

ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL POS 2013

**DESARROLLO METODOLÓGICO DE LOS PROCESOS GENERALES DE
DEPURACION Y ORDENAMIENTO DE TECNOLOGIAS EN SALUD A EVALUAR,
AUMENTO DE COBERTURA Y SUPRESIÓN PARA EFECTOS DE LA
ACTUALIZACION DEL POS 2013**

**DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL
ASEGURAMIENTO EN SALUD**

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

MAYO DE 2013



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	3
1 ANTECEDENTES NORMATIVOS	4
2 ALCANCES.....	6
3 DEFINICIONES	7
4 ETAPAS DEL PROCESO	10
4.1 ETAPA PREPARATORIA.....	10
4.2 CONFORMACION DEL EQUIPO DE TRABAJO	11
4.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE EVALUACION DE TECNOLOGIAS (ETES)	12
5 DESARROLLO METODOLÓGICO.....	13
5.1 CARACTERIZACIÓN DE LAS NECESIDADES EN SALUD PARA LA POBLACIÓN AFILIADA.....	13
5.2 PROCEDIMIENTO DE DETERMINACION DE LAS POSIBLES TECNOLOGÍAS A TENER EN CUENTA PARA EVALUACION PARA POSIBLE INCLUSION Y/O EXCLUSION ..	17
5.2.1 IDENTIFICACION DE FUENTES PRIMARIAS DE TECNOLOGIAS A EVALUAR	17
5.2.2 PRIMER PROCESO DE DEPURACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS RESULTANTES DE LAS FUENTES PRIMARIAS Y SU ORDENAMIENTO PARA ESTUDIO.....	19
5.2.3 SEGUNDO PROCESO DE DEPURACION Y ORDENAMIENTO DE LAS TECNOLOGÍAS PRESELECCIONADAS.....	20
5.2.4 CLASIFICACION TIPOLOGICA DE LAS TECNOLOGÍAS A EVALUAR	23
5.3 LISTADO DEPURADO DE TECNOLOGIAS A EVALUAR.....	23
5.3.1 LISTADO DE MEDICAMENTOS.....	24
5.3.2 LISTADO DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS	30
5.4 AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE TECNOLOGÍAS.....	31
5.5 ESTUDIO PARA POSIBLES SUPRESIONES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD	32



5.5.1	ESTUDIOS PARA POSIBLE SUPRESIÓN DE MEDICAMENTOS DEL POS.	33
5.5.2	ESTUDIOS PARA POSIBLE SUPRESIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL POS.	34
6	PARTICIPACIÓN CIUDADANA	35
7	BIBLIOGRAFÍA.....	36



Tabla de Ilustraciones

Cronograma de Actividades 2013 1	12
Definición de Grupos de Tecnologías de Acuerdo con las Variables Ponderadoras 2	21
Tecnologías a evaluar: Metodología de selección 3	22

Tablas

Consolidado Final de Patologías o causas 1	14
Listado de Medicamentos 2	24
Listado De Procedimientos y Dispositivos 3.....	30



INTRODUCCION

En el presente documento elaborado por la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), se describe la metodología aplicable para la identificación, ordenamiento, depuración y priorización de las tecnologías en salud (TS) a tener en cuenta en los procesos de evaluación para inclusión o exclusión, ampliación y supresión, dentro de la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud (POS) del año 2013, en lo referente a los pasos y criterios que deben definirse para cumplir con la finalidad propuesta.

El desarrollo metodológico aquí contenido, cuenta con dos elementos novedosos en comparación con ejercicios anteriores de la misma naturaleza. Por una parte, hay que señalar que dentro de la política trazada para la presente vigencia, se definió una migración de manera progresiva desde un POS basado en una lista positiva y taxativa, (como es el que está contenido en el Acuerdo 29 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud -CRES- y sus anexos 1 y 2), hacia un POS implícito que contenga una lista taxativa de exclusiones o “lista negativa”, lo cual implica un nuevo enfoque metodológico en algunos de los aspectos que lo componen, especialmente por que dicho enfoque implica la elaboración más expresa y taxativa de la lista de exclusiones con respecto de lo realizado en Colombia hasta el momento. Por otra parte, como novedad se cuenta en el Sistema de Salud a partir de septiembre de 2012, con la presencia de un actor reciente pero de la mayor relevancia en el proceso de evaluación de tecnologías en salud, como es el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS). Ello nos ubica dentro del contexto global como un país que avanza y evoluciona con pasos firmes y seguros, dentro un escenario en el cual se cuenta con una instancia



que confiere al proceso el respaldo científico requerido e implica un paso importantísimo en el perfeccionamiento de la metodología de evaluación de tecnologías de salud para efectos de inclusión o exclusión en el paquete de beneficios en salud (POS) y se constituye en una fuente más de garantía de que éste se hace sobre la base en la mejor evidencia disponible.

1 ANTECEDENTES NORMATIVOS

Además de las consideraciones metodológicas que haremos en el aparte correspondiente, es importante señalar algunos antecedentes desde el punto de vista normativo en relación con la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS) con los cuales avanzamos en este proceso y que son su propio marco de referencia.

Se señalan a continuación las normas más relevantes en relación, con los parámetros a tener en cuenta para la actualización del Plan Obligatorio de Salud, como sigue:

- **Ley 100 de 1993**

Al respecto, el párrafo 2 del artículo 162 de la mencionada Ley señala lo siguiente: *‘Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema’*. (Lo subrayado fuera de texto)

- **Ley 1122 de 2007**

Por su parte la Ley 1122 estipula lo siguiente: *“Artículo 7°. Funciones. La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones: 1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS)*



garantizaran a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. 2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.”(Lo subrayado fuera de texto)

- **Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional**

A su vez, la referida Sentencia determina que: “En consecuencia, se ordenará a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la revisión integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS), garantizando la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud. Como una medida complementaria, se ordenará a la Comisión de Regulación en Salud la revisión de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley (de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema –artículo 162, parágrafo 2, Ley 100 de 1993)”. (Lo subrayado fuera de texto)

- **Ley 1438 de 2011**

Esta Ley dispuso en su artículo tercero como principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en relación con el Plan de Beneficios POS, el de “Enfoque Diferencial”. Igualmente señaló el principio de “Participación Social”. Finalmente dispuso frente al proceso de actualización del POS, el principio de “Progresividad.” Por otra parte, en el artículo veinticinco, dispuso que el POS deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan



de Beneficios, por lo cual, en este año 2013 corresponde desarrollar una Actualización Integral del Plan Obligatorio de Salud.

Igualmente dicha Ley señaló que las metodologías utilizadas para su definición y actualización deben ser publicadas y explícitas y consultar la opinión, entre otros, de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de los afiliados y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes.

Para concluir, es preciso anotar que la Ley 1438 de 2011, señala que el Plan de Beneficios sólo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa competente, función asignada en el momento actual al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud de lo dispuesto en el Decreto 2560 de 2012, por medio del cual (...) “*se suprime la Comisión de Regulación en Salud - CRES, se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones*”.

2 ALCANCES

Como parte del estudio metodológico a que hace referencia el presente documento, se definieron como sus alcances, los siguientes:

- Realizar las acciones y estudios necesarios y conducentes a definir las tecnologías que serán evaluadas para efectos de su posible inclusión en el POS durante la presente vigencia y como parte de la revisión integral del mismo.



- Realizar las acciones y estudios necesarios y conducentes a definir las tecnologías a las cuales se les hará ampliación de cobertura en el POS durante la presente vigencia y como parte de la revisión integral del mismo.
- Realizar las acciones y estudios necesarios y conducentes a definir las tecnologías que serán suprimidas del POS durante la presente vigencia y como parte de la revisión integral del mismo.

Igualmente hace parte del alcance de éste proceso, definir y ejecutar las acciones necesarias para que las anteriores actividades se realicen dentro de un marco de participación ciudadana que permita legitimar, el proceso y dar con ello cumplimiento a lo estipulado en la normatividad aplicable, citada en el numeral precedente.

3 DEFINICIONES

Para efectos de la mejor comprensión del presente documento metodológico se incluyen las siguientes definiciones:

Dispositivo: Corresponde a la maquinaria, equipo(s), material(es), elemento(s) quirúrgico(s) o no, necesarios para la realización y/o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud.

ETES (Evaluación de tecnología en salud): Herramienta para valorar las tecnologías en salud en cuanto a su efectividad, seguridad, costo-efectividad, costos, resultados y equidad. Implica la revisión de literatura científica acerca de la tecnología, la presentación de resultados y la evaluación económica de la tecnología aplicada en el país.



Exclusión: Corresponde al resultado del proceso de la determinación de prescindir de tecnologías en salud o prestaciones, sobre las cuales se ha propuesto además que no deberían ser cubiertas con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud.

Guías de Atención Integral (GAI): Son instrumentos que orientan el análisis e interpretación de la literatura científica médica y permiten emitir recomendaciones calificadas por su calidad y solidez. Las Guías estimulan y facilitan el uso de la evidencia científica a todos los actores del Sistema de Salud, en la medida en que permiten abordar los problemas de salud desde la óptica de lo que es mejor para el individuo, sin perder de vista lo que ello significa para el Sistema del cual hacen parte.

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS: Entidad de carácter mixto, que propende por el fortalecimiento de la investigación nacional en evaluación de tecnologías en salud, mediante la producción de información basada en la evidencia científica, con el fin de apoyar la formulación de políticas públicas en salud.

Inclusión: Corresponde al resultado del proceso de elección y aprobación de una tecnología en salud por parte del ente competente, para su incorporación en el POS, luego de la revisión y verificación de aspectos como seguridad, efectividad, evaluación económica e impacto en la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La inclusión implica en el momento actual, la incorporación implícita o explícita de la tecnología en el Plan de Beneficios a través de un acto administrativo, previo estudio por parte la Comisión Asesora de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y posterior aprobación por el Ministro de Salud y Protección Social.

Medicamento: Corresponde a un principio activo (fármaco), con su respectiva descripción de presentación y forma farmacéutica, que produce efectos sobre la salud



humana y cuyos componentes se espera que sirvan para prevenir, aliviar o mejorar enfermedades, o para modificar estados fisiológicos.

Obsolescencia: Hace referencia al proceso de que son objeto algunas tecnologías en salud que han entrado en desuso, al ser superadas por otra u otras tecnologías disponibles. Para efectos de la actualización del POS, corresponde a aquellas cuya frecuencia de uso en los últimos tres años de registros, ha sido nula en uno o más años, de acuerdo con la Base de Datos del Estudio de Suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Esta condición puede conllevar a considerar su supresión del plan de beneficios y/o exclusión del sistema y según sea del caso, y por ende, a la estimación del correspondiente valor de desinversión.

Procedimiento: Corresponde a la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas en el proceso de atención en salud en: Promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de la enfermedad.

Supresión: Corresponde al proceso que se lleva a cabo ante una tecnología en salud que ya no hará parte del plan de beneficios, y conlleva la estimación del correspondiente valor del ajuste de UPC por desinversión. Las causas de supresión pueden ser entre otras: Desuso, obsolescencia, alerta sanitaria, falta de registro ante la autoridad competente.

Tecnología en desuso: Corresponde a la tecnología en salud con aprobación para su uso y/o comercialización, pero que ante los avances tecnológicos ha sido superada por otras tecnologías en la misma indicación. Se diferencia de tecnología obsoleta, en que aquella puede tener usos vigentes en otras indicaciones.



Tecnología en salud: El hoy Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ha definido “las tecnologías en salud como el conjunto de medios técnicos y de procedimientos puestos a disposición por la ciencia, la Investigación y los operadores del sector salud para sus elecciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”. Para el proceso de actualización del POS se han considerado cuatro tipos de tecnologías: medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos y sistemas organizativos.

4 ETAPAS DEL PROCESO

4.1 ETAPA PREPARATORIA

Con la finalidad de definir la propuesta metodológica para el desarrollo de los procesos de inclusión de tecnologías nuevas, y de la ampliación de cobertura y supresión de tecnologías que actualmente forman parte del Plan Obligatorio de Salud determinado por el Acuerdo 29 de 2011 emanado de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), se toman elementos de la Metodología que fue aprobada en el mes de junio de 2011 para efectos de actualización, en lo atinente a los procesos de evaluación de tecnologías (ETES), estudios de obsolescencia y estudio de ampliación de cobertura de tecnologías del POS. No obstante lo anterior, es de anotar que como ya se mencionó, dado que en el enfoque del presente año, se han introducido elementos nuevos como es la migración hacia un Plan de Salud Implícito y como se cuenta en el sistema con la presencia de un nuevo actor como es el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), la propuesta metodológica es más amplia, estructurada e incluyente. Con el concurso del IETS se prevé obtener el apoyo requerido tanto en la evaluación de tecnologías propiamente dicha, incluida su evaluación económica, así como en la formación de personal directamente involucrado en el proceso, en temáticas



relacionadas con ETES en aspectos como seguridad, eficiencia e impacto económico, en la definición y aplicación de criterios para priorización y en la formulación de la metodología para la construcción del listado explícito de exclusiones, entre otros.

4.2 CONFORMACION DEL EQUIPO DE TRABAJO

Para la aplicación de la Metodología señalada y sus ajustes propuestos, se conformó por parte de la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento, la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –IETS-, un grupo de trabajo técnico para dar curso a los procesos antes señalados, dando prioridad al proceso de Evaluación de Tecnologías, teniendo en cuenta que acorde con la metodología y el cronograma propuestos, es el proceso más extenso, complejo y que por tanto conlleva más tiempo en su ejecución.

El grupo está conformado por veintidós profesionales de diferentes áreas del conocimiento como la medicina, economía, química farmacéutica, odontología, psicología, estadística, con especialización y/o maestría en áreas administrativas y en epidemiología, además de un grupo de funcionarios que prestan su apoyo en la labor de análisis técnico. El trabajo conjunto de este equipo es coordinado por la Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

Como corresponde a la garantía de la transparencia de proceso, se documentaron las hojas de vida de cada uno de ellos y de igual forma se declararon en sendos documentos escritos, la existencia o no de conflictos de interés y se suscribieron los correspondientes acuerdos de confidencialidad



4.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE EVALUACION DE TECNOLOGIAS (ETES)

La Subdirección de Beneficios en Aseguramiento presentó para aprobación el cronograma propuesto de Actividades de Actualización del POS para el año 2013 a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento, el 30 de enero de 2012. Las actividades a desarrollar se agrupan en seis conceptos que van desde la revisión y validación del estudio de necesidades en salud, pasando por el proceso de identificación y evaluación posibles tecnologías para inclusión en el POS, estudios de aumento de coberturas de tecnología que hacen parte del actual POS, estudios de evaluación para posibles supresiones, proceso de consulta y participación ciudadana, concluyéndose en la estructuración de la propuesta para análisis de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (CABCTAS), lo cual se resume en el grafico que se anexa a continuación:

Cronograma de Actividades 2013 1

GRUPO DE TRABAJO	Recursos adicionales	FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTI		OCTUBRE		NOVIEM		DICIEM	
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. ESTUDIOS PARA POSIBLES INCLUSIONES AL POS																							
1.1 VALIDACION DE ESTUDIO DE NECESIDADES EN SALUD 2011	Equipo Técnico Subdirección de Beneficios y apoyo interno.																						
1.2 IDENTIFICACION DE TS A ESTUDIAR PARA POSIBLE INCLUSION AL POS.	Equipo Técnico Subdirección Beneficios, IETS.																						
1.3. EVALUACION DE TECNOLOGIAS PARA POSIBLE INCLUSION	Grupo Técnico de Subdirección de Beneficios, Dirección de Medicamentos, IETS.																						
2. ESTUDIOS DE OBSOLESCENCIA PARA POSIBLES SUPRESIONES DE TS Y/O COBERTURAS EN EL POS																							
2.1. Identificación de posibles TS obsoletas.	Grupo Técnico de Beneficios, Dirección de Medicamentos, IETS.																						
2.2. Estudios de las TS identificadas como posiblemente obsoletas.	Grupo técnico de la Subdirección de Beneficios- Subdirección de Costos Y Tarifas, Dirección de Medicamentos.																						
3. ESTUDIOS DE AUMENTO DE COBERTURA DE LAS TS QUE YA ESTÁN EN EL POS.																							
3.1. Identificación de posibles TS que requieran aumento de cobertura.	Grupo Técnico de la Subdirección- Dirección de Medicamentos, IETS.																						
3.2. Estudios técnicos de las TS que requieran aumento de cobertura en el POS.	Subdirección de Beneficios, Dirección de Medicamentos																						
4. DESARROLLO DE PROPUESTAS DE ACTUALIZACION DEL POS																							
4.1. Preparación propuesta de TS a incluir al POS.	Subdirección Beneficios- Dirección de Medicamentos																						
4.2. Preparación propuesta de TS a suprimir por Obsolescencia	Subdirección Beneficios- Dirección de Medicamentos																						
4.3. Preparación propuesta de TS para aumento de cobertura en el POS.	Subdirección Beneficios- Dirección de Medicamentos																						
5. PROCESO DE PARTICIPACION CIUDADANA																							
6. PROPUESTA FINAL PARA LA COMISION ASESORA																							



5 DESARROLLO METODOLÓGICO

5.1 CARACTERIZACIÓN DE LAS NECESIDADES EN SALUD PARA LA POBLACIÓN AFILIADA

Teniendo en cuenta que por disposición de la Ley 1438, el “*Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población*”, resultaba necesario obtener la información relevante y precisa de las fuentes primarias.

Es por ello que se tuvieron en cuenta para tal efecto y se analizaron las siguientes fuentes: El Estudio de Carga de Enfermedad de 2005 (CENDEX, publicado en 2008), la Encuesta Nacional de Salud (Elaborada por PROFAMILIA y el entonces Ministerio de la Protección Social, (2007), las estadísticas vitales del DANE de 2009 y la información epidemiológica proveniente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), registrados por el Ministerio de Salud y Protección Social correspondientes al año 2009.

Partiendo de dicho análisis, se establecieron las veinte primeras causas de Morbilidad y Mortalidad por Años de Vida Saludable Potencialmente Perdidos (AVISAS) según grupos etarios, para ordenarlas de acuerdo al peso de los AVISAS; con posterioridad se contrastaron y corroboraron frente a los datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y las estadísticas vitales del DANE, conformándose así una lista de 39 patologías que son las de mayor impacto en la salud de la población colombiana. Con éste procedimiento se pretendió dar validación del orden de importancia de las patologías frente a la carga



de enfermedad y perfil epidemiológico, para con ello determinar también las necesidades reales en salud de nuestra población.

Consolidado Final de Patologías o causas 1

Consolidado Final de Patologías o causas en salud Población colombiana

No.	PATOLOGIAS O CAUSAS DE SALUD
1	DEPRESIÓN MAYOR UNIPOLAR
2	BAJO PESO AL NACER
3	CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA
4	CARIES DENTAL
5	CARDIOPATÍA ISQUÉMICA
6	TRASTORNOS BIPOLARES
7	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
8	EDENTULISMO
9	GLAUCOMA
10	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
11	CARDIOPATÍA CONGÉNITA
12	ASMA



Consolidado Final de Patologías o causas en salud
Población colombiana

No.	PATOLOGIAS O CAUSAS DE SALUD
13	DIABETES MELLITUS
14	ESQUIZOFRENIA
15	DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA
16	CIRROSIS HEPÁTICA
17	INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES
18	CÁNCER DE PRÓSTATA
19	SÍNDROME DE DOWN
20	CATARATAS
21	DEMENCIA Y OTROS TRASTORNOS DEGENERATIVOS Y HEREDITARIOS DEL SNC
22	CÁNCER DE TRAQUEA, BRONQUIOS, PULMÓN
23	ARTRITIS REUMATOIDE
24	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE ALCOHOL
25	NEFRITIS Y NEFROSIS
26	CÁNCER DE MAMA



Consolidado Final de Patologías o causas en salud
Población colombiana

No.	PATOLOGIAS O CAUSAS DE SALUD
27	CÁNCER CÉRVICO-UTERINO
28	VIH SIDA
29	EPILEPSIA
30	CISTICERCOSIS
31	CÁNCER DE ESTÓMAGO
32	ENFERMEDAD PERIODONTAL
33	LEUCEMIA
34	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
35	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES
36	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (MENORES DE 10 AÑOS)
37	BRONQUIOLITIS AGUDA
38	BRONQUITIS AGUDA
39	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIÉN NACIDO

Fuente: Construcción realizada por la UAE-CRES con base en Estudio de Carga de la Enfermedad



5.2 PROCEDIMIENTO DE DETERMINACION DE LAS POSIBLES TECNOLOGÍAS A TENER EN CUENTA PARA EVALUACION PARA POSIBLE INCLUSION Y/O EXCLUSION

5.2.1 IDENTIFICACION DE FUENTES PRIMARIAS DE TECNOLOGIAS A EVALUAR

Una vez definido el impacto de la carga de enfermedad y sus 39 patologías conexas y relevantes y con ello las necesidades en salud, se entró a definir las fuentes principales a tener en cuenta para efectos de identificar las tecnologías que atendieran a dichas necesidades y en especial, aquellas con mayor impacto en las finanzas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En primer lugar, se recurrió a la información de tecnologías que hicieron parte del estudio previo de actualización del POS del año 2011, contenido en el documento denominado “Actualización integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud año 2011 – Informe técnico para la Comisión de Regulación en Salud – CRES, Subdirección Técnica UAE – CRES. 2011”, teniendo en cuenta que en él se encontraban contenidas tecnologías evaluadas y priorizadas que apuntaban al estudio de carga de enfermedad ya mencionado, así como solicitudes de actores del Sistema tanto del sector público como privado y de la sociedad civil, con la debida sustentación de información y respaldo científico, y que todas ellas presentaban ya algún grado de avance en términos de evaluación tecnológica que no debía ser desechado sino por el contrario, requería ser ampliado y actualizado. Cabe anotar que dichas tecnologías no fueron incluidas en el POS en el proceso previo de actualización, entre otros y principalmente, por efectos de las restricciones de recursos presupuestales, quedando inmediatamente por debajo del punto de corte en 2011.



De igual manera, se analizó el comportamiento de tecnologías registradas en la Base de Datos de Recobros de 2012, para ser extraídas como fuente primaria de actualización en razón del impacto sobre las cuentas de complementación del POS del FOSYGA. Con respecto de los medicamentos (principios activos), se destaca que una vez establecidos cinco grupos de principios activos del Pareto 80% en la Base de Datos de Recobros del periodo enero-octubre de 2012, se optó por hacer un análisis que permitiera identificar todos aquellos que tuvieran mayor valor de recobro aprobado, así como los que hubieran presentado mayor frecuencia de recobro, con el fin proceder a su ordenamiento con base en dichos criterios. Por otra parte, cabe anotar que también se identificaron los grupos y subgrupos más recobrados tomando como referencia cantidades suministradas en unidades farmacéuticas. Para el análisis de procedimientos incluidos en la prenombrada Base de Datos de recobros, se procedió de la misma manera que en el caso de los medicamentos, tanto para la identificación de aquellos con mayor valor de recobro aprobado, así como para los que presentaron mayor frecuencia de recobro. Cabe anotar que para el caso de los procedimientos, se tuvo que hacer un mayor esfuerzo en términos de análisis y depuración, dada la heterogeneidad en la denominación de los procedimientos en la Base de Datos y dado que se encontró que en el registro de los recobros en el periodo descrito, infortunadamente no se aplicó en forma sistemática y rigurosa la codificación de la Clasificación Única de Procedimientos en salud (CUPS). Con posterioridad, se procedió a agrupar todos los sistemas y las tecnologías de mayor valor recobrado y una vez realizado lo anterior y contando con los procedimientos agrupados por sistemas, se pasó a identificar los procedimientos con mayor frecuencia de recobro.

De las dos fuentes primarias ya descritas, se listaron 314 tecnologías en salud con sus respectivas indicaciones que pasaron a la siguiente fase de depuración que se describe a continuación.



5.2.2 PRIMER PROCESO DE DEPURACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS RESULTANTES DE LAS FUENTES PRIMARIAS Y SU ORDENAMIENTO PARA ESTUDIO.

Con las tecnologías provenientes de las dos fuentes ya referenciadas, es decir las 314 ya enunciadas, el grupo técnico conformado para el desarrollo de estos procesos, inició una tarea que condujo a adelantar cruces de las tecnologías para posible evaluación, teniendo como premisa fundamental la eficiencia del proceso y buscando al máximo evitar duplicar esfuerzos o incurrir en repetición o duplicidad de tareas, de tal manera que se adelantaron las siguientes actividades:

- ✓ Identificación de tecnologías relacionadas con Guías de Atención Integral (GAI) aprobadas y publicadas. En este punto se efectuó un cruce de las 314 tecnologías para posible evaluación, contra las Guías (GAI) aprobadas y que tuvieran estudio (ETS) dentro de la guía, -con o sin evaluación económica-. En el ejercicio se identificaron 34 tecnologías que cruzaron, definiéndose para tal efecto, que para ellas procedería solamente en ésta actualización, realizar evaluación de impacto económico para aquellas recomendadas en la Guía, teniendo en cuenta que la ETES fue parte del proceso de elaboración de la GAI.
- ✓ Identificación de tecnologías que requieren de evaluación múltiple: En este ejercicio analítico se identificaron 53 tecnologías relacionadas con Hipertensión Arterial que cumplen con dicha condición. En razón a que por su alta complejidad la evaluación (ETES) toma por lo menos ocho (8) meses y además, dado que se tuvo en cuenta la suficiente disponibilidad de medicamentos en el actual POS para esa patología, se determinó aplazar su evaluación para el periodo 2014.
- ✓ Identificación de tecnologías relacionadas con Guías (GAI) en proceso. Se encontró que 51 de ellas corresponden a ésta categoría y dichas evaluaciones de



tecnologías tendrán necesariamente que ser realizadas por los grupos desarrolladores de las guías con lo cual quedarían pendientes para ser tenidas en cuenta en el proceso de actualización del año 2014 o para cuando se tengan los resultados de las respectivas evaluaciones en salud dentro de las Guías.

En concordancia con los criterios de eficiencia, se concluyó que las tecnologías mencionadas en los acápites dos y tres del párrafo precedente, no se tendrían en cuenta para evaluación en éste proceso de actualización por las razones que allí se exponen, con lo cual y como parte de la depuración realizada, mediante el cruce de las variables anteriormente mencionadas, se obtuvo un nuevo grupo de 210 tecnologías depuradas.

5.2.3 SEGUNDO PROCESO DE DEPURACION Y ORDENAMIENTO DE LAS 210 TECNOLOGÍAS PRESELECCIONADAS.

Una vez se depuró la lista derivada de las dos fuentes primarias, se procedió a adelantar el ordenamiento de las 210 tecnologías que quedaron.

Este nuevo proceso de depuración, a su vez implicó la necesidad de establecer un orden consecutivo de evaluación, y por ello se tuvieron en cuenta las siguientes variables de ordenamiento y ponderación en su peso:

La relación de la tecnología con:

1. Las patologías ya priorizadas por carga de la enfermedad
2. Los recobros según el valor de recobro aprobado
3. Los recobros según frecuencia de uso.



Los criterios aplicados en sus combinaciones, dieron lugar a la clasificación de los siguientes grupos:

Definición de Grupos de Tecnologías de Acuerdo con las Variables Ponderadoras 2

GRUPO	DESCRIPCIÓN	CARGA DE ENFERMEDAD	RECOBRO POR VALOR	RECOBRO POR FRECUENCIA DE USO
1	La TS se relaciona con: 1 Las patologías priorizadas por carga de la enfermedad 2 Recobros por valor de recobro aprobado 3. Recobros por frecuencia de uso.	X	X	X
2	La TS se relaciona con: 1 Las patologías priorizadas por carga de la enfermedad 2 Recobros por valor de recobro aprobado	X	X	NO APLICA
3	La TS se relaciona con: 1 Las patologías priorizadas por carga de la enfermedad 2. Recobros por frecuencia de uso.	X	NO APLICA	X
4	La TS se relaciona con las patologías priorizadas por carga de la enfermedad.	X	NO APLICA	NO APLICA
5	La TS se relaciona con: 1 Recobros por valor de recobro aprobado 2. Recobros por frecuencia de uso.	NO APLICA	X	X
6	La TS hace parte de la lista de recobros por valor aprobado	NO APLICA	X	NO APLICA
7	La TS hace parte de la lista de recobros por frecuencia de uso.	NO APLICA	NO APLICA	X
8	La TS no se relaciona con carga de enfermedad y los listados de recobros.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA

Fuente: Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.

La calificación para efectos de ordenamiento de cada una de las tecnologías se realizó teniendo en cuenta la tabla anterior. A manera de ejemplo de ilustración, se tiene que si alguna tecnología tuviese relación con alta carga de enfermedad, y además estuviese dentro de las tecnologías de mayor valor y frecuencia de recobro, ocuparía un lugar por encima de otra tecnología, cuya única variable ponderadora fuera tener alta frecuencia de recobro.

Las 210 tecnologías fueron calificadas con estas variables, registrándose el correspondiente puntaje, que permitió a su vez, el nuevo ordenamiento de las mismas. Una vez ordenadas, se observó por el grupo técnico de trabajo que era necesario dar prioridad a todas aquellas relacionadas con la carga de enfermedad y necesidades en salud, es decir, que se tuvieron en cuenta las tecnologías que estaban ubicadas hasta el grupo 4 (inclusive), lo cual representaba un número de 84 tecnologías. En este punto se determinó la capacidad operativa de los grupos evaluadores y los pares de control de calidad y se decidió adicionar para efectos del estudio, 11 tecnologías más del grupo



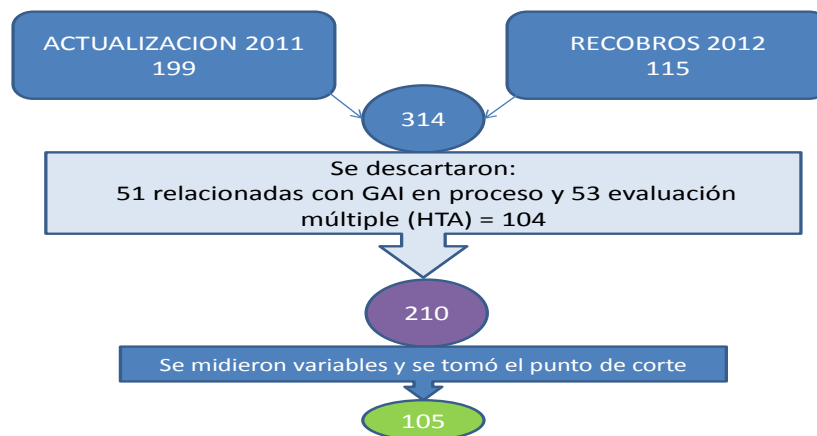
siguiente es decir el grupo 5 y junto con 6 tecnologías adicionales relacionadas con cáncer o con patologías del sistema endocrino o relacionadas con la nutrición, con lo cual quedó constituido el grupo definitivo de 105 tecnologías a evaluar en este proceso.

En el gráfico que se muestra a continuación, se resumen todos los pasos ya relatados de análisis, depuración y ordenamiento de las tecnologías para evaluación:

Tecnologías a evaluar: Metodología de selección 3



Tecnologías a evaluar: Metodología de selección



Fuente: SBA-DRCBT. Minsalud Diciembre de 2012



5.2.4 CLASIFICACION TIPOLOGICA DE LAS TECNOLOGÍAS A EVALUAR

De las 105 tecnologías que quedaron para estudio después de los pasos de depuración y ordenamiento descrito, se puede concluir a manera de resumen, clasificadas según el tipo de evaluación lo siguiente:

- ✓ Evaluaciones de Novo: 59.
- ✓ Actualizaciones de Evaluaciones de procesos anteriores: 12
- ✓ Evaluaciones derivadas de las GAI: 34

5.3 LISTADO DEPURADO DE TECNOLOGIAS A EVALUAR

Así las cosas, la lista de las 105 tecnologías a evaluar, en el proceso de actualización 2013, clasificadas según tipo de tecnología, señalando para cada una de ellas el nombre, la indicación bajo revisión y el sistema de agrupación al que pertenecen, es la siguiente:



5.3.1 LISTADO DE MEDICAMENTOS

Listado de Medicamentos 2

No.	TIPO DE TECNOLOGÍA	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD	INDICACIÓN REVISADA	AGRUPACIÓN
1	MEDICAMENTO	ABATACEPT	Artritis Reumatoide	Atención de Enfermedad Crónica- Artritis/ Atención Integral de Niños y Niñas
2	MEDICAMENTO	ACETATO DE GLATIRAMERO	Esclerosis Múltiple	Atención de Enfermedades Neurológicas
3	MEDICAMENTO	ADALIMUMAB	Artritis Reumatoide	Atención de Enfermedad Crónica- Artritis/ Atención Integral de Niños y Niñas
4	MEDICAMENTO	ANASTROZOLE	Cáncer de Mama	Atención Integral del Cáncer
5	MEDICAMENTO	ATENOLOL	Evento Coronario Agudo	Atención de Enfermedades Cardiovasculares
6	MEDICAMENTO	ATENOLOL	Arritmia cardiaca	Atención de Enfermedades Cardiovasculares
7	MEDICAMENTO	BEVACIZUMAB	Cáncer colorectal	Atención Integral del Cáncer
8	MEDICAMENTO	BICALUTAMIDA	Cáncer de Próstata	Atención Integral del Cáncer
9	MEDICAMENTO	BRIMONIDINA TARTRATO + TIMOLOL	Glaucoma	Atención de Enfermedades Oftalmológicas
10	MEDICAMENTO	BUDESONIDA	Asma	Atención de Enfermedades Respiratorias/Atención Integral de Niños y Niñas
11	MEDICAMENTO	CAPECITABINA	Cáncer de Mama	Atención Integral del Cáncer
12	MEDICAMENTO	CARBETOCINA	Atonía Uterina - Hemorragia posparto	Atención en Salud Sexual y Reproductiva/ Atención Integral de Niños y Niñas
13	MEDICAMENTO	CARBOXIMETIL CELULOSA (LAGRIMAS ARTIFICIALES Y OTROS PREPARADOS INERTES)	Ojo seco	Atención de Enfermedades Oftalmológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
14	MEDICAMENTO	CEFADROXILO	Neumonía en adultos	Atención de Enfermedades Respiratorias



No.	TIPO DE TECNOLOGÍA	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD	INDICACIÓN REVISADA	AGRUPACIÓN
15	MEDICAMENTO	CEFADROXILO	Neumonía en niños	Atención de Enfermedades Respiratorias
16	MEDICAMENTO	CEFOTAXIMA	Neumonía en niños	Atención de Enfermedades Respiratorias/ Atención Integral de Niños y Niñas
17	MEDICAMENTO	CEFPROZILO	Neumonía en adultos	Atención de Enfermedades Respiratorias
18	MEDICAMENTO	CEFPROZILO	Neumonía en niños	Atención de Enfermedades Respiratorias
19	MEDICAMENTO	CERTOLIZUMAB PEGOL	Artritis Reumatoide	Atención de Enfermedad Crónica- Artritis/ Atención Integral de Niños y Niñas
20	MEDICAMENTO	CLORHEXIDINA	Enfermedad Periodontal	Atención de enfermedades Odontológicas
21	MEDICAMENTO	COMPLEJO PROTROMBÍNICO ANTIINHIBIDOR	Deficiencias congénitas de factores de la coagulación	Atención de enfermedades Hematológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
22	MEDICAMENTO	DEFERASIROX	Hemosiderosis Transfusional	Atención de enfermedades Hematológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
23	MEDICAMENTO	DEXRAZOXANO	Cardioproteccion en pacientes tratados con Doxorubicina y Epirubicina	Atención Integral del Cáncer
24	MEDICAMENTO	DOCETAXEL	Cáncer de Próstata	Atención Integral del Cáncer
25	MEDICAMENTO	DONEPEZILO CLORHIDRATO	Demencia en la enfermedad de Alzheimer	Atención de Enfermedades Neurológicas
26	MEDICAMENTO	DORZOLAMIDA	Glaucoma	Atención de Enfermedades Oftalmológicas
27	MEDICAMENTO	DORZOLAMIDA + TIMOLOL	Glaucoma	Atención de Enfermedades Oftalmológicas
28	MEDICAMENTO	EPIRRUBICINA	Cáncer Gástrico	Atención Integral del Cáncer
29	MEDICAMENTO	ESCITALOPRAM	Depresión	Atención de Enfermedades Mentales/ Atención Integral de Niños y Niñas
30	MEDICAMENTO	ESTRAMUSTINA	Cáncer de próstata	Atención Integral del Cáncer
31	MEDICAMENTO	EXEMESTANE	Cáncer de Mama	Atención Integral del Cáncer



No.	TIPO DE TECNOLOGÍA	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD	INDICACIÓN REVISADA	AGRUPACIÓN
32	MEDICAMENTO	FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE	Deficiencia congénita de factor VII y VIII con inhibidores.	Atención de enfermedades Hematológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
33	MEDICAMENTO	FACTOR VIII INHIBIDOR ACTIVADO POR BYPASS (FEIBA)	Deficiencias congénitas de factores de la coagulación	Atención de enfermedades Hematológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
34	MEDICAMENTO	FINASTERIDA	Hiperplasia prostática benigna	Atención Enfermedades Urológicas
35	MEDICAMENTO	FLUTICASONA	Asma	Atención de Enfermedades Respiratorias/ Atención Integral de Niños y Niñas
36	MEDICAMENTO	FLUVOXAMINA	Depresión	Atención de Enfermedades Mentales/ Atención Integral de Niños y Niñas
37	MEDICAMENTO	FONDAPARINUX	Evento coronario agudo	Atención de Enfermedades Cardiovasculares
38	MEDICAMENTO	FORMOTEROL + OTROS AGENTES	Asma	Atención de Enfermedades Respiratorias/ Atención Integral de Niños y Niñas
39	MEDICAMENTO	FULVESTRANT	Cáncer de Mama	Atención Integral del Cáncer
40	MEDICAMENTO	GABAPENTINA	Epilepsia	Atención de Enfermedades Neurológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
41	MEDICAMENTO	GALANTAMINA	Demencia en la enfermedad de Alzheimer	Atención de Enfermedades Neurológicas
42	MEDICAMENTO	IDARRUBICINA	Leucemia Mieloide Aguda	Atención Integral del Cáncer/ Atención Integral de Niños y Niñas
43	MEDICAMENTO	INFLIXIMAB	Artritis Reumatoide	Atención de Enfermedad Crónica- Artritis/ Atención Integral de Niños y Niñas
44	MEDICAMENTO	INTERFERON BETA (INTERFERON BETA 1A RECOMBINANTE HUMANO)	Esclerosis Múltiple	Atención de Enfermedades Neurológicas
45	MEDICAMENTO	INTERFERON BETA (INTERFERON BETA 1A)	Esclerosis Múltiple	Atención de Enfermedades Neurológicas
46	MEDICAMENTO	INTERFERON BETA (INTERFERON BETA 1B)	Esclerosis Múltiple	Atención de Enfermedades Neurológicas



No.	TIPO DE TECNOLOGÍA	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD	INDICACIÓN REVISADA	AGRUPACIÓN
47	MEDICAMENTO	KETOPROFENO	Enfermedad Periodontal	Atención de enfermedades Odontológicas
48	MEDICAMENTO	LAPATINIB	Cáncer de Mama	Atención Integral del Cáncer
49	MEDICAMENTO	LETROZOL	Cáncer de Mama	Atención Integral del Cáncer
50	MEDICAMENTO	LEVETIRACETAM	Epilepsia	Atención de Enfermedades Neurológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
51	MEDICAMENTO	LEVOFLOXACINO	Neumonía en adultos	Atención de Enfermedades Respiratorias
52	MEDICAMENTO	MEMANTINA	Demencia en la enfermedad de alzheimer	Atención de Enfermedades Neurológicas
53	MEDICAMENTO	METILPREDNISOLONA	Asma	Atención de Enfermedades Respiratorias/ Atención Integral de Niños y Niñas
54	MEDICAMENTO	METOPROLOL SUCCINATO	Cardiopatía Isquémica	Atención de Enfermedades Cardiovasculares
55	MEDICAMENTO	MITOXANTRONE	Cáncer de Próstata	Atención Integral del Cáncer/ Atención Integral de Niños y Niñas
56	MEDICAMENTO	MONTELUKAST	Asma	Atención de Enfermedades Respiratorias/ Atención Integral de Niños y Niñas
57	MEDICAMENTO	MOXIFLOXACINA	Neumonía en adultos	Atención de Enfermedades Respiratorias
58	MEDICAMENTO	MULTIVITAMINICOS CON OTROS MINERALES, INCLUYE COMBINACIONES	Suplemento multivitamínico	Atención Desnutrición proteico Calórica/ Atención Integral de Niños y Niñas
59	MEDICAMENTO	NATALIZUMAB	Esclerosis Múltiple	Atención de Enfermedades Neurológicas
60	MEDICAMENTO	NEBIVOLOL	Cardiopatía Isquémica	Atención de Enfermedades Cardiovasculares
61	MEDICAMENTO	OFLOXACINA	Neumonía en adultos	Atención de Enfermedades Respiratorias
62	MEDICAMENTO	OXCARBAZEPINA	Epilepsia	Atención de Enfermedades Neurológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
63	MEDICAMENTO	PALIVIZUMAB	Infección respiratoria aguda	Atención de Enfermedades Respiratorias/ Atención Integral de Niños y Niñas



No.	TIPO DE TECNOLOGÍA	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD	INDICACIÓN REVISADA	AGRUPACIÓN
64	MEDICAMENTO	PAROXETINA	Depresión	Atención de Enfermedades Mentales/ Atención Integral de Niños y Niñas
65	MEDICAMENTO	PRAMIPEXOL	Enfermedad de Parkinson	Atención de Enfermedades Neurológicas
66	MEDICAMENTO	PRASUGREL	Evento Coronario Agudo	Atención de Enfermedades Cardiovasculares
67	MEDICAMENTO	PREGABALINA	Epilepsia	Atención de Enfermedades Neurológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
68	MEDICAMENTO	RILUZOL	Esclerosis lateral amiotrófica	Atención de Enfermedades Neurológicas
69	MEDICAMENTO	RISPERIDONA	Trastorno afectivo Bipolar	Atención de Enfermedades Mentales/ Atención Integral de Niños y Niñas
70	MEDICAMENTO	ROXITROMICINA	Neumonía en adultos	Atención de Enfermedades Respiratorias
71	MEDICAMENTO	ROXITROMICINA	Neumonía en niños	Atención de Enfermedades Respiratorias
72	MEDICAMENTO	SALMETEROL Y OTROS AGENTES	Asma	Atención de Enfermedades Respiratorias/ Atención Integral de Niños y Niñas
73	MEDICAMENTO	SOMATOSTATINA	Tratamiento de fístulas intestinales pancreáticas, tratamiento sintomático de la excesiva secreción de los tumores del sistema endocrino del aparato gastrointestinal, tratamiento de la hemorragia aguda severa, resultados de úlceras gástricas y duodenales o gastritis hemorrágica y varices en el esófago reconocidas en la endoscopia.	Atención de Enfermedades Gastrointestinales
74	MEDICAMENTO	SOMATOTROPINA	Desordenes del crecimiento por insuficiencia renal	Atención de Enfermedades del Metabolismo/ Atención Integral de Niños y Niñas



No.	TIPO DE TECNOLOGÍA	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD	INDICACIÓN REVISADA	AGRUPACIÓN
75	MEDICAMENTO	SULFISOXASOL (SULFAFURAZOL)	Neumonía en niños	Atención de Enfermedades Respiratorias
76	MEDICAMENTO	SULFISOXASOL (SULFAFURAZOL)	Neumonía en adultos	Atención de Enfermedades Respiratorias
77	MEDICAMENTO	TACROLIMO	Trasplante (Profilaxis del rechazo de trasplante de órganos)	Manejo de Trasplantes/ Atención Integral de Niños y Niñas
78	MEDICAMENTO	TELITROMICINA	Neumonía en adultos	Atención de Enfermedades Respiratorias
79	MEDICAMENTO	TELITROMICINA	Neumonía en niños	Atención de Enfermedades Respiratorias
80	MEDICAMENTO	TERIPARATIDE	Osteoporosis	Atención de Enfermedades del Metabolismo
81	MEDICAMENTO	TIMOLOL, COMBINACIONES	Glaucoma	Atención de Enfermedades Oftalmológicas
82	MEDICAMENTO	TOCILIZUMAB	Artritis Reumatoide	Atención de Enfermedad Crónica- Artritis/ Atención Integral de Niños y Niñas
83	MEDICAMENTO	TOPIRAMATO	Epilepsia	Atención de Enfermedades Neurológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
84	MEDICAMENTO	TRAVOPROST	Glaucoma	Atención de Enfermedades Oftalmológicas
85	MEDICAMENTO	TRIHEXIFENIDILO	Esclerosis lateral amiotrófica	Atención de Enfermedades Neurológicas
86	MEDICAMENTO	VIGABATRINA	Epilepsia	Atención de Enfermedades Neurológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
87	MEDICAMENTO	VITAMINA D	Bajo peso al nacer	Perinatales/ Atención Integral de Niños y Niñas
88	MEDICAMENTO	ZINC SULFATO	Diarrea aguda y recurrente	Atención de Enfermedades Gastrointestinales/ Atención Integral de Niños y Niñas



5.3.2 LISTADO DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS

Listado De Procedimientos y Dispositivos 3

No.	TIPO DE TECNOLOGÍA	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD	INDICACIÓN REVISADA	AGRUPACIÓN
1	PROCEDIMIENTO	BRCA1/BRCA2	Cáncer de Mama	Atención Integral del Cáncer
2	PROCEDIMIENTO	HEMICOLECTOMIA DERECHA POR LAPAROSCOPIA	Cáncer de colon	Atención Integral del Cáncer
3	PROCEDIMIENTO	HOMOTRASPLANTE DE PANCREAS	Cirrosis del hígado	Atención de Enfermedades Gastrointestinales
4	PROCEDIMIENTO	INMUNOTERAPIA, INMUNOTERAPIA HIPOSENSIBILIDAD CON ANTIGENOS	Asma	Atención de Enfermedades Respiratorias/ Atención Integral de Niños y Niñas
5	PROCEDIMIENTO	MANOMETRIA ESOFÁGICA	Trastorno de la motilidad esofágica	Atención de Enfermedades Gastrointestinales/ Atención Integral de Niños y Niñas
6	PROCEDIMIENTO	MAPEO ABLACION CON CATETER DE LESION O TEJIDO DEL CORAZON POR RADIOFRECUENCIA	Arritmia cardiaca	Atención de Enfermedades Cardiovasculares
7	PROCEDIMIENTO	PCA3	Cáncer de Próstata	Atención Integral del Cáncer
8	PROCEDIMIENTO	PET - CT TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES	Epilepsia	Atención de Enfermedades Neurológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
9	PROCEDIMIENTO	PHMETRÍA ESOFÁGICA.	Enfermedad del esófago, esofagitis, reflujo gastroesofágico	Atención de Enfermedades Gastrointestinales/ Atención Integral de Niños y Niñas
10	PROCEDIMIENTO	PROSTATECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	Cáncer de Próstata	Atención Integral del Cáncer



No.	TIPO DE TECNOLOGÍA	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD	INDICACIÓN REVISADA	AGRUPACIÓN
11	PROCEDIMIENTO	RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL EN ABDOMEN	Cáncer Gástrico	Atención Integral del Cáncer
12	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE CEREBRO DE ALTO CAMPO (MÁS DE 3 TESLA)	Epilepsia	Atención de Enfermedades Neurológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
13	PROCEDIMIENTO	RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE CEREBRO DE ALTO CAMPO (MÁS DE 3 TESLA) (2)	Enfermedades neurodegenerativas	Atención de Enfermedades Neurológicas/ Atención Integral de Niños y Niñas
14	PROCEDIMIENTO	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE EMISION DE FOTON UNICO (SPECT)	Epilepsia	Atención de Enfermedades Neurológicas
15	PROCEDIMIENTO	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE EMISION DE FOTON UNICO (SPECT)	Epilepsia	Atención de Enfermedades Neurológicas
16	PROCEDIMIENTO / DISPOSITIVO	COLOCACION DE STENT DUODENAL + STEN DUDODENAL	Cáncer Gástrico	Atención Integral del Cáncer
17	DISPOSITIVO	STENT CORONARIO MEDICADO	Estenosis coronaria con alto riesgo de reestenosis o con reestenosis posterior al uso de stent metálico.	Atención de Enfermedades Cardiovasculares

5.4 AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE TECNOLOGÍAS

Las tecnologías a evaluar para efectos de ampliación de cobertura fueron extraídas del análisis de la Base de Datos de Recobros, en donde se encontró que entre los



principios activos (PA) por los cuales se solicita reembolso, se hallan algunos que aun estando en el POS, son objeto de recobro en una proporción significativa (tanto por su valor como por las frecuencias halladas), debido a que se trata de concentraciones y/o formas farmacéuticas que estando aprobadas por el INVIMA, no están explícitamente incluidas para determinadas indicaciones en el Acuerdo 29 de 2011. Dichas tecnologías son: El ácido valproico en las indicaciones de epilepsia, profilaxis de la migraña y tratamiento de trastornos bipolares, la atorvastatina en las indicaciones de enfermedad coronaria y reducción del riesgo de infarto y el paracetamol en combinaciones y en su presentación de uso intravenoso.

5.5 ESTUDIO PARA POSIBLES SUPRESIONES DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

Haciendo un análisis retrospectivo con base en la actualización del POS precedente, se pudo concluir que las razones que eventualmente deben ser tenidas en cuenta como causales de supresión del POS son las siguientes:

- Pérdida o falta de vigencia del registro de INVIMA o por parte de la autoridad competente del medicamento o tecnología.
- Falta de efectividad y/o seguridad demostrada de la tecnología en cuestión
- Evidencia de desuso de la tecnología en los registros de la base de datos de suficiencia del POS en los tres últimos años estudiados.
- Correcciones por duplicidad u otros.



Los estudios requeridos para efecto de supresión, requieren de una orientación diferente según se trate de medicamentos o de procedimientos del POS actual, lo cual se ilustra a continuación.

5.5.1 ESTUDIOS PARA POSIBLE SUPRESIÓN DE MEDICAMENTOS DEL POS.

Los medicamentos que hayan perdido o aquellos a los que no se les haya renovado su registro sanitario y/o que no son catalogados como un Vital No Disponible, deberían suprimirse del POS. Para este fin se deben adelantar las siguientes actividades:

Para la validación de estos hallazgos, es preciso solicitar al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos –INVIMA-, la correspondiente certificación en la que conste que a la fecha de solicitud de la misma tales medicamentos:

- No poseen registro sanitario vigente.
- No existen solicitudes de expedición o renovación de registros sanitarios de los medicamentos.
- No se encuentran en el listado de Medicamentos Vitales No Disponibles (MVND).

De otra parte, como ya se había señalado, es posible que derivadas de las evaluaciones de tecnologías que se efectúen en el transcurso de ésta actualización del POS, se encuentren medicamentos POS que son comparadores, con problemas de seguridad y/o efectividad frente a los analizados, lo cual podría llevar a su supresión, siempre y cuando queden alternativas disponibles en el POS.



5.5.2 ESTUDIOS PARA POSIBLE SUPRESIÓN DE PROCEDIMIENTOS DEL POS.

Dentro de la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud (POS), con respecto de procedimientos o tecnologías de tipo procedimental, resulta necesario realizar un análisis de obsolescencia que para este caso, se traduce en nuestro contexto, en la falta de uso o el desuso de las mismas, por existir mejores alternativas dentro de las opciones terapéuticas más modernas que están disponibles.

Para tal efecto, el procedimiento a seguir es:

1. Consultar e identificar en la Base de Datos de Suficiencia del POS de los años 2009, 2010 y 2011, aquellos procedimientos no reportados por parte de los prestadores. Igualmente, caracterizar y realizar los análisis de los procedimientos reportados con frecuencia cero (0) en alguno de los años analizados.
2. Validar los hallazgos mediante consulta de los RIPS de los mismos años anteriores, con el mismo criterio de análisis aplicado a la Base de Datos de Suficiencia para el cálculo de la UPC.
3. Discutir con el grupo de trabajo de actualización de la CUPS y determinar las tecnologías que pasaran a la correspondiente revisión de literatura y a validación mediante consulta con la comunidad científica.
4. Elaboración de la propuesta final de supresión de procedimientos del POS actual para la toma de decisión en las instancias pertinentes.



6 PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Como se mencionó en forma previa en el numeral relativo a los antecedentes normativos que se constituyen en el Marco Jurídico en el que se sustenta la actualización de POS de 2013, el proceso de Participación Ciudadana será entendido en el contexto de una contribución o participación directa y efectiva, tanto de la comunidad científica de profesionales de la salud como el de la ciudadanía en general que es usuaria y/o participa como actor del Sistema de General de Seguridad Social en Salud, cada uno de cuyos grupos representativos, desempeñará el rol que como actor dentro del mismo, le corresponde.

El proceso participativo se llevará a cabo en lo concerniente a la ciudadanía en general, mediante la publicación en la página web del Ministerio de los documentos metodológicos que la sustentan para efectos de ser estudiados y analizados por los ciudadanos interesados, así como también mediante encuestas periódicas que consultaran de manera general, y/o de manera abierta (por vía del portal web del Ministerio) y/o de manera dirigida (mediante encuesta periódica directa), las preferencias de los ciudadanos sobre las posibles opciones frente a aspectos a ser tenidos en cuenta en el desarrollo de la reglamentación actual así como las de futuras actualizaciones, y que busca identificar sus tendencias y preferencias.

En otra instancia del proceso participativo, se consultará de manera directa a las agremiaciones, a las asociaciones y ligas de usuarios y pacientes, que impliquen representatividad, en diferentes zonas y regiones del país, acerca de la metodología, las tecnologías tanto de las propuestas para evaluación como de las evaluadas y los hallazgos que hagan parte de tal evaluación. Para tal efecto se tiene previsto llevar a cabo ocho convocatorias regionales que tendrán lugar en las ciudades cabecera de



región geográfica, como son Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Valledupar, Pereira y Villavicencio.

Por último, el proceso de consulta con la comunidad científica se hará de forma paralela al proceso participativo en las ciudades que son cabecera de región geográfica ya anotadas y sobre aspectos netamente científicos y relativos al quehacer médico, adicional al trabajo particular que se requiera para análisis de las posibles tecnologías a ser suprimidas del POS.

7 BIBLIOGRAFÍA

1. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”
2. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
3. Honorable Corte Constitucional. Sentencia T 760. 2008.
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
5. Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 008 de 1994. Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud.
7. Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 009 de 1994. Por el cual se adoptan el mecanismo de selección de beneficiarios, las metas de



expansión, el plan de beneficios y la operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

8. Universidad Nacional de Colombia. Propuesta de metodología para actualización de los planes de beneficios. Bogotá DC: Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Clínicas, Grupo de equidad en salud, marzo de 2010. Documento de conceptualización concurso de méritos con precalificación No. 01 de 2010.

9. Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (arts. 22 y 25). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 (arts. 7º, 9º, 10 y 12).

10. Honorable Corte Constitucional. Sentencia C-251 de 1997.

11. UNAM. Instituto de Investigaciones jurídicas. 2005.

12. Honorable Corte Constitucional. Sentencia C-507 de 2008.

13. Honorable Corte Constitucional, Ponencia de H.M. Jorge Iván Palacio. Hacia un nuevo sistema de protección social que garantice el goce efectivo y pleno del derecho a la salud dentro de un marco financiero sostenible.

14. Ministerio de Salud. Decreto Ley 1650 de 1977. Por el cual se determinan el régimen y la administración de los seguros sociales obligatorios.

15. Giedión, Úrsula, Panopoulou, Giota y Gómez-Fraga, Sandra. Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México. Publicación de la CEPAL Serie Financiamiento del Desarrollo No. 219. pág. 84.

16. Ministerio de Protección Social, Cubillos, Leonardo. Evaluación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en el Sistema General De Seguridad Social en Salud Colombiano y lineamientos para su reforma. 2007. Documento de Trabajo.

17. Cookson, R y Dolan, P. Principles of justice in health care rationing. Journal of Medical Ethics. 2000. Vol. 26:, págs. 323–329.



18. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III. Evaluación Epidemiológica de Tecnologías de Salud. Madrid : s.n., Abril de 1995. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS).
19. Ministerio de Salud. Decreto 677 de 1995. Por lo cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitarias de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales.
20. Ministerio, de Salud. Resolución 1896 de 2001. Por la cual se adopta para la codificación de morbilidad en Colombia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades.
21. Banta HD. Health Care Technology. 1995. Office of Technology Assessment.
22. Banta HD, Luce BR. Health care technology and its assessment: an international perspective. s.l. : Oxford University Press, 1993.
23. Xunta de Galicia, Conselleria de Sanidade. Carga de Enfermedad en Galicia. 2004.
24. Bundhamcharoen, K. Y., Teerawatananon, T. Vos y Begg, S. Burden of Disease and Injuries in Thailand. 2002. Priority Setting for Policy. Bangkok: Ministry of Public Health.
25. BID. Proyecto de apoyo al fortalecimiento de los procesos de priorización de salud en Colombia. 2011. Estructuración del Sistema de Priorización en Colombia y del Instituto de Evaluación de Tecnologías. Experiencias Internacionales sobre Entidades Evaluadoras de Tecnologías en Salud. Pendiente Publicación.
26. Le Grand, Julian y Barlett, Will. Quasi-markets and Social Policy. Macmillan Press Ltd. London. Capítulos 1 y 2. 1993.
27. NICE National Institute for Clinical Excellence, Health Development Agency. Proceedings of a Health Education Authority. Improving health through community participation Concepts to commitment. Workshop 9-10 December 1998.
28. Ruano Raviña A, Velasco González M, Varela Lema L, Cerdá Mota T, Ibarгойen Roteta N, Gutiérrez Ibarluzea I, et al. Identificación, priorización y evaluación de



tecnologías obsoletas. Guía metodológica. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t N°. 2007 / 01. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia.

29. Agencia de evaluación de tecnologías (AETS), Instituto de Salud Carlos III. Guía para la Elaboración de Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid : s.n., 1999. Ministerio de Sanidad y Consumo.

30. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto de Salud Carlos III. Sistemas de detección de tecnologías sanitarias nuevas y emergentes. Madrid : s.n., 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo, proyecto SÍNTESIS - nuevas tecnologías - .

31. Gasteiz, Vitoria. Informe No: Osteba D-00-02. 2002. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.

32. Ministerio de la Protección Social. Evaluación del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado en el sistema general de seguridad social en salud colombiano. 2009.

33. Ministerio de la Protección Social, Cubillos Leonardo, et al. Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud. Informe a la Comisión de Regulación en Salud – CRES. 2009. Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos.

34. Sorenson C, Drummond M, Kanavos P. Informe Observatory Studies Series N° 11. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies :s.n., 2008. Ensuring value for money in health care. The role of health technology assessment in the European Union.

35. Scottish Intecollegiate Guidelines Network, (SIGN). A guideline developers' handbook. Edinburgh: s.n., 2004. Disponible en <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section4.html>.



36. España, Ministerio de Ciencia e Innovación. Identificación, priorización y evaluación de tecnologías sanitarias obsoletas. 2009. Guía metodológica.
37. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación Epidemiológica de Tecnologías de Salud. 1995. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
38. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Health Technology Assessment in Alberta Edmonton. Alberta, Canadá : s.n., 1998. Folleto divulgativo.
39. Health Equality Europe. The Guide to HTA for Patients and Patient Understanding Health Technology Assessment (HTA). 2008.
40. International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). Listado de comprobación para informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2007. Disponible en http://www.inahta.org/upload/HTA_resources/HTA_checklist_instructions_Spanish.pdf.
41. Briones E, Loscertales M, Pérez Lozano MJ. Metodología de desarrollo y estudio preliminar. 1999. En nombre del Grupo GANT. Proyecto GANT. Sevilla, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
42. Office of Technology Assessment. Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies. 1978.
43. Danish Centre for Health Technology Assessment, DACEHTA. Health Technology Assessment Draft Report. 2011.
44. Hailey D, Babidge W, Cameron A, Davignon LA. HTA Agencies and Decision Makers. An INAHTA Guidance Document. 2010.
45. The Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment. Introduction to Mini-HTA a Management and Decision Support Tool for the Hospital Service . 2005.
46. Facey, K, y otros, y otros. Health Technology Assessment (HTA) Glossary SBU .INAHTA Secretariat, 2006. Report No.: First Edition. Stockholm, Sweden :s.n., 2006. on behalf of the International Network Agencies for Health Technology Assessment.



47. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación Epidemiológica de Tecnologías de Salud . Madrid, España : s.n., 1995. Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y de Consumo.
48. Amate JM, González Enríquez J, Sarría A, Martín-Moreno JM. Evaluación de las Tecnologías Sanitarias y Ordenación de las Prestaciones en los Sistemas Sociales Avanzados. International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2002. Vol. 25, 2.
49. Ministerio de Ciencias e Innovación, España. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias N.º 54. Madrid, España : s.n., 2008. Definición y Actualización de la Prestaciones Sanitarias en Países con Sistemas Sanitarios Avanzados.
50. Roper WL, Winkenwerder W, Hackbarth GM, Krakauer H. Effectiveness in health care. New England Journal of Medicine. 1988. Vol. 319, 18, págs. 1197-202. An initiative to evaluate and improve medical practice.
51. Friedman I, Furber C, DeMets D. Instruction to clinical Trials. 3rd Fundamentals of Clinical trials, Chapter 1.s.l. :Sprigler – Verlag New York, 1998.
52. Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia. Identificación de filtros validados para obtener evidencia científica. Manual para la elaboración y adaptación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
53. Pannerai RB, Peña Mohr J. Evaluación de Tecnologías en Salud. Metodología para Países en Desarrollo. 1990. Washington D.C.: OPS, OMS.
54. Oxford Centre for Evidence Based Medicine. Levels of Evidence. 2009. Disponible en <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
55. International Network of Agencies for Health Technology Assessment, (INAHTA). Listado de comprobación para informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2007. Disponible en http://www.inahta.org/upload/HTA_resources/HTA_checklist_instructions_Spanish.pdf.



56. Glass, GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. Educational Researcher 1976. 1976. Vol. 5, págs. 3-8.
57. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomized controlled trials: the QUOROM Statement. Rev Esp Salud Pública. 2000. Vol. 74, 2, págs. 107-18.
58. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. J Clin Epidemiol. 2009.
59. Chicaíza L, García M, Olaya C. Evaluación Económica de la Atención Primaria en Salud. En R. Vega, N. Acosta, P. Mosquera (Eds.), Atención Primaria Integral en Salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y la equidad en salud. Bogotá.
60. NHMRC. How to compare the costs and benefits: evaluation of the economic evidence . 2001. (Biotexted.). Canberra.
61. O'Malley S. The Australian experiment: the use of Evidence Based Medicine for the reimbursement of surgical and diagnostic procedures (1998-2004). 2006. Australia and New Zealand Health Policy.
62. Drumond M, O'Brien B, Stoddart G, Torrance G. Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. s.l. : Ediciones Diaz de Santos, 2001.
63. Oliva J, Del Llano JE, Sacristán JA. La evaluación económica de tecnologías sanitarias en España: situación actual y utilidad como guía en la asignación de recursos sanitarios. Economía de la Salud. 2003. Vol. 804, págs. 155-167.
64. Díaz J. Evaluación económica de tecnología sanitaria. Rev. Col. Cienc. Quím. Farm. 2005. Vol. 34, 2, págs. 209-220.
65. Carrasquilla G, Bossert T, Espinosa J, Alviar K, Carvajal R, Sánchez R, et al. Evaluaciones económicas de guías de práctica clínica y del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la unidad de pago por capitación del



Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2009. Ministerio de la Protección Social.

66. National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE. Guide to the methods of technology appraisal. 2008. Disponible en URL: <http://www.nice.org.uk/media/B52/A7/TAMethodsGuideUpdatedJune2008.pdf>.

67. Mathers C, Lopez A, Murray C. The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods and Results for 2001. The world bank and Oxford University Press. Nueva York :s.n., 2006. págs. 45-234. En: Lopez A, Mathers C, Ezzati M, Jamison D, Murray C editores. Global Burden of Disease and Risk Factors.

68. Robberstad B. QALYs vs DALYs vs LYs gained: What are the differences, and what difference do they make for health care priority setting. NorskEpidemiologi. 2005. Vol. 15, 2, págs. 183-191.

69. Sorenson C, Drummond M, Kanavos P. Ensuring value for Money in health care. The role of health technology assessment in the European Union. Copenhagen :s.n., 2008. European Observatory on Health Systems and Policies .

70. Asua J. La evaluación de la innovación organizativa: ¿tarea de las agencias de evaluación o de la autoridad sanitaria o de los proveedores? 2000. Paper presented at the Evaluación de las organizaciones sanitarias: ¿asignatura pendiente?.

71. Andronis L, Barton P, and Bryan S. Sensitivity analysis in economic evaluation: an audit of NICE current practice and a review of its use and value in decision-making. Health Technology Assessment. 2009. Vol. 13, 29. Disponible en URL: <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1329.pdf>.

72. Briggs, AH y Gray, AM. Handling uncertainty when performing economic evaluation of healthcare interventions. Health Technol Assess 1999;3(2). 1999. Vol. 3, 2. Disponible en URL: <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon302.pdf>.

73. Gamboa O, Chicaíza L, Garcia M. Costo-efectividad de añadir el péptido natriurético tipo b al índice de lee en la evaluación del riesgo cardiovascular en cirugía mayor no



- cardiaca. Econpapers. 2011. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Disponible en URL: http://www.fce.unal.edu.co/publicaciones/media/files/docgarcia_fce_ee_20.pdf.
74. Fenwick E, Byford S. A guide to cost-effectiveness acceptability curves. *British Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 187, págs. 106-108. Disponible en URL: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/187/2/106.pdf>.
75. Chicaíza L, Gamboa O, Garcia M. Evaluación de costo-efectividad de la adición de la resonancia magnética a la radiografía convencional en la evaluación de pacientes con pie diabético y signos de infección. *Econpapers*. 2009. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, disponible en URL: http://www.fce.unal.edu.co/media/files/documentos/publicaciones_/docgarcia_ee11.pdf.
76. Office of Technology Assessment (OTA), Congress of the United States. Disponible en URL: www.princeton.edu/ota/.
77. Ministerio de Salud. Decreto 677 de 1995. Por lo cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias.
78. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4725 de 2005. Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.
79. Acosta Ramírez Naydú, Peñaloza Rolando, Rodríguez Jesús. *Carga de Enfermedad Colombia 2005, resultados alcanzados*. Bogotá DC : s.n., 2005. Centro de Proyectos para el Desarrollo, Universidad Javeriana.
80. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Cendex. *Encuesta Nacional de Salud*. 2007.
81. DANE. Estadísticas Vitales. Disponible en http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119.



82. University of Oxford. Centre for evidence based medicine, levels of evidence. 2011. Disponible en <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
83. Group NZG. Handbook for the preparation of explicit evidence-based clinical practice guidelines. Wellington, New Zealand :s.n., 2001.
84. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? BMJ. 2008. Vol. 336, 7651, págs. 995-998.
85. Collaboration TA. Appraisal of guidelines For research & evaluation (AGREE). 2001. Instrument.
86. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. HealthTechnolAssess. 2004. Vol. 8, 6, págs. 1-72.
87. Eccles JM. How to develop cost-conscious guidelines. Health Technology Assessment. May de 2001. Vol. 5, 16, pág. 83.
88. Osteba Sanitarias, SdEdT Vasco, DdSdG. Guía de Evaluación Económica en el Sector Sanitario. 1999. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria.
89. ISPOR. 2011. Disponible en http://www.ispor.org/workpaper/practices_index.asp.
90. FOSYGA. Base Única de Afiliación. 2012.
91. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide, version 2. IARC CancerBase. Lyon : s.n., 2004. Vol. 5. IARC Press.
92. Agencia Canadiense de Medicamentos y Tecnologías en Salud. Directrices para la evaluación económica de tecnologías sanitarias. Ottawa, Canadá : s.n., 2006. Disponible en <http://www.ispor.org/PEguidelines/source/HTAGuidelinesfortheEconomicEvaluationofHealthTechnologies-Canada.pdf>.



93. Orlewska E, Mierzejewski P. Proposal of Polish guidelines for conducting financial analysis and their comparison to existing guidance on budget impact in other countries. *Value in Health*. 2003. Vol. 7, 1, págs. 1-10.
94. Briggs A, Sculpher M, Claxton K. *Decision Modelling for Health Economic Evaluation*. 2006. Oxford: Oxford University Press.
95. Briggs AH. Handling uncertainty in cost-effectiveness models. *Pharmacoeconomics*. 2000. Vol. 17, 5, págs. 479-500.
96. Rawls J. *Teoría de la Justicia*. Edición revisada FCE 2006.
97. Pichón-Riviere A. *La Evaluación de Tecnología Sanitaria y la Toma de Decisiones*. Curso de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. 2011. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS).
98. Sinergia. A partir de Bezzi, 2001 y EU, 2003.
99. Ministerio de Protección Social. Cubillos L. *Evaluación de tecnologías en salud: aplicaciones y recomendaciones en el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano*. Ministerio de la Protección Social. 2006.



ACTUALIZACIÓN INTEGRAL DEL POS 2013

FE DE ERRATAS

Debido a error involuntario en el texto del documento “**DESARROLLO METODOLÓGICO DE LOS PROCESOS GENERALES DE DEPURACION Y ORDENAMIENTO DE TECNOLOGIAS EN SALUD A EVALUAR, AUMENTO DE COBERTURA Y SUPRESIÓN PARA EFECTOS DE LA ACTUALIZACION DEL POS 2013**” se hace referencia a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (CABCTAS). Se aclara que el nombre correcto es “Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud”, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 2562 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección y Social.

En la sección “4.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE EVALUACION DE TECNOLOGIAS (ETES)” se menciona que el cronograma de actividades fue presentado para aprobación de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento el día 30 de enero de 2012. Se aclara que la fecha correcta es 30 de enero de 2013.

Dentro de la sección “5.3.2 LISTADO DE PROCEDIMIENTOS Y DISPOSITIVOS”, en la fila No. 15 del “Listado de Procedimientos y Dispositivos 3” se repitió la información correspondiente a la fila 14. Se aclara que la tecnología correcta perteneciente a la fila 15 es la siguiente:

No .	TIPO DE TECNOLOGÍA	NOMBRE DE LA TECNOLOGÍA EN SALUD	INDICACIÓN REVISADA	AGRUPACIÓN
15	PROCEDIMIENTO / DISPOSITIVO	BALON GASTRICO	Obesidad	Atención de Enfermedades del Metabolismo/ Atención Integral de Niños y Niñas