

# ¿QUÉ PASA CON LA OPERACIÓN DE PRESUPUESTOS MÁXIMOS Y RECOBROS?

El financiamiento suficiente y oportuno de tecnologías no UPC: una tarea pendiente del Estado colombiano.[1]



---

## AUTORES

Diana Cárdenas

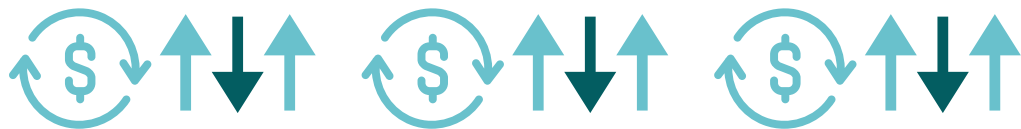
Paul Díaz

Johana Flórez

Daniela Zuluaga

# 2025

[1] Las ideas del presente documento sólo representan las opiniones de los autores.



# INTRODUCCIÓN

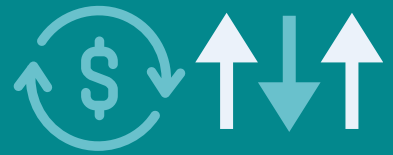
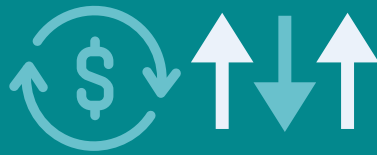
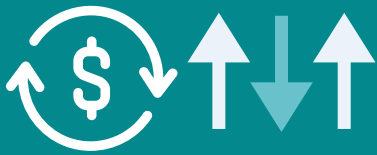
---

A partir de la expedición de la Ley Estatutaria en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, en el ejercicio de su responsabilidad de financiar las necesidades de salud de la población de manera suficiente y oportuna, ha hecho varios intentos por definir conceptual y operativamente los mecanismos de financiamiento de los servicios y tecnologías de salud a los que acceden los colombianos, de manera que su definición y operación explícita orienten a los actores del sector y se elimine cualquier barrera de acceso asociada a la falta de claridad del financiamiento de los servicios de salud.

Uno de los principales retos en materia de financiamiento y sostenibilidad ha sido el de alinear la programación y suficiencia de recursos con la velocidad de los cambios en la demanda derivado de una mayor utilización de la innovación tecnológica en salud que de forma constante amplía las alternativas terapéuticas y la demanda emergente de servicios complementarios.



En este marco de política, entre 2019-2020, el Ministerio de Salud y Protección reglamentó e implementó el mecanismo de presupuesto máximos, buscando regularizar y mejorar la programación anual de servicios y tecnologías no financiados con UPC; cinco años después, el financiamiento de tecnologías y servicios de salud a través de presupuestos máximos se constituye



en uno más de los causales de insuficiencia en el financiamiento que afecta el acceso oportuno a las tecnologías y servicios de salud de los colombianos.

- **¿Cuál ha sido la dinámica de presupuestación y giro de presupuestos máximos?**
- **¿Cuáles son los estimativos de asignación presupuestal necesaria para financiar los presupuestos máximos en 2025?**
- **¿Cuáles son las variables y condiciones de operación claves que afectan la estimación de presupuestos máximos?**
- **¿Qué tan transparente es la operación de presupuestos máximos para los actores del sistema?**
- **¿Existen diferencias en la operación de presupuestos máximos y las condiciones definidas en el reglamento?**

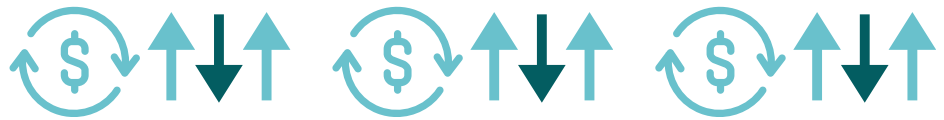
## **I. DESCRIPCIÓN DE PRESUPUESTOS MÁXIMOS**

Para analizar la operación de presupuesto máximos es útil revisar las motivaciones de contexto y las reflexiones de política pública que soportaron su diseño para, a partir de esa perspectiva, hacer el balance de la operación de este mecanismo. En esta sección se presentan los principales objetivos del diseño operativo de presupuestos máximos y la descripción de su comportamiento desde su creación a la fecha.

### **¿Por qué los presupuestos máximos?**

Los presupuestos máximos fueron creados por el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 para reemplazar a los cobros como forma de financiación de los servicios y tecnologías no incluidos en la UPC (en adelante, servicios no UPC).

El mecanismo de cobro era relativamente sencillo: ante la prescripción de servicios no UPC por parte del médico tratante, las EPS debían garantizar el suministro o la prestación del servicio y, posteriormente, presentar una solicitud de cobro o cobro ante la



ADRES —esto en el caso del régimen contributivo— o ante entidad territorial correspondiente, en el caso del régimen subsidiado [2]. Posteriormente, la solicitud de recobro era sometida a un proceso de auditoría para su verificación y pago. Sin embargo, el mecanismo de recobro presentaba las siguientes limitaciones:

**i) La responsabilidad de financiación y la operación de los mecanismos de financiamiento de servicios y tecnología entre tipos de afiliados estaba segmentada:** mientras que para el régimen contributivo estaba a cargo del Ministerio de Salud, en cabeza de ADRES, para el caso del régimen subsidiado la responsabilidad era de las entidades territoriales. La segmentación en las responsabilidades de financiación y las diferencias de operación explicaban las diferencias entre el régimen subsidiado y contributivo en el acceso efectivo y oportunidad a las tecnologías y servicios no UPC.

**ii) Carecía de incentivos para la gestión del riesgo por parte de los aseguradores.** Aunque las EPS debían garantizar el suministro de los servicios no UPC, sin importar la pertinencia médica ni el costo, no existían incentivos para que gestionaran el riesgo ni para que se comportaran como compradoras inteligentes. **Entre 2012 y 2018 los valores recobrados pasaron de \$1,7 billones a \$4,5 billones, equivalente a un crecimiento del 265%.** Desde el punto de vista de las finanzas públicas, este gasto ponía en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema y sufría de baja predictibilidad, lo que limitaba la posibilidad de hacer las apropiaciones presupuestales requeridas en la vigencia.

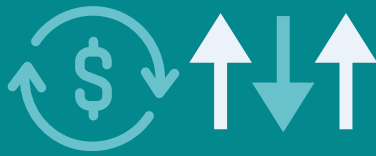
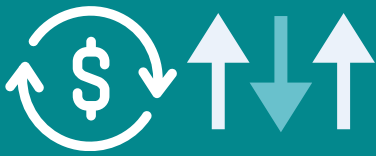
**iii) Limitaba la liquidez del sistema de salud.** Como se mencionó, el proceso de recobro debía hacerlo la EPS ante la autoridad competente y era posterior a la prescripción, prestación y facturación del servicio por parte del prestador.

El plazo para la radicación del cobro/recobro por parte de la EPS del contributivo era de tres años [3] y era adicional a los plazos para las auditorías y para solucionar las glosas correspondientes. En consecuencia, el mecanismo generaba un flujo lento de recursos tanto para prestadores como para aseguradores.

---

[2] La Nación adquirió la competencia para financiar, verificar, controlar y pagar los servicios y tecnologías no incluidos en la UPC de ambos regímenes a partir del 1 de enero de 2020 (Art. 231, Ley 1955 de 2019).

[3] Art. 73, Ley 1753 de 2015. El plazo para efectuar reclamaciones o recobros disminuyó a 18 meses a partir del 19 de mayo de 2023 (Art. 152, Ley 2294 de 2023).



iv) **Fragmentación de la atención en salud.** El flujo lento y la modalidad de pago posterior al uso, exigía una administración de recursos independiente entre las modalidades de financiamiento (UPC y recobros), lo cual se constituía en un factor que afectaba el acceso a tecnologías y servicios de salud de manera integral y oportuna.

v) **Alta litigiosidad.** Los montos efectivamente pagados dependían de los procesos de auditoría que utilizaban reglas ambiguas que explican los desacuerdos de las EPS con los resultados de auditoría, lo que trajo como consecuencia un considerable volumen de demandas contra el Fosyga (ahora ADRES).

En la medida que el sistema fue avanzando en la aplicación de los procesos de inclusiones de servicios y tecnologías para ser financiados con UPC, y en el de exclusiones explícitas de recursos salud, las líneas grises sobre el tipo de tecnologías y servicios en salud que podían ser financiadas con los recursos de salud se fueron aclarando [4]. **Sin embargo, durante el período comprendido de 2010-2018 el Estado colombiano, en cabeza del Minsalud, acumuló un volumen de demandas a nombre del Fosyga (ahora ADRES) que se constituía en una contingencia de gasto fiscal asociado a mayores costes derivados de los intereses de mora.** Según la Contraloría, entre 2014 y 2018 la diferencia entre los valores recobrados y aprobados fue, en promedio, del 23%. En la Ley 1955 de 2019 se contempló la estructuración de un Acuerdo de Punto Final que permitiera el saneamiento definitivo de los pasivos por servicios no UPC de los regímenes contributivo y subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019. En desarrollo de este acuerdo, entre 2019 y 2023, la Nación giró recursos por \$7,7 billones ([Ver Tabla A-1 del Anexo](#)).

**A partir de marzo de 2020, los recobros fueron reemplazados por los presupuestos máximos como mecanismo para financiar los servicios no UPC.** A diferencia del mecanismo de recobros, donde el pago es posterior a la prestación del servicio, los presupuestos máximos prevén el cálculo y giro anticipado de los recursos a cada una de las EPS.

---

[4] Artículo 15 de Ley 1751 de 2015. El proceso de actualización de servicios y tecnologías financiados con UPC y el proceso de exclusiones: La Resolución 318 de 2023 modificó la Resolución 330 de 2017 y sus modificaciones.



En teoría, esto permitía mejorar la liquidez del sistema, pues las EPS contaban con los recursos para el financiamiento de estos servicios de manera anticipada, con la consecuente mejora de la predictibilidad y planeación del gasto público, la disminución de la litigiosidad del sistema, pues no se requiere de auditorías por parte de la Nación para su pago, e incluye incentivos a la eficiencia en el gasto, lo que debería promover la búsqueda de alternativas terapéuticas más costo-efectivas.

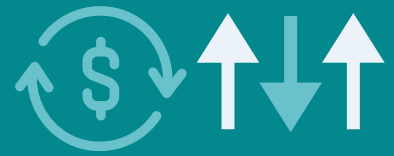
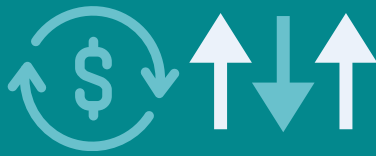
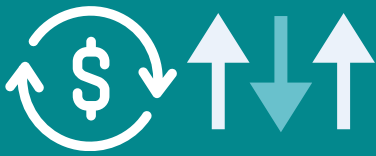
**Como se mencionará más adelante, en la práctica estos beneficios solo se han materializado parcialmente, por lo que se requieren ajustes de fondo a los presupuestos máximos.**



### **¿Por qué se mantiene el mecanismo de recobro?**

Aunque los presupuestos máximos están diseñados para financiar los servicios no UPC, su metodología de cálculo no permite prever la totalidad de requerimientos del sistema de salud. Esto, sumado a la alta judicialización del sistema, exige mecanismos adicionales que complementen los presupuestos máximos en situaciones excepcionales y que permitan contar con mecanismos flexibles de financiación para situaciones no previsibles.

En consecuencia, el mecanismo de recobro se mantiene para financiar los servicios y tecnologías no financiados ni a través de la UPC ni de los presupuestos máximos. De manera particular, los recobros financian los siguientes servicios y tecnologías:



1.) Medicamentos clasificados por el INVIMA como Vitales No Disponibles y los prescritos por urgencia clínica según el Decreto 481 de 2004, con autorización de importación por parte del INVIMA [5].

2.) Medicamentos con indicación específica y única para el tratamiento de una enfermedad huérfana que no estén financiados con cargo a la UPC, que cumplan alguna de las siguientes condiciones: **i.)** correspondan al tratamiento de una persona diagnosticada por primera vez (i.e., casos incidentes de enfermedades huérfanas); o **ii.)** la persona fue diagnosticada en vigencias anteriores, pero inicia tratamiento con un medicamento de este tipo. En las vigencias subsecuentes, dado que ya hacen parte de la base de cálculo, estos medicamentos se financian con cargo a los presupuestos máximos [6].

3.) Financiar servicios y tecnologías excluidos del Plan de Beneficios en Salud [7]. Excepcionalmente, bien sea por medio de orden judicial o por la prescripción del médico tratante y la debida autorización por Junta de Profesionales de Salud, podrán prescribirse tecnologías explícitamente excluidas de la financiación por parte del sistema de salud. El listado de medicamentos excluidos explícitamente que, excepcionalmente, pueden ser prescritos por el médico tratante están incluidos en el Anexo Técnico de la Resolución 740 de 2024.

4.) Procedimientos en salud nuevos en el país [8].

---

[5] Art. 9.2, Resolución 1139 de 2022.

[6] Art. 9.4, Resolución 1139 de 2022.

[7] A través de la Ley Estatutaria de Salud se pasó de un plan de beneficios explícito a uno implícito, lo que significa que, en lugar de definir explícitamente los servicios financiados con los recursos públicos asignados a la salud, se debía realizar un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente para definir las exclusiones. Este procedimiento está reglamentado a través de la Resolución 318 de 2023.

En cualquier caso, el art. 15 de la Ley 1751 de 2015 prohibió la financiación con recursos públicos de la salud de los servicios y tecnologías cuya finalidad principal sea un propósito cosmético o suntuario; sin evidencia sobre su seguridad y eficacia clínica o sobre su efectividad clínica; no autorizados por la autoridad competente; en fase de experimentación; o que tengan que ser prestados en el exterior. El listado de tecnologías

[8] Art. 9.6, Resolución 1139 de 2022.



## II. DESCRIPTIVAS DE RECURSOS PRESUPUESTADOS Y GIRADOS (2020-2024)

Los presupuestos máximos se implementaron a partir del 1 de marzo de 2020. La [Tabla 1](#) muestra los valores asignados para cada una de las vigencias entre 2020 y 2024. Las asignaciones de 2024 son parciales y no reflejan el valor para el total de la vigencia.

**Tabla 1. Asignaciones presupuestales para presupuestos máximos por régimen, 2020 – septiembre 2024 (\$ millones)**

Régimen	2020	2021	2022	2023	A septiembre de 2024
Contributivo	3,758,378	5,197,668	2,075,699	2,766,352	1,957,054
Subsidiado	1,016,214	1,702,724	901,382	1,138,237	828,556
<b>Total</b>	<b>4,774,592</b>	<b>6,900,392</b>	<b>2,977,081</b>	<b>3,904,589</b>	<b>2,785,611</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

f

Las [Tablas A-2 a A-11](#) muestran los recursos asignados discriminados por EPS entre las vigencias 2020 y 2024.

Por su parte, los recursos girados por vigencia fueron contruidos a partir de la ejecución presupuestal publicada por la ADRES [\[9\]](#) y pueden verse en la [Tabla 2](#). Se destaca un incremento en el giro del rezago, lo cual impide que las EPS cuenten con los recursos de forma anticipada y hace que se vea comprometida la liquidez del sistema.

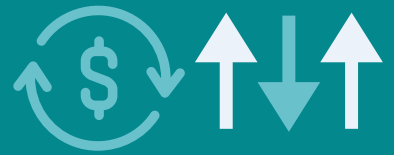
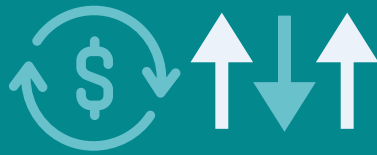
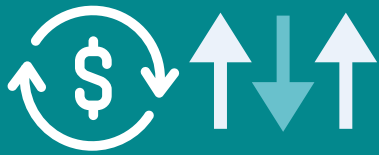
**Tabla 2. Giros por parte de la ADRES para presupuestos máximos por régimen, 2020 – septiembre 2024 (\$ millones)**

Régimen	2020	2021	2022	2023	A septiembre de 2024
Contributivo	3,686,747	5,277,767	1,635,283	2,766,989	1,304,577
Subsidiado	1,062,075	1,691,361	519,813	1,137,599	553,554
<b>Total</b>	<b>4,748,822</b>	<b>6,969,128</b>	<b>2,155,096</b>	<b>3,904,589</b>	<b>1,858,131</b>

Fuente: Ejecución presupuestal ADRES. Cálculos propios.

[9] La ADRES no discrimina la vigencia sobre la que realiza ajustes de presupuestos máximos. Aunque los ajustes totales realizados corresponden a la información de giro, la vigencia correspondiente fue imputada por los autores. Esto quiere decir que, aunque la sumatoria de giros de la totalidad de las vigencias es equivalente, pueden existir pequeñas diferencias en la imputación de los valores anuales.





1.) El valor de 2020 incluye los giros realizados en esa vigencia por **\$4.174.049 millones** (**\$3.466.132 millones en el régimen contributivo; \$707.917 millones en el régimen subsidiado**) y un ajuste por **\$574.733 millones** girados en 2021 (**\$220.616 millones en el régimen contributivo; \$354.158 millones en el régimen subsidiado**).

2.) El valor de 2021 incluye los giros corrientes realizados ese año por **\$5.457.655 millones** (**\$4.307.640 millones en el régimen contributivo; \$1.150.015 millones en el régimen subsidiado**), un ajuste por **\$545.238 millones** girado en 2022 (**\$286.673 millones del régimen contributivo y \$258.654 millones del subsidiado**) y un ajuste final por **\$966.146 millones** girado en 2023 (**\$683.454 millones del contributivo y \$282.692 millones del subsidiado**).

3.) El valor de 2023 solo comprende los giros corrientes realizados en la vigencia. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, el ajuste de dicha vigencia asciende a **\$819.667 millones** y se pagarán con recursos de deuda del Presupuesto General de la Nación, en virtud de lo estipulado en el número. 3., art. 153 de la Ley 2294 de 2023. Con corte a 30 de septiembre de 2024, estos recursos no han ingresado a la ADRES y, en consecuencia, no han sido girados a las EPS.

4.) El valor de 2024 incluye los valores girados hasta el 30 de septiembre de 2024, según ejecución presupuestal de ADRES. Frente a los valores asignados, se observa un faltante de **\$1.6 billones**.

5.) Para el período 2021-2024 se estima que la deuda acumulada de ADRES con el sistema por concepto de Presupuesto Máximo es **2.6 billones**.

# METODOLOGIA DE CÁLCULO DE PRESUPUESTOS MÁXIMOS

---



## LA METODOLOGÍA DE CÁLCULO

La metodología de cálculo de presupuestos máximos corresponde a un cálculo prospectivo con base en los datos reportados en MIPRES por parte de proveedores, IPS y EPS en el año inmediatamente anterior. La información registrada en MIPRES es sometida a una serie de validaciones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de cobertura, consistencia y oportunidad.

La Tabla A-12 presenta la totalidad de filtros de calidad utilizados por el Ministerio de Salud.

Una vez realizados los filtros de calidad, se definen los grupos relevantes, la unidad mínima de concentración, los valores de referencia y cantidades proyectadas.

A continuación, se describen brevemente cada uno de estos:

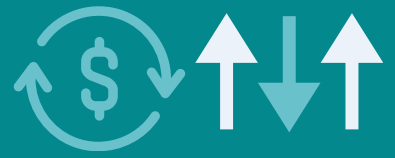
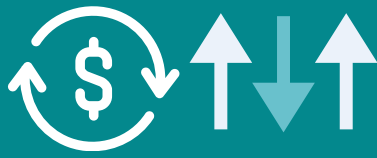
### Grupos relevantes

*Agrupación por tipo de tecnología.*

Para medicamentos, corresponde a principio activo y forma farmacéutica; para APME, contenido calórico y forma nutricional; en procedimientos corresponde al CUPS y en servicios complementarios y dispositivos, al código MIPRES.

### Unidad Mínima de Concentración

*Unidad mínima por tipo de tecnología (por ejemplo, miligramos o mililitros).* En procedimientos corresponde al CUPS y en servicios complementarios y dispositivos al código MIPRES, en la medida en que no pueden expresarse en una unidad de medida menor.



### Valor de referencia

Para cada grupo relevante se calcula un valor de referencia, que corresponde a la mediana de los valores que pasaron las mallas de validación para cada régimen. Los servicios complementarios diferentes a pañales (cuidadores, transporte, etc.) no tienen valores de referencia, pues no son estandarizables.

### Cantidades proyectadas

Corresponde al cálculo de las cantidades para cada grupo relevante e incluye la sumatoria de las cantidades, expresadas en unidades mínimas de concentración, reportadas en la base de cálculo, ajuste por falta de información (incurridos pero no reportados, IBNR), estimación econométrica del crecimiento de cantidades. Más adelante se explica en detalle la forma de proyección del crecimiento de las cantidades.

El ajuste de cantidades se hace para considerar el gasto en que ya han incurrido los aseguradores y que todavía no ha sido reportado (*IBNR, Incurred But Not Reported*).

Esta reserva se realiza con la metodología de **Chain Ladder**, o método del triángulo, y permite inferir, con base en el rezago histórico de reporte de la información,

las radicaciones que se realizarán en el futuro.

El valor del cálculo del ajustador corresponde a 12 meses y se basa en las circunstancias específicas de la vigencia correspondiente. Por ejemplo, **para 2021 el IBNR del régimen contributivo fue de 1,28% y el del subsidiado del 1,85%, en 2022 de 5,80% y 4,81%, respectivamente, y en 2023 de 3,76% y 5,93%.**

Posteriormente, para cada registro de la base de cálculo se realiza el producto del valor de referencia y la cantidad estimada. A este valor se le aplican dos ajustadores adicionales:

- 1.) Medicamentos nuevos, para cubrir nuevas formas farmacológicas
- 2.) Un valor adicional exclusivo para las EPS del régimen subsidiado.

### VARIABLES CLAVES: VALORES Y CANTIDADES

Como se mencionó con anterioridad, para cada grupo relevante se calcula un valor de referencia equivalente a la mediana estadística, medida de tendencia central tal que al menos la mitad de las observaciones es menor o igual a dicho valor y al menos la mitad de las observaciones es mayor o igual.



Para los grupos relevantes con precios regulados se utiliza el menor valor entre el Precio de Referencia por Comparación Internacional – PRI y el valor de la mediana.

Las EPS solo tienen acceso a esta información al momento de la publicación del documento técnico por parte del Ministerio de Salud, esto es, **no cuentan con esta de manera anticipada** (por ejemplo, los valores de 2023 fueron publicados en febrero de 2024). Los valores de referencia no corresponden a precios de regulación de servicios o tecnologías.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, la utilidad de los valores de referencia es determinar, a partir de la información reportada por las EPS, los valores que posibiliten el cálculo del valor global del presupuesto máximo. **En palabras sencillas, para poder estimar un valor global de presupuesto máximo, se requieren valores de referencia y cantidades proyectadas para cada grupo de tecnología para que, sumados, constituyan un presupuesto global.**

La segunda utilidad de los valores de referencia, según el Ministerio de Salud, es proporcionar valores sugeridos para las negociaciones o acuerdo de voluntades entre aseguradores, prestadores y gestores. **Sin embargo, al consultar a actores del sistema resaltan que la falta de publicación de la información de valores de referencia con anticipación imposibilita su uso en los procesos de ejecución de recursos y así pierden su utilidad.**



Por otra parte, el cálculo de cantidades parte de los registros contenidos en la base de datos de MIPRES que superaron las mallas de validación establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Como se mencionó, se usa el método de triángulos para estimar los gastos incurridos pero no reportados.

Una vez se cuenta con la estimación de cantidades de los grupos relevantes de una vigencia determinada, se proyecta el crecimiento de cantidades utilizando una técnica econométrica denominada datos panel. Esta técnica se basa en el crecimiento histórico de cada grupo relevante que comparte la misma unidad de medida. La tasa de crecimiento estimada utiliza características propias para cada componente [10].

Al valor calculado del presupuesto máximo se le reconoce un porcentaje adicional por concepto de medicamentos nuevos. Los medicamentos nuevos se definen como aquellas tecnologías de las que no se tiene información antes de ser identificados en la herramienta MIPRES. Si en una vigencia son reconocidos como nuevos, en la siguiente no tienen esa característica pues se incorporan a la base de cálculo del presupuesto máximo.

El ajustador de nuevos medicamentos se calcula con la información histórica de las EPS y corresponde al valor promedio anual de los medicamentos que se identificaron como nuevos, indexados con la inflación, ajustados por una tasa de crecimiento de acuerdo con el modelo

---

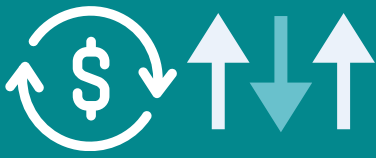
[10] **i) Componente de Medicamentos:** Se realiza para cada una de las siguientes indicaciones: **Indicación Específica y Única Para Enfermedades Huérfanas:** el ajustador de cantidades se calcula con la información de las personas comunes para el periodo de 2015 a 2022. Por lo tanto, la información está conformada por los registros de las personas identificadas en el periodo que hayan recibido entregas de medicamentos con indicación única y específica para enfermedades huérfanas en todos los años que contempla el periodo.

**Indicaciones para Enfermedades Huérfanas y otras indicaciones:** se calcula con la información de Recobros en estado aprobado y MIPRES, de Régimen Contributivo para el periodo de 2015 a 2022. **Otras indicaciones diferentes a Enfermedades Huérfanas:** se calcula con información de Recobros en estado aprobado y MIPRES, de Régimen Contributivo para el periodo de 2015 a 2022. **APME:** se calcula con la información de MIPRES del Régimen Contributivo para el periodo de 2019 a 2022, a nivel de Grupo Relevante.

**Otras indicaciones diferentes a Enfermedades Huérfanas:** se calcula con información de Recobros en estado aprobado y MIPRES, de Régimen Contributivo para el periodo de 2015 a 2022.

**APME:** se calcula con la información de MIPRES del Régimen Contributivo para el periodo de 2019 a 2022, a nivel de Grupo Relevante.

**Procedimientos, Dispositivos Médicos y Servicios Sociales Complementarios:** se calcula con la información de MIPRES del Régimen Contributivo para el periodo de 2019 a 2022.



económico de la metodología de presupuestos máximos. En las vigencias 2021 a 2023, el valor de los medicamentos identificados como nuevos cubiertos por presupuestos máximos ascendió a **\$30.777 millones, \$33.254 millones y \$16.955 millones, respectivamente.**

Finalmente, se usa el ajustador del régimen subsidiado, calculado como la diferencia entre el Presupuesto Máximo, calculado con la mediana del régimen contributivo, y el presupuesto máximo, calculado con la mediana del régimen subsidiado, dividido por el valor del presupuesto máximo con el valor de la mediana del régimen contributivo.

### **Estimaciones Presupuestos Máximos 2025**

A continuación, se realiza un análisis agregado del comportamiento de cantidades y valores reportados para las vigencias 2022, 2023 y 2024, que se utilizaron como bases para la estimación de los Presupuestos Máximos 2025.

### **Análisis de cantidades y valores de presupuestos máximos, 2022 - 2024**

Al discriminar por tipo de tecnología (dispositivos, medicamentos, nutricionales, procedimientos y servicios complementarios), se evidencia una disminución importante en cantidades de medicamentos, incluso posterior a las inclusiones realizadas a la UPC en 2022, lo que ha reducido la proporción del presupuesto que se destina mediante el rubro. **Así, mientras que los medicamentos representaban el 62% del gasto en 2022, para 2024 su participación se redujo al 49%.**

Paralelamente, el crecimiento exponencial de los servicios complementarios ha contribuido a la reducción de participación en el presupuesto de medicamentos, debido a, por ejemplo, la inexistencia de mecanismos de control de gestión. De hecho, los servicios complementarios incrementaron su participación del 23% al 37% para el periodo 2022-2024. La tendencia de crecimiento para los periodos analizados ha sido, en promedio, superior al 40%.



**Tabla 3. Cantidades dispensadas por tipo de tecnología**

Tipo de tecnología	2022	2023	2024*
Dispositivos	403	390	492
Medicamentos	314,391,474	77,024,909	18,970,034
Nutricionales	106,120,116	396,991,236	36,500,360
Procedimientos	641	216	126
Servicios Comp.	344,893,091	606,592,247	1,433,117,572

Fuente: elaboración propia.

\* Unidad de medida de servicios complementarios depende del tipo de tecnología.

Con relación con los valores reportados, la **Tabla 4** contiene los valores finales de las vigencias 2022 (**\$3,3 billones**) y 2023 (**\$3,4 billones**). Para la vigencia 2024 se muestra el valor oficial estimado a la fecha (**\$4,1 billones**).

El análisis horizontal de los valores evidencia que el factor principal del crecimiento de los Presupuestos Máximos son los servicios complementarios, los cuales presentan crecimientos importantes y dificultan la estabilidad y sostenibilidad del mecanismo. Por su parte, el rubro de medicamentos presenta un comportamiento decreciente, aunque relativamente estable.

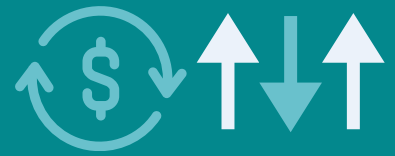
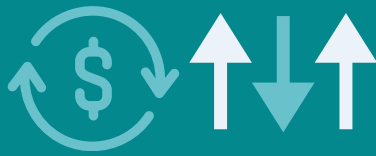
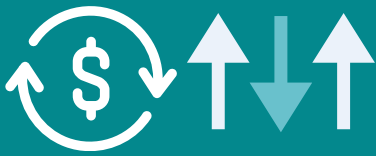
**Tabla 4. Valores por tipo de tecnología (\$ corrientes)**

Tipo de tecnología	2022	2023	2024*
Dispositivos	99,847,556	149,949,023	130,653,095
Medicamentos	2,045,233,567,435	1,841,012,332,545	2,016,707,066,185
Nutricionales	490,381,141,659	590,895,511,617	553,229,712,600
Procedimientos	1,534,154,673	2,864,056,771	2,087,256,225
Servicios Comp.	764,689,092,095	1,024,362,800,360	1,500,936,343,894

Fuente: elaboración propia.

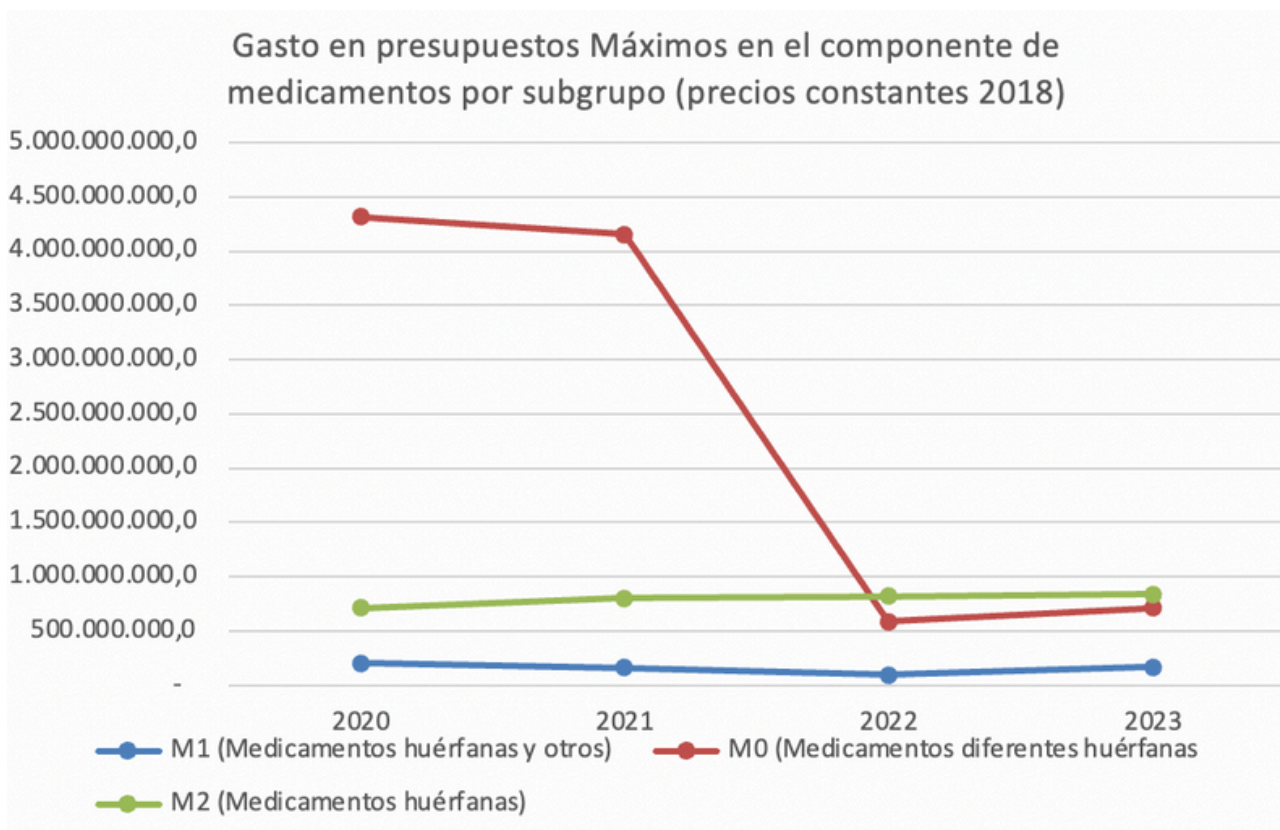
\* Valor oficial más reciente proyectado. Supuesto de inflación causada 2023 (9,28%)

Al desagregar el rubro de medicamentos en tres grupos: **medicamentos con indicación sólo para enfermedades huérfanas**, **medicamentos con indicaciones para enfermedades huérfanas y otros medicamentos**, se evidencia que el grupo de medicamentos evidencia dos tendencias:



**Primera**, una caída significativa del subgrupo “otros medicamentos” en 2022 consecuencia de la decisión de cambiar su financiamiento a la UPC. Dicha decisión significó una reducción en el rubro total de medicamentos en el grupo de las tecnologías financiadas por UPC con indicación diferente a la de enfermedades huérfanas.

**Segundo**, el gasto de medicamentos con indicaciones exclusivas para enfermedades huérfanas ha tenido un crecimiento estable, de 2020-2023 en promedio creció 5% real, mientras que las prescripciones crecieron 9%.



Fuente: estimaciones propias usando MIPRES

### Proyección Presupuestos Máximos 2025

Con base en los deltas de crecimiento implícitos en la [Tabla 2](#), y estimando una inflación de cierre de 2024 que asciende al 5,7%, la necesidad de recursos para 2025 ascendería por concepto de Presupuestos Máximos a \$4,82 billones, los cuales se desagregan en la [Tabla 5](#).





Con base en los deltas de crecimiento y estimando una inflación de cierre de 2024 que asciende al 5,7%, la necesidad de recursos para 2025 ascendería, por concepto de Presupuestos Máximos, a **\$4,82 BILLONES.**

---



**Tabla 5. Presupuesto Máximo 2025 estimado**

Tipo de tecnología	2025
Dispositivos	\$138,100,321
Medicamentos	\$2,131,659,368,958
Nutricionales	\$584,763,806,218
Procedimientos	\$2,206,229,830
Servicios Comp.	\$2,104,927,976,708
<b>Total</b>	<b>4,823,695,482,035</b>

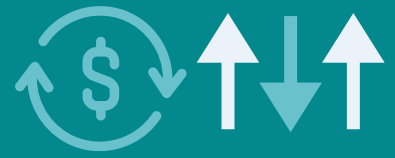
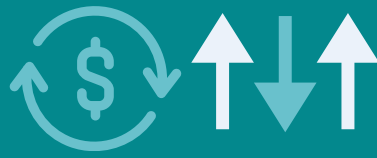
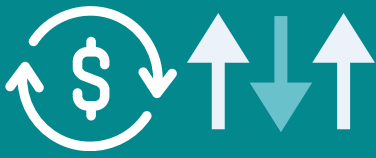
Fuente: cálculos propios.

## La operación de presupuestos máximos y los recobros en la financiación de la innovación

Como se describió antes, la implementación de presupuestos máximos tuvo en cuenta la necesidad de mecanismos de financiación de servicios y tecnologías complementarios que permitieran alinear el ciclo presupuestal de los recursos de salud con la necesidad de financiar nuevas tecnologías útiles para la salud de población.

En este sentido, la Resolución 205 de 2020 estableció que el financiamiento de medicamentos nuevos, definidos como nuevas entidades químicas, dependía de su valor terapéutico. Este valor debía demostrarse en términos de superioridad, equivalencia o inferioridad mediante una evaluación realizada por el IETS, en línea con el Artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, el Decreto 433 de 2018 y el Decreto 780 de 2018, que aplicaban dicho valor terapéutico como insumo para la determinación del valor a reconocer y pagar por los medicamentos nuevos.

Durante el proceso de evaluación, estos medicamentos podían ser financiados temporalmente con recobros si no tenían alternativas terapéuticas, garantizando así la coherencia con las normas previas sobre acceso y financiación. En línea con estas disposiciones, la Resolución 2152 y 3512 de 2020 de la ADRES reglamentaron la verificación y pago de tecnologías no financiadas con presupuesto máximo.



Según estas normativas, los medicamentos nuevos sin alternativa terapéutica serían financiados con recobros, pero aquellos inferiores, no diferentes o superiores que generen ahorros serán cubiertos por presupuesto máximo, sin reconocerse un valor adicional. Para medicamentos nuevos superiores que no generan ahorros, la ADRES reconoce un diferencial si el valor máximo de recobro propuesto por el IETS supera al de la alternativa terapéutica.

En 2022, la Resolución 1139 de 2022 sustituyó a las anteriores, efectuando considerables cambios, entre estos el ordenar que todos los medicamentos nuevos se financien con presupuesto máximo sin especificar cómo se determina el valor a cubrir con el presupuesto máximo.

Respecto al valor terapéutico, permite que el agente interesado solicite un ajuste al valor a ser financiado en el presupuesto máximo mediante una evaluación de tecnología en salud para demostrar valor terapéutico (superioridad, no diferencia o inferioridad) para su posterior verificación por parte del IETS. Pero, nuevamente, no es claro quién y cómo define en primera instancia dicho valor.



En este contexto, la ADRES actualizó, mediante las Resoluciones 575 y 31910 de 2023, y además, emitió la Circular 05 de 2024 que señala los requisitos para presentar las cuentas por estas tecnologías, complementados por la segunda versión del Manual Operativo y de Auditoría Integral a los Servicios y Tecnologías en Salud no Financiadas con Presupuestos Máximos de julio de 2023 y sus Anexos Técnicos (quinta versión), actualmente vigentes.

De acuerdo con la versión vigente del Manual Operativo, sólo hasta el 31 de diciembre se financian los medicamentos sin alternativa terapéutica mediante recobros, teniendo que ser financiados con presupuesto máximo a partir de enero de 2022.



De esta manera, se transita de un modelo basado en el valor terapéutico a uno en el que todos los medicamentos nuevos se financian con presupuesto máximo generando incertidumbre en diversos frentes:

- ¿Cómo se calculará el valor inicial de los medicamentos o sus ajustes posteriores?
- ¿Cómo esto se alinea con disposiciones legales como el Artículo 72 de la Ley 1753 de 2015, el Decreto 433 y el Decreto 780 de 2018?
- ¿Si las fechas de ajuste de presupuesto máximo no están definidas, se delega a las EPS la financiación de la nueva tecnología sin alternativa terapéutica con presupuesto máximo sin incluir realmente su valor?



De esta manera, se transita de un modelo basado en el valor terapéutico a uno en el que todos los medicamentos nuevos se financian con presupuesto máximo, **generando incertidumbre en diversos frentes.**

---



# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 1

El mecanismo de financiamiento de presupuestos máximos se diseñó bajo la premisa que la publicación de su cálculo se ajustaría al ciclo presupuestal público (previo el inicio de la vigencia) y su giro se haría anticipado para mejorar el flujo de recursos necesario para el financiamiento oportuno de los servicios y tecnologías no cubiertas no financiados con UPC. **El no cumplimiento de la premisa del diseño de presupuesto se constituye en una falla del Estado en su responsabilidad de financiar de manera suficiente las necesidades de salud de la población.** En este sentido, se hace urgente revisar los procesos de planeación presupuestal del financiamiento del sistema de salud para que el cálculo de los presupuestos se publique con anterioridad de entrada de la vigencia presupuestal y el monto de la programación presupuestal permita cumplir con los giros anticipados del valor inicial o de cualquier ajuste durante la vigencia corriente.

## 2

Como consecuencia de las fallas en la programación presupuestal para presupuestos máximos, **se estima que por concepto de presupuestos máximos hay una deuda acumulada con el sistema que asciende a \$ 2.8 billones que son recursos que en el sistema de salud se requieren para continuar con el acceso a servicios y tecnologías en salud.** Se estima que para el 2025, la asignación presupuestal para presupuestos máximos podría ser de \$4,8 billones.

# 3



El análisis horizontal de los valores evidencia que **el factor principal del crecimiento de los Presupuestos Máximos son los servicios complementarios, el cual presenta crecimientos importantes y dificulta la estabilidad y sostenibilidad del mecanismo**. Lo anterior denota que el Estado colombiano continua sin definir el responsable institucional y sectorial de financiar y operar los servicios sociosanitarios.

# 4

Por su parte, el rubro de medicamentos presenta un comportamiento decreciente, aunque relativamente estable. En el caso de medicamentos para enfermedades huérfanas su comportamiento es estable. Al mirar la serie de prescripciones y suministros, no se entienden las dificultades en el ejercicio de programación presupuestal para financiar estas tecnologías.

**La solidaridad del Estado con los pacientes que padecen enfermedades huérfanas y familias requiere de acciones más efectivas en su protección.**

# 5

Para los actores de sistema, un factor que constituye incertidumbre en el cálculo de la metodología de presupuestos máximos son los valores de referencias y las cantidades por tipo de tecnologías que se usan. Frente a la publicación de valores de referencia posteriores a la ejecución del gasto el sistema requiere entender quién debería financiar el diferencial.



## 6

Adicionalmente, se sugiere que el Ministerio de Salud y Protección Social publique de manera anónima los valores de prescripciones y valores de tecnologías y servicios suministrados para darle mayor transparencia a los actores sobre los datos y cálculos de presupuestos máximos.



## 7



Para los actores claves del sistema como las asociaciones de pacientes y la sociedad civil, la ausencia de publicación oportuna de los cálculos de presupuestos máximos dificulta el control social.

## 8

A partir de la expedición de la Resolución 1139 de 2022 la ruta de financiación de medicamentos sin alternativas terapéuticas está en un sujeta a un vacío de procedimiento. La citada resolución ordena financiar dichos medicamentos con presupuestos máximos, pero no define una metodología clara y explícita para establecer los valores iniciales o ajustar estos valores en el procedimiento cálculo. Por otro lado, al prohibir explícitamente su financiación temporal de recobros deja sin alternativa de financiamiento a este tipo de tecnologías en los procesos de tránsito de su inclusión en presupuestos máximos. Lo anterior se constituye en una barrera de acceso a la innovación.



# ANEXOS



**Tabla A-1. Desembolsos Acuerdo de Punto Final discriminado por mecanismo habilitante (\$ miles de millones)**

Vigencia	Art. 237 (RC)	Art. 238 (RS)	Art. 245 (RC)	Total
2019	206	-	2,210	2,416
2020	342	501	1,260	2,104
2021	317	291	1,547	2,155
2022	214	340	410	965
2023	24	-	-	24
<b>Total</b>	<b>1,104</b>	<b>1,132</b>	<b>5,427</b>	<b>7,664</b>

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

**Tabla A-2. Asignación Presupuestos Máximos Régimen Contributivo por EPS, 2020**

Nombre EPS	Asignación Inicial Enero-Octubre 2020 (Resolución 206 de 2020)	Ajuste 1-10 meses (Resolución 2459 de 2020)	Asignación Ajuste Definitivo 2020 (Resolución 1645 de 2021)	Resoluciones Individuales de Asignación Ajuste Definitivo	Total 10 meses de 2020
NUEVA EPS	960,772,277,043	6,509,500,333	-	1753-2021	967,281,777,376
SANITAS	509,905,538,052	3,408,867,269	52,385,726,674	1754-2021	565,700,131,995
SURA EPS	583,497,815,686	28,241,069,898	49,283,761,508	1750-2021	661,022,647,092
SALUD TOTAL	304,841,934,232	29,412,392,475	22,278,691,333	1751-2021	356,533,018,040
FAMISANAR	203,541,724,881	8,922,770,526	31,957,492,727	1747-2021	244,421,988,134
COMPENSAR EPS	187,671,212,859	13,044,746,296	63,050,099,567	1748-2021	263,766,058,722
SOS	109,634,424,846	4,044,142,694	31,482,639,602	1752-2021	145,161,207,142
COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	51,805,551,153	721,564,394	-	-	52,527,115,547
MUTUALSER CONTRIBUTIVO	315,251,228	151,594,449	1,105,243,067	1762-2021	1,572,088,744
FUNDACIÓN SALUD MÍA	2,476,447,553	201,294,659	-	-	2,677,742,212
COOSALUD RC GUAINÍA	2,360,017,819	-	-	-	2,360,017,819
EEPP DE MEDELLÍN	3,960,968,063	-	-	-	3,960,968,063
FERROCARRILES	147,500,873	-	-	-	147,500,873
ALIANSA SALUD EPS	46,930,830,088	11,143,618,481	10,262,372,564	1746-2021	68,336,821,133
COOMEVA	286,872,094,791	7,180,607,888	-	-	294,052,702,679
MEDIMÁS EPS	88,635,109,041	27,174,962,208	13,045,857,669	1748-2021	128,855,928,918
<b>Subtotal</b>	<b>3,343,368,698,208</b>	<b>140,157,131,570</b>	<b>274,851,884,711</b>		<b>3,758,377,714,489</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla A-3. Asignación Presupuestos Máximos Régimen Subsidiado por EPS, 2020**

Nombre EPS	Presupuesto Máximo Enero-Octubre 2020 (Resolución 206 de 2020)	Ajuste 1-10 meses (Resolución 2459 de 2020)	Ajuste Definitivo 2020 (Resolución 1645 de 2021)	Resoluciones Individuales de Asignación Ajuste Definitivo	Total 10 meses de 2020 (1+2+3)
NUEVA EPS	17,290,748,707	5,316,200,786	44,326,668,564	1755-2021	66,933,618,057
COOSALUD E.S.S.	110,789,194,613	1,572,599,551	18,275,847,963	1749-2021	130,637,642,127
MUTUALSER	61,794,246,821	16,425,932,119	27,787,423,235	1760-2021	106,007,602,175
ASMET SALUD EPS SAS	59,805,962,500	2,122,975,236	63,946,309,844	1757-2021	125,875,247,580
SAVIA SALUD EPS	48,314,586,179	2,177,353,884	39,442,946,379	1752-2021	89,934,886,442
CAJACOPI ATLÁNTICO	27,925,586,178	-	-	1746-2021	27,925,586,178
CAPITAL SALUD	6,785,681,666	11,604,095,452	70,709,065,707	1743-2021	89,098,842,825
AIC EPSI	13,685,283,134	51,624,589	5,705,681,592	1751-2021	19,442,589,315
COMFARIENTE EPS	8,140,831,099	121,720,191	1,502,653,078	1764-2021	9,765,204,368
CAPRESOCA EPS	54,680,033	4,452,782,841	3,862,502,207	1762-2021	8,369,965,081
MALLAMAS EPSI	2,253,500,655	2,754,750,624	3,349,702,404	1761-2021	8,357,953,683
PIJAOS EPSI	1,602,882,981	218,784,419	-	1765-2021	1,821,667,400
ANAS WAYUU EPSI	1,268,850,817	-	561,276,131	1763-2021	1,830,126,948
DUSAKAWI EPSI	102,844,146	188,641,764	2,292,360,462	1766-2021	2,583,846,372
COMFACHOCO EPS	91,122,292	-	588,539,858	1761-2021	679,662,150
EPS FAMILIAR (ANTES COMFASUCRE EPS)	991,924,652	44,349,090	2,665,749,111	1768-2021	3,702,022,853
EMSSANAR	120,073,059,401	10,884,426,333	-	1748-2021	130,957,485,734
ECOPOSOS EPSS	3,913,430,674	84,108,982	5,309,111,660	1767-2021	9,306,651,316
COMFAMILIAR GUAJIRA EPSS	1,313,087,377	126,589,531	2,570,813,658	1745-2021	4,010,490,566
COMFAMILIAR HUILA EPSS	21,492,785,916	2,456,513,718	3,511,878,959	1744-2021	27,461,178,593
CONVIDA	7,692,627,020	-	12,107,194,942	1741-2021	19,799,821,962
MEDIMAS EPS	39,770,483,359	-	-	1759-2021	39,770,483,359
COMFAMILIAR NARIÑO	1,620,575,894	35,438,816	-	1742-2021	1,656,014,710
AMBUQ	5,092,820,439	102,989,722	14,589,132,757	1759-2021	19,784,942,918
COMPARTA	21,102,721,074	6,733,018,248	40,621,091,003	1756-2021	68,456,830,325
COMFACUNDI EPSS	1,288,471,482	-	-	1763-2021	1,288,471,482
COMFAMILIAR CARTAGENA	625,465,141	129,716,232	-	1740-2021	755,181,373
<b>Subtotal Régimen Subsidiado</b>	<b>584,883,454,250</b>	<b>67,604,612,128</b>	<b>363,725,949,514</b>		<b>1,016,214,015,892</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla A-4. Asignación Presupuestos Máximos Régimen Contributivo por EPS, 2021**

	Asignación Inicial Primeros 4 Meses 2021 (Resolución 043 de 2021)	Asignación a Año 2021 (Resolución 594 de 2021)	Ajuste 1 (Resolución 2260 de 2021)	Ajuste 2 (Resolución 1408 de 2022)	Ajuste Definitivo Año Completo (Resolución 163 de 2023)	Resolución de Asignación Ajuste Definitivo Año Completo
NUEVA EPS	401,208,113,318	1,057,552,940,555	17,833,072,228	1,165,512,660,252	1,367,614,630,460	2311-2021
SANITAS	220,106,524,664	669,242,864,809	67,724,114,291	772,403,994,001	902,927,170,549	1973-2022
SURA EPS	257,741,239,627	766,844,230,699	37,475,655,049	821,392,325,064	921,825,229,636	1976-2022
SALUD TOTAL	140,572,714,618	407,473,433,906	39,340,531,731	489,504,494,206	511,577,247,581	1971-2022
FAMISANAR	87,858,925,505	275,042,548,284	10,898,841,623	315,435,449,923	361,454,820,146	1947-2022
COMPENSAR EPS	80,298,901,728	295,622,636,172	47,447,809,791	351,759,955,603	384,494,276,895	1948-2022
SOS	45,509,549,886	163,246,012,566	23,435,988,336	185,856,259,931	196,135,675,342	2001-2022
COMFENALCO						
VALLE	21,307,601,873	48,940,681,403	99,868,120	58,857,078,092	64,183,524,227	2309-2022
MUTUALSER	672,466,296	3,233,536,013	1,962,259,268	7,643,833,442	9,021,461,640	2310-2022
FUNDACIÓN SALUD MÍA EPS	1,289,133,182	3,632,533,962	1,533,651,431	6,948,645,619	7,751,792,282	1965-2022
COOSALUD RC GUAINÍA	1,161,444,662	4,205,951,799	785,018,968	5,102,509,121	5,476,940,340	2002-2022
EPPP DE MEDELLÍN	1,619,703,821	829,643,889	439,709,761	2,831,328,671	2,833,343,213	2003-2022
FERROCARRILES	60,373,947	170,122,385		453,175	170,122,385	2004-2022
ALIANSA SALUD EPS	23,623,963,645	83,597,546,961	3,919,363,622	83,104,739,806	87,516,910,583	1951-2022
SALUD BOLÍVAR						2312-2022
COOMEVA	107,713,677,593	231,384,614,000	2,849,122,546	271,184,669,634	283,194,063,355	1956-2022
MEDIMÁS EPS	40,751,237,145	88,579,725,918		85,870,258,509	91,491,075,216	2316-2022
<b>Subtotal Régimen Contributivo</b>	<b>1,431,495,571,510</b>	<b>4,099,599,023,321</b>	<b>255,745,006,765</b>	<b>4,623,408,655,049</b>	<b>5,197,668,283,850</b>	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla A-5. Asignación Presupuestos Máximos Régimen Subsidiado, 2021**

EPS	Asignación Inicial primeros 4 meses	Asignación Año 2021	Ajuste 1	Resolución de Asignación	Ajuste 2	Resolución de Asignación	Ajuste definitivo año completo	Resolución de asignación
NUEVA EPS	9,871,006,110	70,693,873,209	30,689,232,929	2317 -2021	123,061,041,679	1945 - 2022	188,986,444,886	217 - 2023
COOSALUD	46,369,010,494	148,146,496,535	28,909,277,984	2296 -2021	208,106,027,723	1966 - 2022	222,534,641,922	223 - 2023
MUTUALSER	32,129,107,556	109,859,801,36	25,621,894,539	2322 -2021	162,027,810,648	1961 - 2022	176,430,746,881	215 - 2023
<u>ASMET SALUD</u>	25,353,988,544	92,486,910,999	43,042,218,526	2300 -2021	169,680,357,323	1962 - 2022	193,482,609,875	235 - 2023
SAVIA SALUD	20,655,326,51	106,137,758,952	28,534,130,281	2312 -2021	142,575,657,391	1953 - 2022	154,426,982,697	213 - 2023
CAJACOPI ATLANTICO	11,616,414,388	25,143,495,711	6,307,730,580	2316 -2021	47,734,995,944	1972 - 2022	57,467,743,753	233 - 2023
CAPITAL SALUD	7,522,521,533	96,371,988,869	41,110,138,342	2307 - 2021	141,277,742,867	1955 - 2022	150,161,598,171	232 - 2023
AIC EPSI	5,620,812,105	7,472,319,584	10,100,680,39	2298 -2021	32,907,673,482	1948 - 2022	37,050,452,809	234 - 2023
COMFAORIENTE EPS	3,386,386,912	10,027,844,951	2,249,004,491	2324 -2021	13,423,077,382	1965 - 2022	15,659,639,223	231 - 2023
CAPRESOCA EPSS	1,845,978,323	6,864,228,211	4,320,941,287	2308 -2021	13,249,619,105	1951 - 2022	15,663,308,212	1404 - 2023
MALLAMAS EPSI	2,063,236,354	7,852,339,292	2,983,021,155	2326 -2021	14,308,799,302	1971 - 2022	16,189,199,764	226 - 2023
PIAOS EPSI	773,261,004	1,011,733,471	2,302,787,346	2306 -2021	6,135,232,415	1973 - 2022	7,161,878,334	221 - 2023
ANAS WAYU EPSI	522,248,843	1,893,834,654	716,121,942	2325 -2021	3,635,195,922	1960 - 2022	4,271,854,282	243 - 2023
DUSAKAWI EPSI	121,444,535	2,694,245,732	2,004,075,418	2299 -2021	5,783,713,158	1964 - 2022	6,032,696,417	1403 - 2023
COMFACHOCO EPSS	37,078,525	601,059,487	137,148,480	2293 -2021	2,291,312,431	1969 - 2022	2,533,684,573	1402 - 2023
EPS FAMILIAR (ANTES COMFASUCRE EPS)	422,294,603	4,327,987,004	1,438,083,934	2302 -2021	6,376,547,933	1941 - 2022	15,659,639,223	219 - 2023
EMSSANAR	53,627,783,355	79,569,266,181	25,634,881,365	2328 -2021	157,541,695,858	1943 - 2022	172,595,779,668	228 - 2023
ECOOPSOS EPSS	1,640,363,327	9,874,451,560	5,164,904,829	2305 -2021	18,503,466,024	1975 - 2022	21,305,642,251	238 - 2023
COMFAMILIAR GUAJIRA EPSS	588,304,327	4,823,425,974	1,454,238,751	2321 -2021	6,666,899,304	1968 - 2022	7,689,116,567	220 - 2023
COMFAMILIAR HUILA EPSS	9,751,198,800	21,454,289,600	9,178,829,161	2327 -2021	43,242,469,516	1952 - 2022	45,988,522,922	1400 - 2023
CONVIDA	3,137,783,340	18,205,428,559	16,252,813,672	2323 -2021	44,926,638,644	1937 - 2022	49,333,909,941	239 - 2023
MEDIMAS EPS	15,763,316,98	25,630,796,849	-	-	33,576,536,026	1939 - 2022	36,767,598,096	225 - 2023
COMFAMILIAR	100,408,446	1,892,076,932	-	-	362,980,216	1956 - 2022	1,892,076,932	1956 - 2022
AMBUQ	2,113,540,066	27,624,870,379	-	-	2,969,972,087	1963 - 2022	27,624,870,379	1963 - 2022
COMPARTA	11,329,704,768	75,812,919,090	15,085,783,798	2303 -2021	47,871,853,158	1967 - 2022	75,812,919,090	1967 - 2022
COMFACUNDI EPS		-	NA		NA		NA	
COMFAMILIAR CARTAGENA		-	NA		NA		NA	
<b>Subtotal Régimen Subsidiado</b>	<b>229,943,876,258</b>	<b>846,613,641,785</b>	<b>293,137,258,810</b>	<b>0</b>	<b>1,448,237,315,538</b>		<b>1,702,723,556,868</b>	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla A-6. Asignación Presupuestos Máximos Régimen Contributivo por EPS, 2022**

Nombre EPS	Revisión pormenorizada vigencia completa	RESOLUCION PARTICULAR 04 DE MARZO DE 2024
NUEVA EPS	680,384,608,931	386 - 2024
SANITAS	356,244,942,746	382 - 2024
SURA EPS	327,297,249,359	383 - 2024
SALUD TOTAL	229,033,577,617	387 - 2024
FAMISANAR	164,985,535,199	379 - 2024
COMPENSAR EPS	131,575,397,977	371 - 2024
SOS	82,131,511,146	364 - 2024
COMFENALCO VALLE	25,508,940,941	366 - 2024
MUTUALSER	5,733,226,956	368 - 2024
SALUD MIA EPS	3,547,784,317	384 - 2024
COOSALUD RC GUAINIA	2,688,163,179	375 - 2024
EEPP DE MEDELLIN	421,311,536	378 - 2024
FERROCARRILES	11,974,443	390 - 2024
ALIANSA SALUD EPS	26,299,730,807	388 - 2024
COOMEVA	24,329,333,372	392 - 2024
MEDIMAS EPS	15,505,839,465	393 - 2024
<b>Subtotal Régimen Contributivo</b>	<b>2,075,699,127,991</b>	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla A-7. Asignación Presupuestos Máximos Régimen Subsidiado por EPS, 2022**

Nombre EPS	Revisión pormenorizada vigencia completa	RESOLUCION PARTICULAR 04 DE MARZO DE 2024
NUEVA EPS	140,311,979,098	385 - 2024
COOSALUD E.S.S.	114,983,133,171	376 - 2024
MUTUALSER	107,170,270,930	369 - 2024
ASMET SALUD EPS SAS	116,577,018,017	398 - 2024
SAVIA SALUD EPS	66,465,093,224	399 - 2024
CAJACOPI ATLANTICO	34,387,453,529	370 - 2024
CAPITAL SALUD	68,857,190,949	374 - 2024
AIC EPSI	21,832,723,456	367 - 2024
COMFAORIENTE EPS	9,585,748,924	373 - 2024
CAPRESOCA EPSS	7,666,756,538	363 - 2024
MALLAMAS EPSI	5,477,678,647	380 - 2024
PIJAOS EPSI	4,850,886,745	381 - 2024
ANAS WAYUU EPSI	2,098,477,408	377 - 2024
DUSAKAWI EPSI	2,085,958,745	362 - 2024
COMFACHOCO EPSS	228,982,423	372 - 2024
EPS FAMILIAR (ANTES	2,457,314,152	389 - 2024
EMSSANAR	104,658,208,649	365 - 2024
ECOOPSOS EPSS	13,892,446,370	391 - 2024
COMFAMILIAR GUAJIRA EPSS	3,683,557,302	395 - 2024
COMFAMILIAR HUILA EPSS	23,456,325,430	396 - 2024
CONVIDA	29,333,241,668	397 - 2024
MEDIMAS EPS	21,321,424,344	394 - 2024
<b>Subtotal Régimen Subsidiado</b>	<b>901,381,869,719</b>	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla A-8. Asignación Presupuestos Máximos Régimen Contributivo por EPS, 2023**

Nombre EPS	Total asignación transitoria (julio a noviembre de 2023)	Resoluciones particulares de asignación julio a noviembre de 2023	Presupuesto máximo Vigencia completa 2023 (Resolución 227 de 2024)	RESOLUCION PARTICULAR 22 DE FEBRERO DE 2024
NUEVA EPS	667,212,108,866	1456 - 2023, 2252-2023	929,008,642,248	248 - 2024
SANITAS	349,418,544,082	1448 - 2023, 2248-2023	487,633,120,536	251 - 2024
SURA EPS	321,414,718,831	1450 - 2023, 2249-2023	431,644,256,070	250 - 2024
SALUD TOTAL	224,501,083,447	1457 - 2023, 2253-2023	331,988,913,496	246 - 2024
FAMISANAR	161,654,878,685	1436 - 2023, 2245-2023	245,556,802,577	254 - 2024
COMPENSAR EPS	128,702,983,129	1439 - 2023, 2236-2023	151,376,711,512	262 - 2024
SOS	80,666,294,540	1445 - 2023, 2094-2023	92,170,768,851	269 - 2024
COMFENALCO VALLE	24,898,047,840	1432 - 2023, 2239-2023	27,104,478,217	267 - 2024
MUTUALSER	5,653,653,896	1444 - 2023, 2233-2023	10,741,360,783	265 - 2024
SALUD MIA EPS	3,484,663,316	1454 - 2023, 2250-2023	4,552,908,856	249 - 2024
COOSALUD RC	2,500,326,486	1435 - 2023, 2241-2023	9,326,835,760	258 - 2024
EEPP DE MEDELLIN	413,812,819	1447 - 2023, 2244-2023	931,922,592	255 - 2024
FERROCARRILES	11,761,398	2095 - 2023, 2257-2023	38,201,807	242 - 2024
ALIANSA SALUD EPS	25,862,108,099	1705 - 2023, 2254-2023	44,234,841,821	245 - 2024
SALUD BOLIVAR	38,750,835	1707 - 2023, 2255 -	42,273,638	244 - 2024
<b>Subtotal Régimen Contributivo</b>	<b>1,996,433,736,269</b>		<b>2,766,352,038,764</b>	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla A-9. Asignación Presupuestos Máximos Régimen Subsidiado por EPS, 2023**

Nombre EPS	Total asignación transitoria enero a noviembre de 2023	Resoluciones particulares de asignación enero a noviembre de 2023	Presupuesto máximo Vigencia completa 2023 Resolución 227 de 2024	RESOLUCION PARTICULAR 22 DE FEBRERO DE 2024
NUEVA EPS	138,385,614,334	1455 - 2023, 2251-2023	302,560,349,993	247 - 2024
COOSALUD E.S.S.	112,526,755,685	1434 - 2023, 2242-2023	147,755,205,080	257 - 2024
MUTUALSER	106,380,952,109	1431 - 2023, 2234-2023	171,856,002,865	264 - 2024
ASMET SALUD EPS	114,303,888,086	1442 - 2023, 2091-2023	127,036,105,972	272 - 2024
SAVIA SALUD EPS	66,358,252,254	1443 - 2023, 2090-2023,	95,785,384,389	273 - 2024
CAJACOPI	32,493,580,944	1440 - 2023, 2235-2023	45,193,871,083	263 - 2024
CAPITAL SALUD	67,579,065,337	1433 - 2023, 2240-2023	89,615,986,166	259 - 2024
AIC EPSI	21,444,911,516	1449 - 2023, 2232-2023	30,740,008,352	266 - 2024
COMFAORIENTE EPS	8,881,426,155	1453 - 2023, 2238-2023	10,077,738,427	260 - 2024
CAPRESOCA EPSS	7,092,486,689	1452 - 2023, 2093-2023,	7,339,680,670	270 - 2024
MALLAMAS EPSI	5,380,202,803	1446 - 2023, 2246-2023	7,404,834,187	253 - 2024
PIJAOS EPSI	4,786,251,327	1451 - 2023, 2247-2023	5,814,709,859	252 - 2024
ANAS WAYUU EPSI	2,061,141,973	1437 - 2023, 2243-2023	4,458,469,601	256 - 2024
DUSAKAWI EPSI	2,048,841,300	1441 - 2023, 2092-2023,	2,636,912,655	271 - 2024
COMFACHOCO EPSS	273,902,792	1438 - 2023, 2237-2023	931,378,017	261 - 2024
EPS FAMILIAR	2,167,161,816	2096 - 2023, 2256-2023	2,364,176,526	243 - 2024
EMSSANAR	68,553,617,999	1704 - 2023, 2231-2023	84,704,613,954	268 - 2024
ECOOPSOS EPSS	6,598,527,717	2827 - 2022	1,961,142,360	241 - 2024
<b>Subtotal Régimen Subsidiado</b>	<b>767,316,580,836</b>		<b>1,138,236,570,156</b>	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla A-10. Asignación Presupuestos Máximos Régimen Contributivo por EPS, 2024**

Nombre EPS	Enero y febrero	Resolución No.	Marzo y abril	Resolución No.	Mayo y junio	Resolución No.	Julio y Agosto	Resolución No.	Septiembre	Resolución No.
NUEVA EPS	150,821,815,003	323 - 2024	150,821,815,003	656 - 2024	150,821,815,003	847 - 2024	150,821,815,003	1560 - 2024	75,410,907,501	1631 - 2024
SANITAS	74,431,316,620	319 - 2024	74,431,316,620	660 - 2024	74,431,316,620	843 - 2024	74,431,316,620	1558 - 2024	37,215,658,310	1633 - 2024
SURA EPS	66,191,110,581	320 - 2024	66,191,110,581	659 - 2024	66,191,110,581	844 - 2024	66,191,110,581	1577 - 2024	33,095,555,290	1610 - 2024
SALUD TOTAL	51,577,852,926	324 - 2024	51,577,852,926	655 - 2024	51,577,852,926	848 - 2024	51,577,852,926	1579 - 2024	25,788,926,463	1611 - 2024
FAMISANAR	38,851,801,279	329 - 2024	38,851,801,279	663 - 2024	38,851,801,279	840 - 2024	38,851,801,279	1561 - 2024	19,425,900,639	1630 - 2024
COMPENSAR	23,433,607,044	337 - 2024	23,433,607,044	671 - 2024	23,433,607,044	832 - 2024	23,433,607,044	1557 - 2024	11,716,803,522	1634 - 2024
SOS	14,533,290,893	344 - 2024	14,533,290,893	678 - 2024	14,533,290,893	825 - 2024	14,533,290,893	1555 - 2024	7,266,645,447	1635 - 2024
COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	4,277,028,109	342 - 2024	4,277,028,109	676 - 2024	4,277,028,109	827 - 2024	4,277,028,109	1562 - 2024	2,138,514,055	1629 - 2024
MUTUALSER CONTRIBUTIVO	1,829,567,475	340 - 2024	1,829,567,475	674 - 2024	1,829,567,475	829 - 2024	1,829,567,475	1564 - 2024	914,783,737	1627 - 2024
FUNDACION SALUD MIA EPS	667,977,372	321 - 2024	667,977,372	658 - 2024	667,977,372	485 - 2024	667,977,372	1578 - 2024	333,988,686	1624 - 2024
COOSALUD RC GUAINIA	1,355,994,780	333 - 2024	1,355,994,780	667 - 2024	1,355,994,780	836 - 2024	1,355,994,780	1567 - 2024	677,997,390	1615 - 2024
EPP DE EPP DE MEDELLIN	121,494,217	330 - 2024	121,494,217	664 - 2024	121,494,217	839 - 2024	121,494,217	1574 - 2024	60,747,109	1623 - 2024
FERROCARRILES	4,331,306	328 - 2024	4,331,306	651 - 2024	4,331,306	852 - 2024	4,331,306	1583 - 2024	2,165,653	1622 - 2024
ALIANSA SALUD EPS	6,796,082,456	325 - 2024	6,796,082,456	654 - 2024	6,796,082,456	849 - 2024	6,796,082,456	1580 - 2024	3,398,041,228	1612 - 2024
SALUD BOLIVAR	7,699,439	326 - 2024	7,699,439	653 - 2024	7,699,439	850 - 2024	7,699,439	1581 - 2024	3,849,719	1613 - 2024
<b>Subtotal RC</b>	<b>434,900,969,500</b>		<b>434,900,969,500</b>		<b>434,900,969,500</b>		<b>434,900,969,500</b>		<b>217,450,484,749</b>	
					<b>1,957,054,362,749</b>					

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla A-11. Asignación Presupuestos Máximos Régimen Subsidiado por EPS, 2024**

Nombre EPS	Enero y febrero	Resolución No.	Marzo y abril	RESOLUCION NO.	Mayo y junio	Resolución No.	Julio y Agosto	Resolución No.	Septiembre	Resolución No.
NUEVA EPS	50,925,076,733	322 - 2024	50,925,076,733	657 - 2024	50,925,076,733	846 - 2024	50,925,076,733	1559 - 2024	25,462,538,367	1632 - 2024
COOSALUD	24,009,195,817	332 - 2024	24,009,195,817	666 - 2024	24,009,195,817	837 - 2024	24,009,195,817	1572 - 2024	12,004,597,908	1614 - 2024
MUTUALSER	29,131,961,355	339 - 2024	29,131,961,355	673 - 2024	29,131,961,355	830 - 2024	29,131,961,355	1565 - 2024	14,565,980,678	1620 - 2024
ASMET SALUD EPS SAS	20,765,067,154	348 - 2024	20,765,067,154	682 - 2024	20,765,067,154	822 - 2024	20,765,067,154	1552 - 2024	10,382,533,577	1640 - 2024
SAVIA SALUD EPS	14,925,029,375	347 - 2024	14,925,029,375	681 - 2024	14,925,029,375	821 - 2024	14,925,029,375	1551 - 2024	7,462,514,688	1639 - 2024
CAJACOPI ATLANTICO	7,077,454,346	338 - 2024	7,077,454,346	672 - 2024	7,077,454,346	831 - 2024	7,077,454,346	1566 - 2024	3,538,727,173	1621 - 2024
CAPITAL SALUD	13,787,989,078	334 - 2024	13,787,989,078	668 - 2024	13,787,989,078	835 - 2024	13,787,989,078	1570 - 2024	6,893,994,539	1616 - 2024
AIC EPSI	4,969,193,659	341 - 2024	4,969,193,659	675 - 2024	4,969,193,659	828 - 2024	4,969,193,659	1563 - 2024	2,484,596,829	1628 - 2024
COMFAORIE NTE EPS	1,647,674,208	335 - 2024	1,647,674,208	669 - 2024	1,647,674,208	834 - 2024	1,647,674,208	1568 - 2024	823,837,104	1617 - 2024
CAPRESOCA EPSS	1,223,742,625	345 - 2024	1,223,742,625	679 - 2024	1,223,742,625	824 - 2024	1,223,742,625	1554 - 2024	611,871,313	1637 - 2024
MALLAMAS EPSI	1,066,240,005	317 - 2024	1,066,240,005	662 - 2024	1,066,240,005	841 - 2024	1,066,240,005	1575 - 2024	533,120,003	1626 - 2024
PIAOS EPSI	864,644,592	318 - 2024	864,644,592	661 - 2024	864,644,592	842 - 2024	864,644,592	1576 - 2024	432,322,296	1625 - 2024
ANAS WAYUU EPSI	643,408,541	331 - 2024	643,408,541	665 - 2024	643,408,541	838 - 2024	643,408,541	1573 - 2024	321,704,270	1619 - 2024
DUSAKAWI EPSI	319,056,827	346 - 2024	319,056,827	680 - 2024	319,056,827	823 - 2024	319,056,827	1553 - 2024	159,528,413	1638 - 2024
COMFACHOC O EPSS	116,259,658	336 - 2024	116,259,658	670 - 2024	116,259,658	833 - 2024	116,259,658	1567 - 2024	58,129,829	1618 - 2024
EPS FAMILIAR (ANTES COMFASUCR E EPS)	375,217,066	327 - 2024	375,217,066	652 - 2024	375,217,066	851 - 2024	375,217,066	1582 - 2024	187,608,533	1609 - 2024
EMSSANAR	12,276,405,140	343 - 2024	12,276,405,140	677 - 2024	12,276,405,140	826 - 2024	12,276,405,140	1556 - 2024	6,138,202,570	1636 - 2024
<b>Subtotal Régimen Subsidiado</b>	<b>184,123,616,179</b>		<b>184,123,616,179</b>		<b>184,123,616,179</b>		<b>184,123,616,179</b>		<b>92,061,808,090</b>	
									<b>828,556,272,806</b>	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

**Tabla A-12. Filtros de calidad usados por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la base de datos de MIPRES**

Calidad	Descripción
<b>Cobertura</b>	Fuente de financiación de la tecnología es UPC, salud pública o compra centralizada. La tecnología en salud entregada corresponde a una exclusión que no fue ordenada por tutela. El código de la tecnología reportada no es plenamente identificable, no cruza con códigos Mipres, CUM no incluye trazador.
	Validación del año de entrega correspondiente a la vigencia analizada (solo se corre para el año corriente al cálculo). Validación de tipos de documento. Validación número de documento diferente de vacío o null. Validación cantidades diferentes a null y mayores a cero (tipo numérico). Validación valor entregado diferente a null, a cero y mayor a cero (tipo numérico). Campo tx_contec sea un entero positivo. Campo tx_noentrega sea un entero positivo. Validación tipo de tecnología sea P, M, S, N, D. Código EPS válidos. Validación poblacionales cruce con BDU.A. Valida número de documento debe ser diferente al valor entregado. Valida número de documento debe ser diferente a la cantidad entregada. Valida número de documento debe ser diferente al código de la tecnología. Valida número de documento debe ser diferente al número de la prescripción. Valida código de la tecnología debe ser diferente al valor entregado. Valida código de la tecnología debe ser diferente la cantidad entregada Valida código de la tecnología debe ser diferente al número de la prescripción Valida valor entregado debe ser diferente al número de la prescripción. Valida código de la tecnología debe ser diferente al id reporte de entrega Valida código de la tecnología debe ser diferente al id de entrega Valida código de la tecnología debe ser diferente al id suministro Valida código de la tecnología debe ser diferente al id direccionamiento Valida código de la tecnología debe ser diferente a la cantidad entregada
<b>Consistencia</b>	Validación diferencia de días no mayor a 390 entre la fecha de prescripción y la fecha de entrega
<b>Oportunidad</b>	Validación diferencia de días no mayor a 390 entre la fecha de prescripción y la fecha de entrega
<b>Sin muestras</b>	Tecnologías relacionadas con Covid-19 prescritas a partir del 2020-02-29