.470.260,00	0,0014%
MELOXICAM	2.316.204,00	0,0013%
DES Loratadina+Fenilefrina	2.258.160,00	0,0013%
Fenilefrina+Fexofenadina	2.024.483,00	0,0011%
MENTOL+SALICILATO DE METILO	1.914.712,00	0,0011%
ACIDO HIPOCLOROSO	1.893.581,00	0,0011%

Principio activo	Total valor suministro 2024	proporción frente al total del grupo BUT
HIDROQUINONA	1.757.250,00	0,0010%
ACIDO FOLICO+ACIDO ASCORBICO+ACEITE DE PESCADO+CARBONATO DE CALCIO+FLUORURO DE SODIO+BISGLICINATO FERROSO+MOLIBDATO DE SODIO+NICOTINAMIDA+OXIDO DE ZINC+PANTOTENATO DE CALCIO+PIRIDOXINA+RIBOFLAVINA+SULFATO DE COBRE+SULFATO DE MAGNESIO+SULFATO DE MANGANESO+SULFATO DE POTASIO+SULFATO DE COBALTO+VITAMINA A+VITAMINA B12+VITAMINA E+VITAMINA D3+TIAMINA	1.678.957,00	0,0009%
CAPSAICINA	1.617.120,00	0,0009%
ALCANFOR+MENTOL+SALICILATO DE METILO	1.224.312,00	0,0007%
ALCOHOL ETILICO+CLORHEXIDINA	899.374,00	0,0005%
CLORHEXIDINA+ALCOHOL ISOPROPILICO	891.220,00	0,0005%
CETIRIZINA+FENILEFRINA	793.860,00	0,0004%
ACIDO RETINOICO+HIDROQUINONA+MOMETASONA	766.425,00	0,0004%
VITAMINA A+VITAMINA D3+VITAMINA C+VITAMINA B1+VITAMINA B2+NICOTINAMIDA+VITAMINA B6+ACIDO FOLICO+VITAMINA B12+FUMARATO FERROSO+OXIDO DE ZINC+CARBONATO DE CALCIO+VITAMINA E	734.152,00	0,0004%
ALCOHOL ISOPROPILICO+CLORHEXIDINA	679.534,00	0,0004%
ESCINA	625.380,00	0,0003%
SIMETICONA+BICARBONATO DE SODIO	617.200,00	0,0003%
EUCALIPTOL+ALCANFOR+MENTOL+TREMENTINA	486.400,00	0,0003%
CETRIMIDA+CLORHEXIDINA	342.683,00	0,0002%
HEPARINOIDES	290.992,00	0,0002%
OSELTAMIVIR	251.170,00	0,0001%
LOXOPROFENO	219.960,00	0,0001%
LEVOCETIRIZINA+FENILEFRINA	219.283,00	0,0001%

Principio activo	Total valor suministro 2024	proporción frente al total del grupo BUT
YODO	135.440,00	0,0001%
GLUCONATO FERROSO+NICOTINAMIDA+PIRIDOXINA+TIAMINA+RIBOFLAVINA	110.008,00	0,0001%
HIERRO+NICOTINAMIDA+PIRIDOXINA+RIBOFLAVINA+TIAMINA	24.827,00	0,0000%
ALCOHOL ISOPROPILICO+CETRIMIDA	2.668,00	0,0000%
Total general	179.238.161.023,56	

**Fuente:** Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025 actualizado ADRES 28-11-2025)

De esta forma se observa cómo sólo 2 principios activos relacionados con el manejo crónico del peso representan más del 96% del total de la categoría de posible baja Utilidad terapéutica y se recomienda en este sentido monitorearlos especialmente durante la próxima vigencia de forma independiente a la fuente de financiación que se decida para ellos.

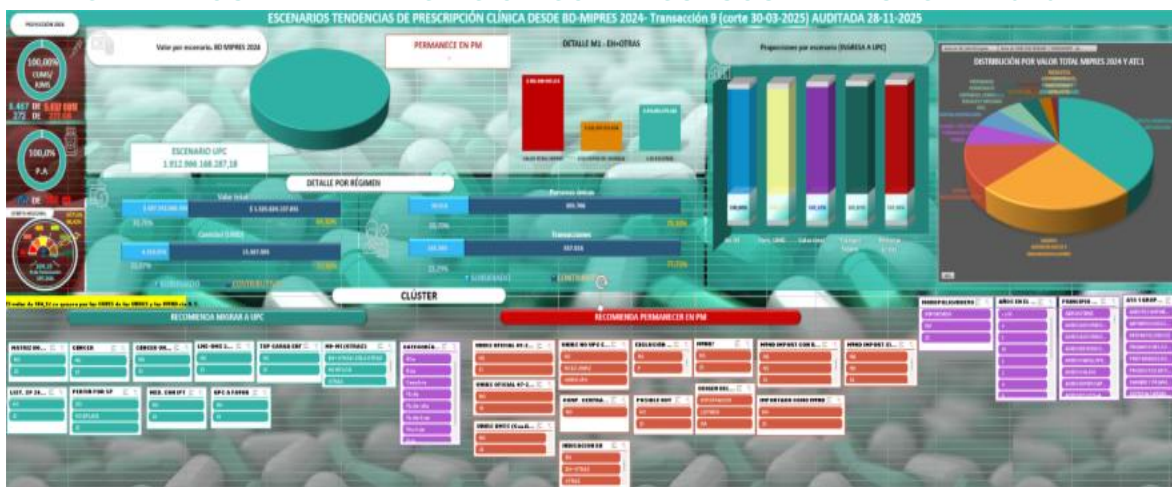
## REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE ESCENARIOS

Para plantear los diferentes escenarios se recurrió a la elaboración de un modelo que cruce cada uno de los atributos y permita reconocer cómo sería el entorno de financiación en cada uno de ellos.

El modelo se realizó mediante el desarrollo de un Dashboard en la herramienta Excel de Microsoft Office (Windows 10) a través del cual se presenta la visualización a continuación:



**FIGURA 3. DASHBOARD DE MODELADO PARA ESCENARIOS DE MIGRACIÓN DE MEDICAMENTOS A LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC EN 2026**



**Fuente:** Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025, actualizada por ADRES en 28-11-2025), y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC.

Este modelo permite crear clúster de agrupaciones con base en los atributos de marcación descritos en secciones anteriores y permite como salidas del modelo conocer cómo cambia la financiación en cada escenario propuesto para 2026, en las siguientes variables:

1. Número de CUM.
2. Número de principios activos.
3. Proyección de la financiación total de CUM con recursos de la UPC en 2026 frente a la oferta nacional 2025.
4. Valor total que representa cada escenario. Los valores mantienen el detalle del valor total de suministro de 2024, es decir, que no se han indexado o presentado en valores constantes de 2024 puesto que se espera que este ejercicio se desarrolle en el proceso final de costeo de impacto en la UPC a realizarse por la Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
5. Detalle del valor total por régimen de afiliación.
6. Cantidad en Unidades Mínimas de Dispensación – UMD que representaron en 2024 los medicamentos que se propone migrar.

7. Personas únicas relacionadas al suministro en 2024 de los medicamentos que se propone migrar.
8. Total de transacciones o registros relacionados al suministro en 2024 de los medicamentos que se propone migrar.
9. Proporción en valor en cada uno de los 14 grupos de clasificación ATC a nivel 1 – órgano o sistema en el cual ejerce su acción el fármaco.
10. Detalle de uso de medicamentos que tienen indicación dual en enfermedades huérfanas y otras condiciones en salud.
11. Medicamento con oferta monopólica o que es comercializado en Colombia por un único oferente.
12. Detalle de uso de medicamentos que tienen indicación dual en UNIRS y en indicaciones incluidas en su registro sanitario.
13. La carga de la enfermedad asociada a las patologías para las que están indicados los medicamentos analizados (EH, UNIRS u otras), jerarquizadas según el Pareto de impacto en enfermedades de interés en salud pública.
14. La completitud de grupos farmacológicos, entendida como la proporción de medicamentos en cada grupo ATC nivel 4 financiados con UPC respecto al total del mismo.

Con base en el modelamiento anterior, para el análisis y evaluación de migración de TS a la UPC, se consideraron los siguientes escenarios:

### **ESCENARIO No. 1**

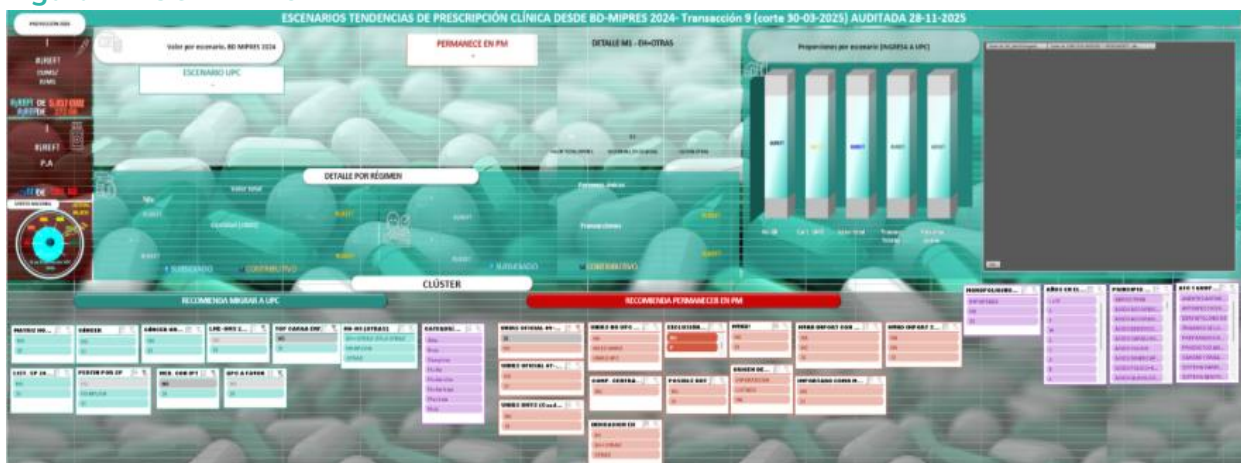
Sólo se aplicaron los siguientes filtros de recomendación de migración a UPC (No se aplican los criterios de recomendación de mantener en PM):

- Top carga de enfermedad
- Recomendado por LME-OMS
- Recomendación en GPC
- Informe de posicionamiento terapéutico
- Pertinente por salud pública.
- Indicaciones incluidas en el R.S.

No se aplicó el criterio de Matriz Horizonte con el fin de poder ampliar la selección. Tampoco se aplicó el criterio de cáncer, puesto que el mismo está incluido en el de top de carga de enfermedad.

En el resultado final no se encuentra ningún medicamento que cumpla los criterios.

**Figura 4. ESCENARIO 1**



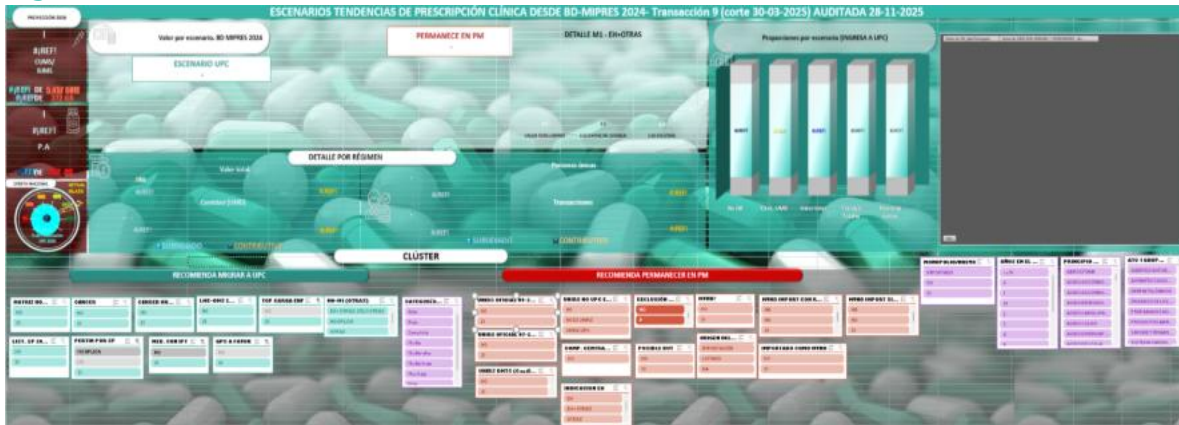
**Fuente:** Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025, actualizada por ADRES en 28-11-2025), y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC.

## ESCENARIO No. 2

Si no se tiene en cuenta el criterio de GPC, tampoco se encuentra un medicamento que cumpla los criterios:

- Top carga de enfermedad
- Recomendación en GPC
- Informe de posicionamiento terapéutico
- Pertinente por salud pública.
- Indicaciones incluidas en el R.S.

**Figura 5. ESCENARIO 2**



**Fuente:** Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025, actualizada por ADRES en 28-11-2025), y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC.

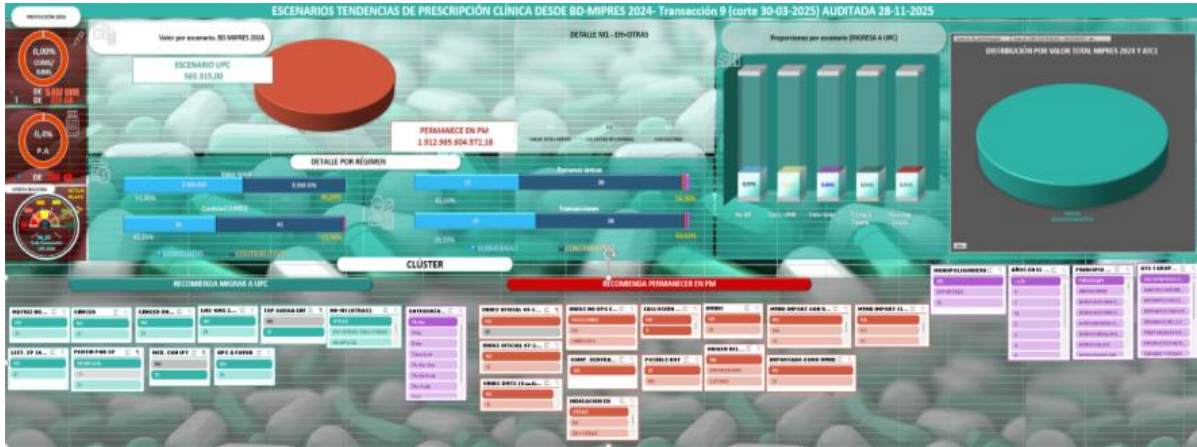
### ESCENARIO No. 3

Al aplicar los siguientes criterios sin tener en cuenta Recomendación en GPC, el resultado sólo arroja un 1 medicamento: Piroxicam (\$563.315) que está clasificado como de BUT:

- Top carga de enfermedad
- Informe de posicionamiento terapéutico
- Pertinente por salud pública.
- Indicaciones incluidas en el R.S.



Figura 6. ESCENARIO 3

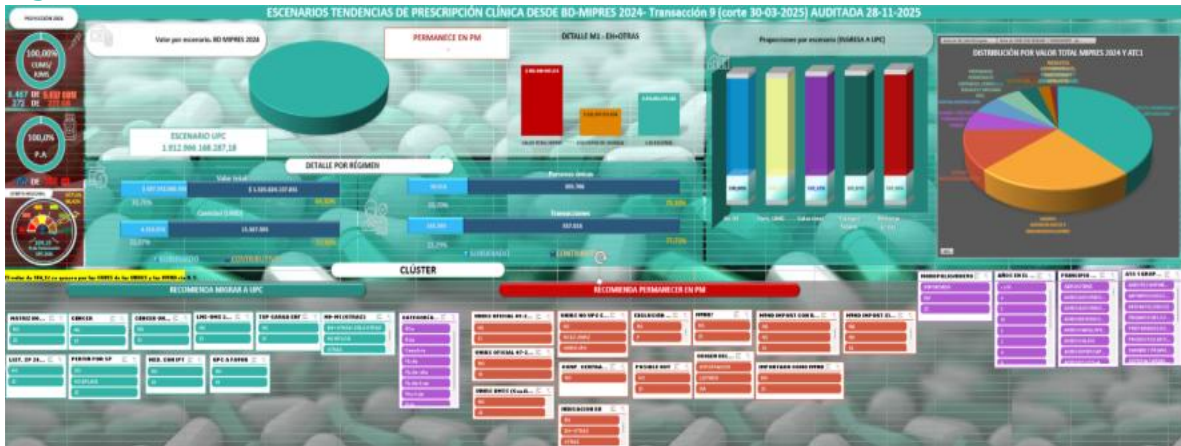


Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025, actualizada por ADRES en 28-11-2025), y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC.

## ESCENARIO No. 4

Matriz sin aplicar filtros (Todo UPC)

Figura 7. ESCENARIO 4



Fuente: Construcción propia a partir de base de datos de datos MIPRES-Suministros transacción 9, vigencia 2024 (corte de reporte de información a 03-2025, actualizada por ADRES en 28-11-2025), y proceso de marcación por atributos para migración a la financiación con recursos de la UPC.

El valor de 104,1% en la financiación si todo se incluyera en UPC se genera por los CUMS de los UNIRS y los MVND sin R.S.

Si se aplican los anteriores criterios de recomendación y sólo se hacen segmentaciones por un criterio, se obtienen resultados de medicamentos para migrar, pero con incongruencias en cuanto a la metodología. Por ejemplo, si sólo se tienen en cuenta los medicamentos que tengan indicaciones diferentes a enfermedad huérfana, se obtienen 153 principios activos (P.A.), pero cuando se aplican otros filtros, el número disminuye, como se indica a continuación:

- ✓ Que no esté en el listado de salud pública para la vigencia 2026: 143 P.A.
- ✓ Que sea pertinente por salud pública: 135 P.A.
- ✓ Que no sea un MVND: 113 P.A.
- ✓ Que no esté clasificado como BUT: 61 P.A.
- ✓ Que no sea UNIRS: 20 P.A.
- ✓ Que esté recomendado por la OMS: 1 P.A., donde este P.A. ya está financiado condicionadamente por la UPC.

#### 5.4.2 Análisis para Alimentos para Propósitos Médicos Especiales

En cuanto a los Alimentos para propósitos médicos especiales APME, el análisis de esta categoría de productos fue realizada en documento denominado “ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS ALIMENTOS PARA PROPÓSITOS MÉDICOS ESPECIALES FINANCIADOS CON RECURSOS DEL PRESUPUESTO MÁXIMO DURANTE 2020 A 2024”, en el cual se detallan aspectos metodológicos y resultados correspondientes.

**Tabla 20. Personas únicas y gasto por régimen. Ámbito: Ambulatorio y Tutela**

régimen / per cápita	2020		2021		2022		2023		2024	
	Personas únicas	Total valor suministro (precios constantes de 2024)	Personas únicas	Total valor suministro (precios constantes de 2024)	Personas únicas	Total valor suministro (precios constantes de 2024)	Personas únicas	Total valor suministro (precios constantes de 2024)	Personas únicas	Total valor suministro (precios constantes de 2024)
Régimen Contributivo	106.300	252.084,55	148.041	300.981,52	189.125	334.564,95	216.531	396.046,32	220.552	423.332,38
Régimen Subsidiado	48.895	85.058,02	94.003	157.926,73	128.944	204.355,25	145.639	248.397,68	147.727	247.231,45
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>155.195</b>	<b>337.142,57</b>	<b>242.044</b>	<b>458.908,25</b>	<b>318.069</b>	<b>538.920,20</b>	<b>362.170</b>	<b>644.444,00</b>	<b>368.279</b>	<b>670.563,83</b>
Per cápita R. Contributivo	2,37		2,03		1,77		1,83		1,92	
Per cápita R. Subsidiado	1,74		1,68		1,58		1,71		1,67	

**Fuente:** Creación propia a partir de Base MIPRES Suministro tipo 9. Valores totales de suministro y per cápita expresados en millones. Precios constantes de 2024.

A continuación, se enuncian las principales conclusiones y recomendaciones generadas, a partir del análisis de tendencias de prescripción de APME realizadas:

## CONCLUSIONES

Mantener la financiación de los APME ambulatorios con cargo al Presupuesto Máximo, dado el comportamiento observado durante el periodo 2020–2024, y avanzar en un esquema de monitoreo periódico y estructurado, previo a cualquier decisión de inclusión en la UPC, que permita:

- Vigilar la evolución de los valores per cápita por categoría y producto.
- Identificar oportunamente cambios abruptos en patrones de prescripción.
- Detectar incrementos no explicados en precios unitarios o en concentraciones de mercado.
- Profundizar el análisis de cantidades dispensadas y duración de tratamientos, incorporando variables clínicas adicionales cuando la información lo permita, con el fin de mejorar la interpretación de la relación entre unidades suministradas, requerimientos nutricionales y resultados esperados.

### 5.4.3 Análisis para procedimientos

Para el caso de los procedimientos no financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), no se aplicó una estrategia de análisis basada exclusivamente en tendencias de prescripción. Esta decisión metodológica se sustentó en los hallazgos del proceso de caracterización, análisis normativo, epidemiológico y económico desarrollado en el presente informe.

En primer lugar, el análisis de los registros de MIPRES evidenció que la frecuencia de uso poblacional de los procedimientos es baja y altamente concentrada, tanto en términos temporales como por tipo de procedimiento. Durante el periodo 2021–2024, un número reducido de procedimientos concentró la mayoría de las prescripciones, con comportamientos atípicos asociados a situaciones coyunturales, como el uso intensivo de procedimientos diagnósticos relacionados con la pandemia por COVID-19, cuya financiación correspondió a recursos administrados por la ADRES y no a la UPC. Esta concentración y variabilidad interanual limita la capacidad de identificar patrones estables



y estructurales de uso que justifiquen un análisis de tendencias con fines de actualización normativa.

Adicionalmente, el ejercicio de homologación entre los procedimientos de la CUPS y las causas de enfermedad del Global Burden of Disease (GBD 2021 – IHME) mostró que solo una proporción limitada de los procedimientos presenta correspondencia directa con categorías epidemiológicas de carga de enfermedad, lo cual refuerza la necesidad de priorizar criterios de relevancia epidemiológica, severidad y afectación poblacional, más allá de la simple evolución temporal de las prescripciones.

En este contexto, la evaluación de los procedimientos se orientó a la aplicación de un análisis integral de caracterización y priorización multicriterio, materializado en una matriz que integró variables como la frecuencia de uso poblacional (FUP), la severidad y afectación de las condiciones de salud asociadas, estimadas a través de los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) bajo la metodología SOA, el valor relativo del procedimiento desde la perspectiva de demanda de recursos, el horizonte temporal de costos ajustado por inflación y la existencia de estudios previos de impacto presupuestal.

Este enfoque permitió una priorización más robusta, objetiva y transparente, alineada con los principios de sostenibilidad financiera, eficiencia y equidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, el análisis de tendencias de prescripción no se consideró una estrategia metodológica pertinente para la actualización integral de los procedimientos financiados con recursos de la UPC para la vigencia 2026, priorizándose en su lugar un enfoque técnico, normativo y epidemiológico, complementado con requerimientos específicos formulados por otras dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social.

## **5.5 ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTAL DEL LABORATORIO CLÍNICO «DENGUE ANTÍGENO MANUAL» EN COLOMBIA**

El estudio se enfoca exclusivamente en el CUPS 906341 realizado por el IETS en el marco del Contrato interadministrativo C1497/2025, correspondiente al Laboratorio Clínico de la prueba Dengue Antígeno Manual, sin considerar las distintas opciones tecnológicas



disponibles en el mercado. Esta delimitación permite mantener la consistencia metodológica en la estimación del impacto presupuestal y facilita la comparabilidad de los resultados.

El estudio utilizó dos fuentes de información (MIPRES y RIPS) para triangular y complementar el análisis, mejorar la consistencia de las estimaciones y acotar la variabilidad inherente a los supuestos de precio y adopción. La presentación de ambos escenarios ofrece un rango plausible de impacto presupuestal, de modo que fue posible seleccionar la estimación que mejor represento la realidad de costos y, con ello, sustentar de forma transparente la decisión sobre inclusión y planeación financiera de este Procedimiento a ser financiado con recursos de la UPC.



## 5.6 ESTRATEGIA DE ACTO NORMATIVO

Como parte del proceso de actualización integral para la vigencia 2026, la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento adelantó una revisión exhaustiva del acto administrativo que regula los servicios y tecnologías financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Este ejercicio tuvo como propósito garantizar un articulado claro, técnicamente consistente y alineado con las necesidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), así como con los resultados metodológicos provenientes del IETS, las actualizaciones de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) y los requerimientos de los programas de salud pública.

Los ajustes realizados se agrupan en tres dimensiones: modificaciones en los anexos técnicos, precisiones derivadas de actualizaciones metodológicas y normativas, y ajustes de redacción y coherencia interna del articulado, según se detalla a continuación:

- Modificaciones al Anexo 4 – Medicamentos para Programas Especiales en Salud Pública: Se eliminaron pirimetamina, pirimetamina + sulfadoxina y rifabutina en virtud que son medicamentos que ya no se adquieren por parte del Ministerio de Salud y Protección Social debido a que no hacen parte de los Lineamientos nacionales para el manejo de estas enfermedades; se incluyó isoniazida + rifapentina; y se incorporó la vacuna hexavalente (haemophilus influenza tipo b, difteria, tétanos, tos ferina acelular, hepatitis b y poliomelitis) en consideración a la actualización del Lineamiento para el manejo de la tuberculosis y del Plan Ampliado de Inmunización respectivamente.
- Ajustes derivados de la metodología de actualización integral (IETS): Se incluyó el procedimiento CUPS 906341 “dengue antígeno manual” en el Anexo 3.
- Cambios derivados de la actualización CUPS (Resolución 2706 de 2025): Se eliminaron cinco categorías de tratamientos manipulativos osteopáticos y se creó la categoría 93.6.0. Así mismo, se desagregaron varias categorías de empaquetamiento y desempaquetamiento de órganos.

- Ajustes de redacción y coherencia normativa en el articulado, de las cuales se resaltan:

**Se ajustó el parágrafo 2 del artículo 36**, debido a que hay CDFs incluidas en Sección A1 del Anexo 1, y porque se han generado inquietudes a través del aplicativo ControlDoc® en relación con la financiación de algunas CDFs que contienen más de dos principios activos y que pueden dar aplicabilidad a este artículo.

Igualmente, **se eliminó el parágrafo del artículo 57** ante la necesidad de evitar redundancias y aclarar el alcance de las intervenciones financiadas en materia de salud mental, pues el psicoanálisis no constituye un servicio independiente ni requiere un código CUPS específico, dado que se encuentra comprendido dentro de las modalidades de psicoterapia ambulatoria ya financiadas por la UPC (individual, grupal, familiar y de pareja). En consecuencia, mantener un parágrafo diferenciado podía generar interpretaciones erróneas sobre su financiación o sobre la existencia de un procedimiento autónomo.

La supresión del parágrafo permite armonizar el articulado, reafirmar que el psicoanálisis es un enfoque clínico dentro del plan de manejo del profesional tratante y garantizar coherencia con la estructura de la CUPS y con la definición general de psicoterapia incluida en el acto administrativo.

A su turno, **se adicionó el Identificador Único de Medicamento (IUM) en el artículo 7** con el propósito de armonizar el acto administrativo con los sistemas de codificación vigentes y fortalecer la precisión en la identificación de medicamentos. El IUM complementa al Código Único de Medicamentos (CUM) y permite una trazabilidad más exacta de las presentaciones comercializadas en el país, evitando ambigüedades en la interpretación del alcance de la financiación, de modo que su incorporación garantiza que los actores del SGSSS cuenten con una referencia unificada y actualizada para la discriminación de medicamentos dentro de los servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC, especialmente en

aquellos casos donde la denominación comercial o la variabilidad de presentaciones podría generar confusiones.

Y, por último, se realizaron ajustes adicionales de precisión técnica en todo el articulado, lo cual en su conjunto fortaleció la claridad normativa, actualizó los anexos técnicos conforme a la evidencia disponible y garantizó coherencia con los procesos metodológicos y regulatorios vigentes, contribuyendo a una implementación más precisa para los actores del SGSSS.”

## 6. Resultado final del proceso de actualización integral

### i) La mayoría de los servicios y tecnologías de salud están cubiertos con la prima de aseguramiento.

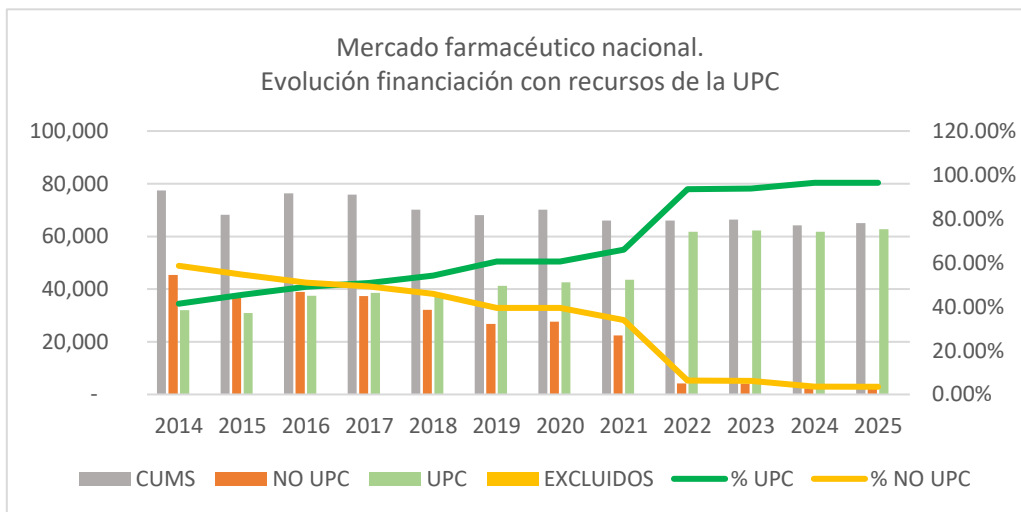
El conjunto de tecnologías y servicios de salud financiados con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) ha aumentado gradualmente para ofrecer más opciones terapéuticas a la población colombiana. Para ello, se estableció un procedimiento de actualización integral, basado en criterios legales y jurisprudenciales, de carácter técnico-científico, transparente y participativo. Este procedimiento reconoce los lineamientos de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, considerando aspectos como la carga de enfermedad, el perfil epidemiológico, la disponibilidad de recursos y los medicamentos extraordinarios no explícitos.

El proceso de actualización del plan de beneficios es continuo y participativo, e incluye fases de identificación, evaluación, selección o priorización y decisión sobre las tecnologías a incorporar, garantizando su disponibilidad en el sistema de salud colombiano y el cumplimiento de las condiciones legales. Según el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011, esta actualización integral debe realizarse cada dos años, considerando el perfil epidemiológico, la carga de enfermedad, la disponibilidad de recursos, el equilibrio financiero y la inclusión de medicamentos extraordinarios no explícitos. Este mandato busca asegurar la eficiencia y sostenibilidad del sistema, evitando financiar tecnologías que no aporten valor en salud pública o que comprometan su estabilidad financiera.

La aplicación del proceso de actualización de la financiación de servicios y tecnologías con recursos de la UPC ha permitido, en menos de una década, pasar de tener una

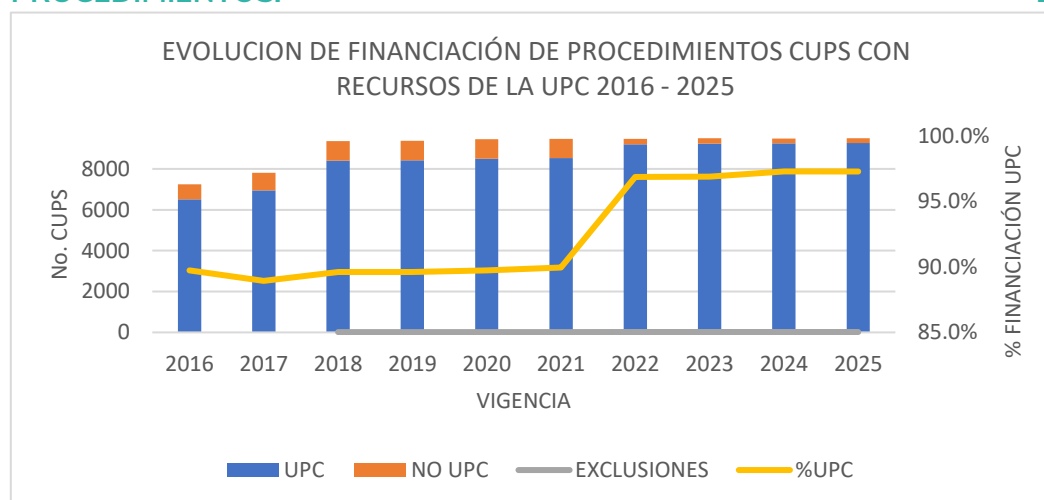
cobertura cercana al 45% en 2015 al 96,3% en la actualidad en relación con los Códigos Únicos de Medicamento (CUMS) vigentes en el país, que suman aproximadamente 65.000 códigos. Además, desde 2024 se financian con recursos de la UPC todos los Alimentos para Propósitos Médicos Especiales (APME) en el ámbito hospitalario y de urgencias. Este avance, respaldado por esfuerzos técnicos y fiscales del gobierno nacional, ha ampliado significativamente el abanico farmacológico y terapéutico. La memoria histórica evidencia que el proceso también ha incrementado la cobertura de procedimientos: en 2025 se alcanzó la financiación del 97,3% de los CUPS existentes, consolidando un sistema de salud robusto y alineado con las necesidades del país.

**FIGURA 8. EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA MEDICAMENTOS: 2014-2025**



**Fuente:** Actos administrativos de financiación de servicios y Tecnologías en Salud con recursos de la UPC en cada vigencia. Bases de datos de registros sanitarios del INVIMA.

**FIGURA 9 EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA PROCEDIMIENTOS: 2016-2025**



**Fuente:**

Actos administrativos de financiación de servicios y Tecnologías en Salud con recursos de la UPC en cada vigencia.

En conclusión, conforme se muestra en las gráficas, la actualización integral del Plan de Beneficios en Salud, sustentada en criterios legales y técnicos, ha permitido ampliar de manera continua y sostenible la cobertura de tecnologías y servicios financiados con la UPC, alcanzando niveles superiores al 96% en medicamentos y procedimientos, lo que consolida un sistema de salud más robusto y acorde con las necesidades de la población colombiana.

## ii) Conclusiones del proceso de actualización integral de la vigencia 2026 y razones por las que ciertos servicios y tecnologías no son incorporados.

La aplicación del proceso metodológico de actualización integral contempla las tecnologías en salud (TS) como pilares fundamentales para responder de manera efectiva a las necesidades sanitarias de la población colombiana. Este proceso pretende maximizar la eficiencia en la utilización de los recursos y ofrecer prestaciones adicionales a las incluidas en la cobertura de la UPC.

El desarrollo metodológico incluye la transición de un plan de beneficios basado en una lista positiva a uno con una lista de exclusiones (*"lista negativa"*). Este proceso se ha realizado de manera gradual y progresiva, y se basa en metodologías que han tenido variaciones en el tiempo, según la disponibilidad de información, herramientas de análisis

y la opinión de los actores del sistema de salud, bajo las cuales para este año (2025) se consideró necesario realizar algunos ajustes en esta metodología, que implicaron la inclusión de nuevos criterios de análisis esperando que mediante su aplicación, se fortaleciera una adecuada y oportuna migración de más TS hacia la financiación con recursos de la UPC en 2026.

En el ámbito de los medicamentos, entre las estrategias de evaluación se cuenta, en primer lugar, la denominada “*Integralidad*”, enfocada en eliminar salvedades de financiación por casos condicionados a un uso específico o inclusión de formas farmacéuticas de principios activos que ya estaban financiados con recursos de la UPC, a través de Análisis de Impacto Presupuestal (AIP).

En segundo lugar, se encuentra la estrategia denominada “*Eficiencia en la prescripción*”, que consiste en analizar las TS que, aunque no estén financiadas explícitamente con recursos de la UPC, han sido dispensadas con cargo a dicha prima, en cumplimiento del artículo sobre reconocimiento de servicios y tecnologías de salud no financiados explícitamente con cargo a la UPC de la Resolución que define los servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC, vigente en el momento de la prescripción. Actualmente, en la Resolución 2718 de 2024, corresponde al artículo 109.

La tercera estrategia, con un rango mayor de aplicación, se denomina “*Tendencias de prescripción*”, que consiste en el análisis de la prescripción clínica real de TS en el país, para lo cual se compilan todas las TS que han sido prescritas fuera de la financiación con UPC, basándose en la información reportada mediante la herramienta tecnológica MIPRES, donde se aplican diferentes criterios técnicos para concluir sobre su recomendación de migración hacia la financiación con recursos de la UPC. La cuarta y última estrategia contempla la revisión de todo el acto normativo con el fin de sugerir o realizar modificaciones que se estimen pertinentes para aclarar la financiación.

El desarrollo de este proceso de actualización culmina, según los resultados, con la formulación de recomendaciones en escenarios técnicos de migración o de mantener las condiciones de financiación actuales, que son evaluados presupuestalmente en cuanto a su impacto sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y posteriormente sometidos a aprobación final de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, que emite su recomendación final al señor Ministro de Salud y Protección Social para la decisión definitiva, que en todo caso y según lo consigna la ley, está sujeta a la disponibilidad financiera del Sistema de Salud.



Durante el desarrollo de la metodología definida para la actualización de medicamentos y Alimentos con Propósitos Médicos Especiales (APME) financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la vigencia 2026, se aplicaron de manera integral y sistemática las estrategias de análisis establecidas, orientadas a la identificación, priorización y evaluación de tecnologías en salud susceptibles de inclusión en dicha fuente de financiación. En particular, se implementaron las estrategias de integralidad, eficiencia en la prescripción, tendencias de prescripción tanto para medicamentos como para APME, y la revisión del acto normativo, utilizando las fuentes de información oficiales definidas en la metodología, así como los reportes de prestaciones con cargo a los recursos de la UPC recibidos de las aseguradoras o los registros administrativos de suministro mediante la herramienta tecnológica MIPRES, para prestaciones no financiadas con recursos de la UPC; así como los criterios técnicos, clínicos, epidemiológicos, regulatorios y económicos allí descritos.

Dicho proceso incluyó la verificación de autorizaciones de comercialización vigentes, la revisión de patrones reales de prescripción y dispensación en el sistema de salud, las recomendaciones de la matriz horizonte de la DRBCTAS, el análisis de pertinencia por salud pública, la existencia de guías de práctica clínica e informes de posicionamiento terapéutico, las prioridades en salud pública como las patologías de carga de enfermedad, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en su listado de Medicamentos Esenciales 2025, entre otros criterios. Como resultado de la aplicación de estas estrategias y del análisis conjunto de los criterios definidos, no se identificaron medicamentos ni APME que cumplieran de manera simultánea los criterios definidos en cada estrategia para recomendar su inclusión en la financiación con recursos de la UPC.

En consecuencia, y con fundamento en los resultados técnicos obtenidos a partir de la aplicación rigurosa de las 5 estrategias antes mencionadas, no fue posible recomendar la inclusión de nuevos medicamentos ni APME en la financiación con recursos de la UPC para la vigencia 2026, manteniéndose la financiación de las tecnologías analizadas bajo los mecanismos vigentes, en concordancia con el marco normativo aplicable y los principios de sostenibilidad, eficiencia y gestión integral del riesgo en salud, y recomendando un monitoreo y seguimiento continuo tanto a los medicamentos como a los APME que permitan obtener evidencias claras y unívocas sobre la necesidad de migración a la financiación con recursos de la UPC para la próxima actualización.

Sin embargo, y con base en necesidades manifestadas y soportadas por áreas del Ministerio de Salud y Protección Social encargadas del Programa Ampliado de

Inmunización (PAI) y programas de salud pública, se evaluó y encontró pertinente la inclusión en el anexo 4 “*Medicamentos para programas especiales en salud pública*” de la vacuna hexavalente (haemophilus influenza tipo b, difteria, tétanos, tos ferina acelular, hepatitis b y poliomelitis) y el medicamento isoniazida + rifapentina, al igual que, algunas aclaraciones en términos del acto administrativo que define la financiación de tecnologías de salud con cargo a recursos de la UPC.

En el caso del análisis integral realizado para la actualización de procedimientos no financiados con recursos de la UPC en la vigencia 2026, se concluyó que únicamente el procedimiento “*Dengue ANTÍGENO MANUAL*” cumple con los criterios técnicos y epidemiológicos necesarios para recomendar su inclusión. Esta decisión se fundamenta en una metodología multicriterio que integra dimensiones de salud pública (severidad, ocurrencia y afectación), frecuencia de uso poblacional, valor económico ajustado por IPC y existencia de estudios previos de impacto presupuestal.

Justamente, el análisis evidenció que, de los 271 procedimientos evaluados, 264 fueron prescritos a menos de 10 personas únicas entre 2021 y 2024, lo que indica una baja demanda y escaso impacto poblacional. Además, la mayoría de los procedimientos no presentan respaldo suficiente en estudios de carga global de enfermedad ni en análisis de costo-efectividad, lo que limita su pertinencia epidemiológica y financiera. Ahora bien, el contexto sanitario reciente, marcado por brotes de fiebre amarilla y vigilancia intensificada del dengue, refuerza la necesidad de priorizar intervenciones con alto valor en salud pública y capacidad de distribución eficiente del riesgo en la prima de la UPC.

Actualmente el porcentaje de servicios y tecnologías de salud que no se financian con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) corresponde a intervenciones que merecen un monitoreo especial, como por ejemplo: i) medicamentos con indicaciones UNIRS (por la incertidumbre relacionada con la variabilidad de sus usos), ii) medicamentos para pacientes con enfermedades huérfanas (reconocidos por su alto costo y debido a su baja frecuencia no es posible mancomunar el riesgo), iii) medicamentos de baja utilidad terapéutica, debido a que su uso no representa un impacto en la mejora del SGSSS, iv) medicamentos de reciente ingreso al país sobre los que es recomendable contar con más información en cuanto a frecuencias de uso, severidades, y comportamiento relacionado con estudios de fase 4 que generan evidencia de su seguridad y efectividad cuando un medicamento aprobado ya se encuentra en el mercado y es utilizado en poblaciones más grandes y diversas, entre otros. De modo que su permanencia fuera de la UPC permite realizar un seguimiento riguroso de su efectividad, seguridad y pertinencia clínica, asegurando que su

incorporación se realice con base en evidencia consistente y en condiciones que favorezcan a la población.

Por último, la regulación ha previsto mecanismos complementarios, como los presupuestos máximos y recobros ante la ADRES, cuya prescripción se realiza mediante la plataforma MIPRES, que facilitan la gestión de estas tecnologías de manera controlada, permitiendo su trazabilidad. Mantenerlas bajo esquemas diferenciados garantiza un acceso supervisado, evitando que se generen cargas desproporcionadas en el esquema de capitación y asegurando la posibilidad de incorporar progresivamente nuevas tecnologías conforme a criterios de costo-efectividad, seguridad y evidencia científica.

Dicho lo anterior, la financiación de medicamentos con recursos de la UPC con corte a diciembre de 2025 es la siguiente:

**TABLA 21. FINANCIACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA VIGENCIA 2026**

FINANCIACIÓN	No. CUMS	%
Financiado UPC	60.615	93,26%
Financiado UPC Condicionado	2.042	3,14%
<b>TOTAL FINANCIACIÓN UPC</b>	<b>62.657</b>	<b>96,4%</b>
Financiado No UPC	2.274	3,50%
Exclusiones	56	0,10%

**Fuente:** BD CUM Cobertura DRBCTAS con corte a 24-10-2025.

Para el caso de los procedimientos, la financiación con recursos de la UPC con corte a diciembre de 2025 es la siguiente:

**TABLA 22. FINANCIACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA VIGENCIA 2026**

FINANCIACIÓN	No. CUPS	%
Financiado UPC	9.280	97.30%
Financiado UPC Condicionado*	1	0.01%
<b>TOTAL FINANCIACIÓN UPC</b>	<b>9.281</b>	<b>96,4%</b>
Financiado No UPC	239	2.51%
Exclusiones	18	0,19%

\* Procedimiento condicional 908856, UPC cuando es COVID-19, Presupuesto Máximo con Otros VIRUS

**Fuente:** BD CUPS vigencia 2026.