



Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden





Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia



COMPARADOR ADMINISTRATIVO

Contrato de Consultoría No. 043 de 2013
Ministerio de Salud y Protección Social
Unión Temporal FOSYGA 2014



OBJETIVOS DE LA CAPACITACIÓN

1. Generalidades de la Nota Externa de Comparadores Administrativos (201433200152233)
2. Identificar los errores más frecuentes de las entidades recobrantes en la aplicación de la medida de comparador externo (Nota Externa 201433200152233).
3. Establecer las alternativas para subsanar las causales de glosa.
4. Exponer algunos casos en donde las cantidades del comparador administrativo no corresponden a cantidades coherentes y equivalentes comparables con el referente No POS.



PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL COMPRADOR ADMINISTRATIVO

Según la Nota Externa 201433200152233 se deben aplicar los siguientes procedimientos:

En consecuencia, la aplicación del comprador debe seguir el siguiente procedimiento:

1. Verifique si el medicamento no POS objeto de recobro se encuentra listado dentro del Anexo Técnico adjunto y por lo tanto cuenta con un comprador administrativo.
2. Si lo tiene, valide que la indicación para la cual se está usando el medicamento no POS autorizado corresponde a la indicación prevista para el comprador administrativo.
3. Calcule el monto del comprador administrativo que se deducirá al medicamento objeto de recobro, de conformidad con la metodología citada

En cada recobro identificar:

- Referente No POS
- Uso
- Comparador administrativo
- Forma Farmacéutica
- UMC (Unidad Mínima de Concentración)
- Monto por Unidad Mínima de Concentración (pesos)

REFERENTE NO POS	USO	COMPARADOR ADMINISTRATIVO	Forma Farmacéutica	UMC	Monto por Unidad Mínima de Concentración (Pesos)
LAPATINIB	Cáncer de mama metastásico	TRASTUZUMAB	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN INYECTABLE	mg	8.926,39



CRITERIO DE AUDITORÍA PARA PARA LA APLICACIÓN DEL COMPARADOR ADMINISTRATIVO

GLOSAS:

- No se diligenció el comparador en el acta de CTC. Glosa 0109. Afecta Estado
- Se diligenció el comparador en el acta de CTC, pero no se liquidó correctamente el monto por unidad mínima de concentración (UMC) multiplicado por las cantidades de UMC del comparador diligenciadas en el acta de CTC. Glosa 1706 (Reliquidación – no afecta Estado)
- Se diligenció el comparador en el acta de CTC, pero no se liquidó correctamente el monto por unidad mínima de concentración (UMC) multiplicado por las cantidades de UMC del comparador diligenciadas en el acta de CTC, y al hacer la reliquidación el valor del comparador POS es superior al valor del recobro. Glosa 0602. Afecta Estado

NO SE APLICA EL COMPARADOR ADMINISTRATIVO CUANDO CORRESPONDE (0109)

III. Diagnóstico y Justificación técnica del caso objeto de estudio

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	Z944 - TRASPLANTE DE HÍGADO
Justificación técnica del caso objeto de estudio	Paciente menor de un año de edad con diagnóstico de trasplante de Hígado, hace 1 semana con tos y estornudo, al día siguiente fiebre y ronquido torácico valorada hace 6 días y hace 4 días por medio de urgencias, aun persiste con fiebre de hasta 38.4°C diario, emesis (hoy #3), tos persiste y congestión además de ronquido, trasplante hepático pediátrico, con necesidad de tratamiento inmunosupresor para evitar el rechazo y pérdida del injerto, evolución estable, tolera rfa vía oral, paraclínicos con carga de CVM.

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

TECNOLOGIAS EN SALUD APROBADAS

TACROLIMUS -INDICACIONES DIFERENTES A RESOLUCIÓN 5521-	L04AD02	1 MG	CAPSULA DURA	60	4	240
--	---------	------	--------------	----	---	-----

TACROLIMUS	Profilaxis de trasplante de hígado, pulmón y corazón	CICLOSPORINA	EMULSION ORAL	mg	51,73
			SOLUCIÓN/SUSPENSIÓN INYECTABLE		
			TABLETA / CAPSULA		

correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. Días Tratamiento	No. Dosis Día	Cantidad Autorizada
PREDNISOLONA	H02AB06	5 MG	TABLETA	30	1	30



NO SE APLICA EL COMPARADOR ADMINISTRATIVO CUANDO CORRESPONDE

d. Fecha solicitud: 07/10/2014 e. Fecha Radicación de la Solicitud al CTC: 20/10/2014

III. Diagnóstico y Justificación técnica del caso objeto del estudio

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud	CODIGO DX	NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO
	L409	PSORIASIS, NO ESPECIFICADA

Justificación técnica del caso objeto de estudio
 Paciente de 52 año(s) años, de sexo Masculino atendido por el Dr(a) Ixhel Garcia Castillo, especialista en Reumatología, con registro médico N el estudio medico, diagnostica Psoriasis, No Especificada y solicita Etanercept. Es una forma soluble dimérica de receptor de fnt p75 (factor de dos moléculas de fnt. Etanercept inhibe la unión tanto del fnt (fnta) como de la linfotoxina alfa [Ita] (fntB) a los receptores fnt de la superficie celular, el fnt y previene las respuestas celulares mediadas por el fnt. El fnt es una citoquina dominante en el proceso inflamatorio de la artritis reumatoide expresadas en pacientes con artritis juvenil crónica. Por eso es utilizado en el tratamiento de la artritis reumatoide activa (ar) cuando el tratamiento inapropiado. Por lo anteriormente expuesto se considera pertinente el servicio solicitado y en consecuencia es Aprobada

IV. Solicitud de la tecnología en salud no POS

a. Medicamentos NO Incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. Días Tratamiento	No. De Do
Etanercept	L04AB01	50 /Miligramos	Polvo	90	4-ampolla

b. Medicamentos Incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o sustituyen o su correspondiente Comparador Administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio activo	ATC	Concentración	Forma Farmacéutica	No. Días Tratamiento	No. De Do
Metotrexato	L04AB01	50 mg	ampolla	90	4-ampolla

ETANERCEPT	Psoriasis moderada a severa y Artritis psoriásica	CICLOSPORINA	EMULSION ORAL	mg	51,73
			SOLUCIÓN/SUSPENSIÓN INYECTABLE		
			TABLETA / CAPSULA		



EL MONTO POR UMC (PESOS) ES INCORRECTO

dMedSerPrest	NomMedSerPrest	Tipltem	Cantidad	VirUnit	Virfactura	Vircuota	VirRecobrado
15482-01-2BD05	NOVOSEVEN® RT 2 MG	MD	5,00	2.966.601,00	14.833.005,00	0,00	14.830.005,00

Numero de guía de envío
Devolución
Fecha de Recepción de la Guía de Envío
Fecha de Pago del recobro

FACTOR VII	Hemofilia congénita o con inhibidores de los factores de coagulación VIII y IX	FACTOR VIII DE COAGULACIÓN	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN INYECTABLE	UI	1.513,93
		FACTOR IX DE COAGULACIÓN	POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUIR A SOLUCIÓN INYECTABLE	UI	1.829,63

tal	CodSimilar	NomSimilar	FrecUsoll	TiempoDiasSim	CantidadSim	VirUnitSim	VirTotalSim
05,00	19900494-01-0B02BD02	FACTOR ANTIHEMOFILICO AMPOLLA NO MENOS DE 100 UI DE FACTOR VIII	0,13	29	4	750,00	3.000,00

- Revisión Calidad
 Recobro SOAT

Ir a:

[Ver Aud. Juridic](#)



EL MONTO POR UMC (PESOS) ES INCORRECTO

Datos del Recobro

CodMedSerPrest	NomMedSerPrest	Tipltem	Cantidad	VirUnit	Virfactura	Vircuota	VirRecobrad
19941419-02-0H05AA02	FORTEO® 250MCG/ML	MD	3,00	811.784,00	2.435.352,00	0,00	2.337.081,00

de Recobros

Número de guía de envío
Devolución

Fecha de Recepción de la
Guía de Envío

Fecha de Pago del recobro

TERIPARATIDE	Coadyuvante en osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fracturas	ACIDO ZOLEDRÓNICO	SOLUCIÓN/SUSPENSIÓN INYECTABLE	mg	221.032,45
--------------	---	-------------------	--------------------------------	----	------------

Total	CodSimilar	NomSimilar	FrecUsoll	TiempoDiasSim	CantidadSim	VirUnitSim	VirTotalSim
352,00	G03HM015120	ZOLEDRONICO ACIDO X4MG POLVO SOL INY VIAL X5ML AMP	1,00	30	3	32.757,00	98.271,00

- Revisión Médica
- Revisión Calidad
- Recobro SOAT

Ir a:

[Ver Aud. Jurid](#)



EL MONTO POR UMC (PESOS) ES INCORRECTO

Datos del Recobro

CodMedSerPrest	NomMedSerPrest	Tipltem	Cantidad	VirUnit	Virfactura	Vircuota	VirRecobrad
20001583-01-0C02KX02	VOLIBRIS 5 MG	MD	30,00	124.511,00	3.735.330,00	0,00	3.688.994,70

de Recobros

Número de guía de envío
Devolución

Fecha de Recepción de la
Guía de Envío

Fecha de Pago del recobro

Diagnostico

Diagnostico

I270

AMBRISANTAN	Hipertensión arterial pulmonar Clase II y III	BOSENTAN	TABLETA / CÁPSULA	mg	1.544,51
-------------	---	----------	-------------------	----	----------

Revisión Médica

Revisión Calidad

Recobro SOAT

Ir a:

[Ver Aud. Jurid](#)

Total	CodSimilar	NomSimilar	FrecUsoll	TiempoDiasSim	CantidadSim	VirUnitSim	VirTotalSim
5.330,00	19988005-01-0C02KX01	TRACLEER® 125 MG TABLETAS RECUBIERTAS DE PELICULA.	1,00	30	30	1.544,51	46.335,30



EL VALOR DEL COMPARADOR ADMINISTRATIVO POS ES SUPERIOR AL VALOR RECOBRADO

Datos del Recobro

CodMedSerPrest	NomMedSerPrest	Tipltem	Cantidad	VlrUnit	VlrFactura	VlrCuota	VlrRecobrad
20001583-01-0C02KX02	VOLIBRIS 5 MG	MD	30,00	124.511,00	3.735.330,00	0,00	3.688.994,70

de Recobros

Número de guía de envío
Devolución

Fecha de Recepción de la
Guía de Envío

Fecha de Pago del recobro

Diagnostico

Diagnostico

I270

Vlr Recobro 3.688.994,70 Vlr Aprobado 0,00 Vlr Glosado 3.688.994,70

Datos Medicamentos NO POS

Total	CodSimilar	NomSimilar	FrecUsoll	TiempoDiasSim	CantidadSim	VlrUnitSim	VlrTotalSim
5.330,00	19988005-01-0C02KX01	TRACLEER® 125 MG TABLETAS RECUBIERTAS DE PELICULA.	1,00	30	30	1.544,51	46.335,30

Estado Revisión

- Revisión Médica
- Revisión Calidad
- Recobro SOAT

Ir a:

[Ver Aud. Juridic](#)



EL VALOR DEL COMPARADOR ADMINISTRATIVO POS ES SUPERIOR AL VALOR RECOBRADO

Medicamento objeto de recobro	Ambrisentan
Indicación	Hipertensión arterial pulmonar clase II y clase III
Cantidad suministrada	30 tabletas
Valor de Medicamento No POS facturado	\$ 3.735.330
Comparador Administrativo	Bosentan
Cantidad Administrada	30 tabletas de 125 mg = 3.750 mg (Q)
Monto por UMC	1mg=1.544,51(P) Total tratamiento= (P)1.544,51 x (Q) 3.750 mg = \$5.791.912.5
Valor a reconocer	(Valor recobrado)\$3.735.330-(Valor del comparador)\$5.791.912.5 = -\$2.056.582,5



EL VALOR DEL COMPARADOR ADMINISTRATIVO POS ES SUPERIOR AL VALOR RECOBRADO

MEDICAMENTO OBJETO DE RECOBRO	NombreProducto	Nombre Genérico del Medicamento a Recobrar	FormaFarmaceutica del Medicamento a Recobrar	ULTIMO PMV X UNIDAD FARMA CEUTICA
Nota Externa 20140703065325 de 2014	INVIMA	PRECIOS MÁXIMOS DE VENTA	INVIMA	PRECIOS MAXIMOS DE VENTA
AMBRISANTAN	VOLIBRIS 10 MG TABLETAS RECUBIERTAS	AMBRISANTAN 10 mg TABLETA	TABLETA	\$ 249.022,90
AMBRISANTAN	VOLIBRIS 5 MG	AMBRISANTAN 5 mg TABLETA	TABLETA CUBIERTA CON PELICULA	\$ 124.511,43

Monto x UMC (pesos)	UMC	VALOR DE LA UNIDAD FARMA CEUTICA (COMPARADOR ADMINISTRATIVO)	ORDEN	COD_UTNF	EXPEDIENTE	NOMBRE GENERICO	NOMBRE_COMERCIAL
\$ 1.544,51	mg	\$ 193.063,75	1795	9988005-01-0C02KXC	19988005	BOSENTAN 125 mg TABLETA	TRACLEER 125 MG TABLETAS RECUBIERTA
\$ 1.544,51	mg	\$ 96.531,88	1796	9988006-01-0C02KXC	19988006	BOSENTAN 62,5 mg TABLETA	TRACLEER 62.5 MG TABLETAS RECUBIERTA

Monto x UMC (pesos)	UMC	VALOR DE LA UNIDAD FARMA CEUTICA (COMPARADOR ADMINISTRATIVO)	CANTIDAD TOTAL COMPARADOR ADMINISTRATIVO	VALOR TOTAL COMPARADOR ADMINISTRATIVO	VALOR TOTAL RECOBRADO	DIFERENCIA VALOR TOTAL FACTURADO - VALOR TOTAL COMPARADOR ADMINISTRATIVO
			EN UMD	CALCULO	\$	DIFERENCIA
\$ 1.544,51	mg	\$ 193.063,75	30	\$ 5.791.912,50	\$ 3.735.330,00	-\$ 2.056.582,50

CRITERIOS DE AUDITORIA: TERIPARATIDE PARA OSTEOPOROSIS

TERIPARATIDE	Coadyuvante en osteoporosis en mujeres posmenopáusicas con alto riesgo de fracturas	ACIDO ZOLEDRÓNICO	SOLUCIÓN/SUSPENSIÓN INYECTABLE	mg	221.032,45
--------------	---	-------------------	--------------------------------	----	------------

- Se ha evidenciado un volumen importante de recobros de Teriparatide para mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de Osteoporosis sin que se especifique en el acta de CTC si la Osteoporosis es de Alto Riesgo de Fractura.
- De acuerdo a la indicación INVIMA, a la evaluación del IETS y a la terapéutica internacional, el uso de Teriparatide solamente está indicado en Osteoporosis con Alto Riesgo de Fractura.
- UTF2014 aplica comparador administrativo a todos los recobros en cuya acta de CTC se evidencia que el usuario corresponde a mujer, mayor de 50 años (Posmenopáusica de acuerdo a las poblaciones utilizadas en los estudios de investigación) con diagnóstico de Osteoporosis.
- Toda osteoporosis tratada con Teriparatide se considera de Alto Riesgo de Fractura.



TERIPARATIDE PARA OSTEOPOROSIS

Datos Generales del Producto

Expediente	19941419	Nombre producto	FORTEO® 250MCG/ML				
Registro Sanitario	INVIMA 2014M-0003264-R1	Vencimiento	2019/07/14	Modalidad	IMPORTAR Y VENDER	Estado Registro	Vigente
Observaciones	LAS CONTRAINDICACIONES Y ADVERTENCIAS DEBEN APARECER EN LAS ETIQUETAS Y EMPAQUES, MAS LA FECHA DE VENCIMIENTO Y EL NÚMERO DE LOTE. EL TITULAR Y FABRICANTE AUTORIZADO EN EL REGISTRO SANITARIO, ADQUIEREN LA OBLIGACIÓN DE MANTENER LAS BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA DURANTE LA VIGENCIA DEL REGISTRO SANITARIO.						

Datos de Interés del Medicamento

Forma Farmaceutica	SH - SOLUCIONES			Franja	NINGUNA	
Indicaciones	COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSMENOPAUSICAS CON ELEVADO RIESGO DE FRACTURAS. INDICADO PARA AUMENTAR LA MASA OSEA EN HOMBRES CON OSTEOPOROSIS. TRATAMIENTO DE MUJERES Y HOMBRES CON OSTEOPOROSIS ASOCIADA CON UNA TERAPIA SISTEMICA SOSTENIDA DE UN GLUCOCORTICOIDE(DOSIS DIARIAS EQUIVALENTE A 5MG O MAYORES DE PREDNISONA) Y CON ELEVADO RIESGO DE FRACTURA. ESTO INCLUYE MUJERES Y HOMBRES CON HISTORIA DE FRACTURAS OSTEOPOROTICAS O QUIENES TIENEN UNA DMO BAJA.					
Contraindicaciones	NO DEBE SER UTILIZADO EN PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD A CUALQUIERA DE LOS COMPONENTES. ÚSESE SOLO POR INDICACIÓN Y BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA. NO HA SIDO ESTUDIADO EN POBLACIONES PEDIÁTRICAS. NO DEBERÁ SER UTILIZADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS O EN ADULTOS JÓVENES CON EPÍFISIS ABIERTAS. DEBE EXCLUIRSE DEL TRATAMIENTO A LOS PACIENTES CON HIPERCALCEMIA PREEXISTENTE. DEBE SER UTILIZADO CON PRECAUCIÓN EN PACIENTES CON UROLITIASIS ACTIVA O RECIENTE DEBIDO AL POTENCIAL DE EXACERBAR ESTA CONDICIÓN. NO DEBE ADMINISTRARSE EN MUJERES EMBARAZADAS O QUE DESEEN AMAMANTAR.					
Inserto ? <input checked="" type="checkbox"/>	Vida Util	DOS AÑOS	Condicion Venta	CON FORMULA FACULTATIVA		Generico ? <input type="checkbox"/>
Vía Administracion	SC - SUBCUTANEA					



TERIPARATIDE PARA OSTEOPOROSIS



Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud

Evidencia que promue

Población objetivo:

Mujeres entre 50 y 79 años con osteoporosis + mujeres mayores de 80 años con osteoporosis + hombres mayores de 50 años con osteoporosis = 764.357

Ahora bien, considerando que la indicación de la tecnología es adultos con riesgo elevado de fractura, el número anterior fue refinado con un porcentaje de 41%, correspondiente al porcentaje de mujeres con osteoporosis que sufrieron una fractura de cadera en un estudio que incluyó 16.505 mujeres en Canadá (Cranney y cols., 2007).

3. Tratamiento

Nueva tecnología: teriparatide.

TERIPARATIDE PARA OSTEOPOROSIS

- Teriparatide debe ser comparado técnicamente con el Ácido Zoledrónico.
- Se ha evidencia que la homologación de Teriparatide se hace 1:1 con Ácido Zoledrónico, lo cual necesariamente genera glosa 0602.
- Lo anterior debido a que la unidad de dispensación de Teriparatide tiene Precio Máximo de Medicamento regulado por la CNPMDM de \$811.784,00 y la unidad de dispensación de Ácido Zoledrónico (ampolla por 4mg/5ml) tiene un valor por comparador administrativo de \$884.129,80

≠





TERIPARATIDE PARA OSTEOPOROSIS

CIRCULAR 04 AÑO 2013 FECHA INICIAL 14 DE SEPTIEMBRE AÑO 2013	CIRCULAR 05 AÑO 2013 FECHA INICIAL 18 DE SEPTIEMBRE AÑO 2013
UNIDAD FARMACEUTICA CIRCULAR 04 AÑO 2013	UNIDAD FARMACEUTICA CIRCULAR 05 AÑO 2013
CIR04_2013_VUF	CIR05_2013_VUF
\$ 658.108,00	\$ 811.784,00
\$ 822.965,00	\$ 811.784,00

COMPARADOR ADMINISTRATIVO/FORMA FARMACEUTICA	Monto x UMC (pesos)	UMC	VALOR DE LA UNIDAD FARMACEUTICA (COMPARADOR ADMINISTRATIVO)
ACIDO ZOLEDRONICO SOLUCION / SUSPENSION INYECTABLE	\$ 221.032,45	mg	\$ 884.129,80

DIAGNÓSTICOS EN ACTA DE CTC SON DIFERENTES A DIAGNÓSTICOS DE LOS SOPORTES

Diagnóstico en Acta de CTC NO corresponde al uso

Diagnóstico en soportes adjuntos SÍ corresponde al uso

Diagnóstico CIE 10 que Motiva la Solicitud:	CÓDIGO DX	
	M45X	Espondilitis anquilosante

IV. Solicitud de la Tecnología en Salud NO POS

a. Medicamentos no incluidos en el POS

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	f
ADAUMUMAB SOL. INY. x40mg JER. PRELL. x0.8ml (KIT X 2 AMPOLLAS) (KIT) [KIT]	L04AB0 4	40mg	SOLUCIÓN II JERINGA PRI

#	Medicamento - Presentación - Concentración	Viz
1	Adalimumab Ampollas x 40 mg	SC
Indicaciones o consideraciones: X 3 MESES DX: ARTROPATIA PSORIASICA		

b. Medicamentos incluidos en el POS del mismo grupo farmacéutico que lo reemplazan o su comparador administrativo si lo tiene

Nombre en DCI o Principio Activo	ATC	Concentración	i
AZATIOPRINA TAB. x50mg (TAB) [TABLETA]	L04AX0 1	50mg	TABLETA CO RECUBRIMII MODIFIQUE



Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia



GRACIAS