

AGENDA

- 1.Registro.
- 2.Presentación.
- 3.Sesión de preguntas.

PRUEBA PILOTO DE IGUALACIÓN TEMPORAL DE LA PRIMA PURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO AL CONTRIBUTIVO DEL SGSSS

Sesión Técnica

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

Febrero, 2015

- I. Introducción.
- II. Antecedentes.
- III. Análisis de la situación.
- IV. Reporte de información.
- V. Validación de la información.

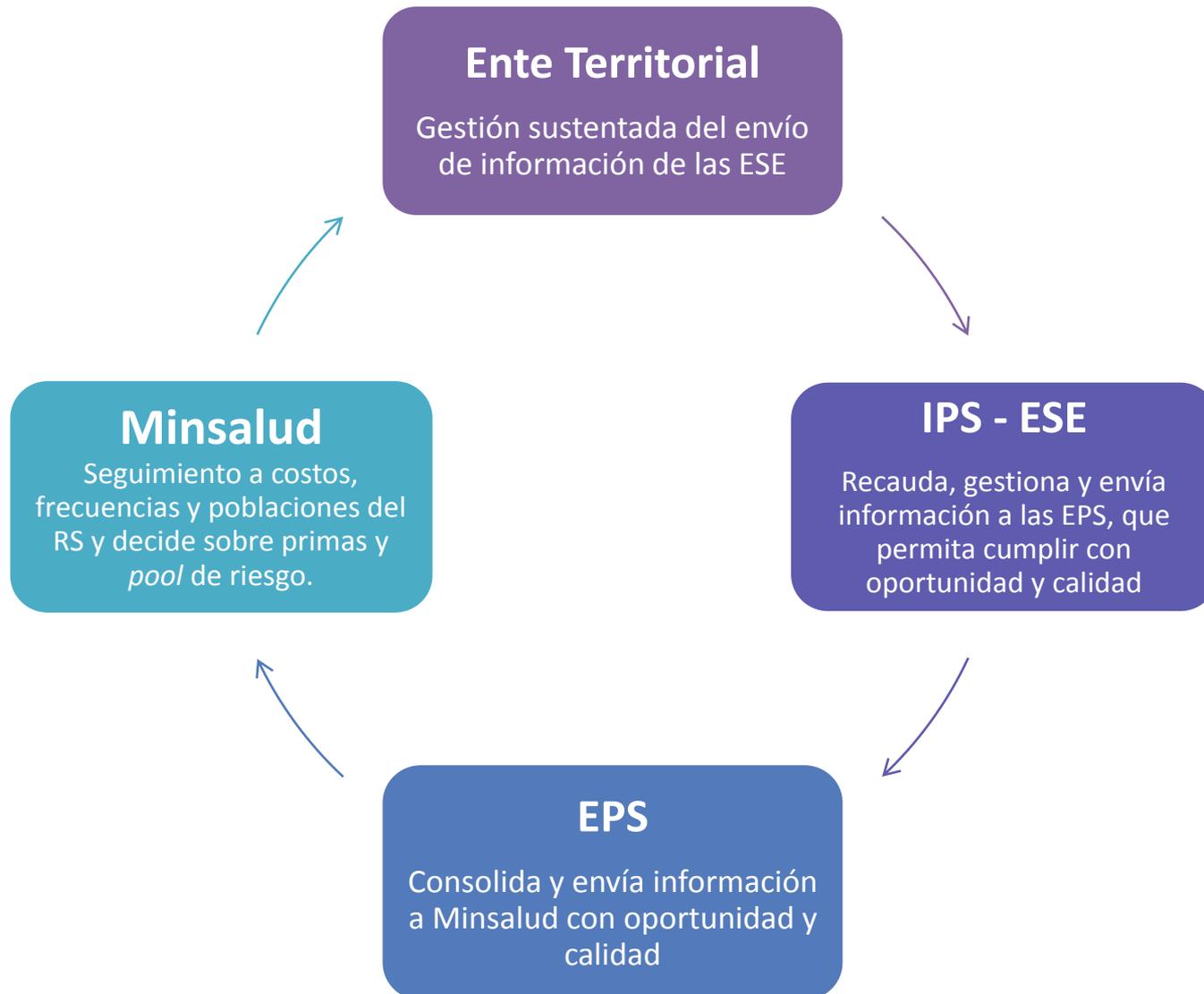
- I. Introducción.
- II. Antecedentes.
- III. Análisis de la situación.
- IV. Reporte de información.
- V. Validación de la información.

I. Introducción

El Ministerio de Salud y Protección Social propuso a la *Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud*, implementar una prueba piloto de igualación de la prima pura del Régimen Subsidiado (RS) a la del Contributivo en Barranquilla, Bogotá, Cali y Medellín.

La *Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud* recomendó la implementación de la prueba piloto.

I. Introducción



Ente
Territorial

I. Introducción.

II. Antecedentes.

III. Análisis de la situación.

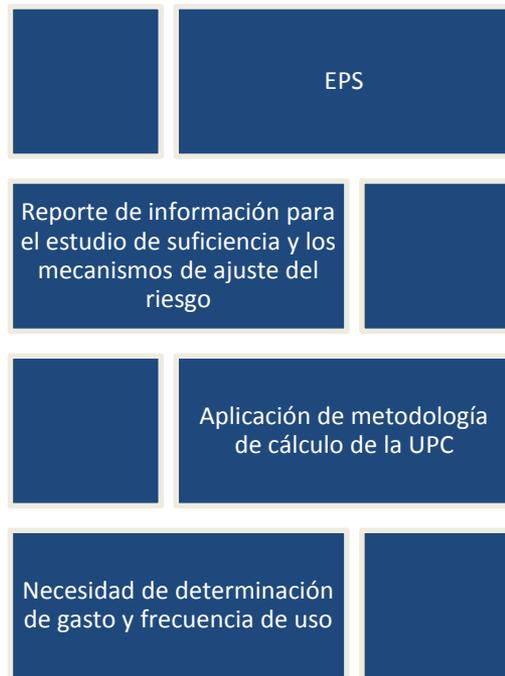
IV. Reporte de información.

V. Validación de la información.

IPS

EPS-S

II. Antecedentes



- Minsalud dispone de un sistema de información, de los estudios técnicos y la metodología apropiada para el cálculo de la UPC.
- Sin embargo, existe un reto en relación con mejorar la oportunidad y la calidad del reporte de la información de servicios de salud, especialmente en el Subsidiado.

II. Antecedentes

Ente
Territorial

La información reportada por las EPS-S en el Monitoreo de Tecnologías en Salud (2014) se puede mejorar

TIPO DE TECNOLOGÍAS	RÉGIMEN	REGISTROS		
		REPORTADOS	ACEPTADOS (%)	NO-ACEPTADOS (%)
MEDICAMENTOS	Contributivo	4.158.226	90%	10%
	Subsidiado	709.623	50%	50%
PROCEDIMIENTOS	Contributivo	5.582	96%	4%
	Subsidiado	2.889	82%	18%
TOTAL		4.876.320	84%	16%

Fuente: Monitoreo de Tecnologías en Salud – 2014. Calidad de la información a Mayo, 2014.

EPS-S

II. Antecedentes

Ente

En términos poblacionales sólo se dispuso de información para cerca del 65% de los afiliados del RS en monitoreo de 2014.

EPS-S que no reportaron en el Monitoreo de Tecnologías en Salud

SUBSIDIADO		
EPS	POBLACIÓN BDUA-MAYO	POBLACIÓN (%) BDUA-MAYO
COOSALUD EPS-S	1.611.564	7,09%
EMDISALUD	470.343	2,07%
CAPRESOCA	147.566	0,65%
CAPRECOM	3.499.882	15,40%
COMFACUNDI	88.898	0,39%
COMFAORIENTE	120.344	0,53%
COMFABOY	105.574	0,46%
COMFAMILIAR - CARTAGENA	240.052	1,06%
COMFAMA	1.755.629	7,73%
TOTAL	8.039.852	35,38%
CONTRIBUTIVO		
EPS	POBLACIÓN BDUA-MAYO	POBLACIÓN (%) BDUA-MAYO
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	46.258	0,23%

Fuente: BDUA-Mayo, 2014 y Monitoreo de Tecnologías en Salud – 2014. Calidad de la información a Mayo, 2014.

II. Antecedentes

Ente
Territorial

- Comisión Asesora – Diciembre, 2014.

La Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud (Sesión: diciembre 18 de 2014) recomendó al Minsalud definir los requisitos y lineamientos para implementar la prueba piloto de igualación temporal de la prima pura de la UPC del RS al RC. Algunas recomendaciones específicas son:

1. Adelantar pruebas piloto de igualación temporal (hasta por dos años) de primas puras en el régimen subsidiado en algunos municipios, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 2º, numeral 5º de la Ley 1608 de 2013, y según las condiciones del régimen subsidiado.
2. Una condición para mantener la prueba piloto es el envío de la información al Ministerio de Salud y Protección Social en la periodicidad, calidad y condiciones que establezca dicho Ministerio.

EPS-S

II. Antecedentes

Ente
Territorial

- Minsalud - Resolución 5968 de Diciembre de 2014.

Resuelve implementar una prueba piloto de igualación de prima pura de la UPC del subsidiado al contributivo en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla; manteniendo las condiciones del RS.

Minsalud

IPS

Duración de 2 años y la continuidad estará sujeta al envío de información en condiciones de oportunidad y calidad, según lo defina la Dirección de Regulación.

Estas ciudades y los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca podrán cofinanciar la prueba piloto con recursos propios. Minsalud Dirección de Financiamiento revisará los planes financieros de salud, cofinanciar la prueba vigencias 2015 -2016,

EPS-S

II. Antecedentes

Ente
Territorial

Obligaciones de las EPS (Artículo 6).

- ✓ Las EPS deben enviar toda la información de prestaciones de 2014, a más tardar el 15 de Julio de 2015.

Minsalud

- ✓ Las EPS-S deberán enviar toda la información de prestaciones de 2015, a más tardar el 15 de Julio de 2016.

IPS

La información reportada deberá cumplir con los requisitos de calidad exigidos por las mallas de validación, y contar con una cobertura mínima del 90%.

EPS-S

II. Antecedentes

Ente
Territorial

Obligaciones de las EPS (Artículo 6).

CORTE	Semana de reporte, fechas límite envío de información por la plataforma PISIS
1er Cuatrimestre: Corte de 1 de Enero de 2015 al 30 de Abril de 2015	Entre los días 25 de Mayo y 31 de Mayo de 2015.
2do Cuatrimestre: Corte del 1 de Mayo de 2015 al 31 de Agosto de 2015	Entre los días 21 de Septiembre y 27 de Septiembre de 2015.
3er Cuatrimestre: Corte del 1 de Septiembre de 2015 al 31 de Diciembre de 2015	Entre los días 25 de Enero y 31 de Enero de 2016

IPS

- ✓ Para la prueba piloto, la información de prestaciones de la vigencia respectiva se enviará cada cuatrimestre y el plazo para su envío será la cuarta semana del siguiente mes. Para vigencias subsiguientes se mantendrá la misma periodicidad, entre tanto dure la prueba piloto.

El incumplimiento de estos plazos será causal de finalización de la prueba piloto para la EPS, con las consecuencias que implican el reverso de esta medida.

Ente
Territorial

I. Introducción.

II. Antecedentes.

III. Análisis de la situación.

IV. Reporte de información.

V. Validación de la información.

IPS

EPS-S

Ente **III. Análisis de la situación**

COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO 2013

EPS	EPS	POBLACION	GASTO	% COB REG	% COB VLR
CCF009	COMFABOY	0,51%	61.728.729.470	96%	96%
CCF023	COMFAMILIAR GUAJIRA	0,60%	51.760.872.247	80%	92%
CCF101	COLSUBSIDIO	0,42%	39.447.295.290	98%	99%
EPS020	CAPRECOM	16,57%	1.797.335.215.913	91%	90%
EPSS34	CAPITAL SALUD	4,90%	557.212.497.378	99%	92%
ESS062	ASMET	7,76%	769.188.777.404	78%	91%
ESS091	ECOOPSOS	1,45%	144.507.750.292	96%	90%
CCF002	COMFAMA	7,98%	730.726.599.168	98%	63%
EPST01	SAVIA SALUD**				
CCF007	COMFAMILIAR ***	1,12%	61.472.068.029		
CCF015	COMFACOR	2,65%	76.671.324.490	96%	37%
CCF018	CAFAM	0,89%	88.069.547.950	97%	108%
CCF024	COMFAMILIAR HUILA	2,50%	210.874.640.443	96%	73%
CCF027	COMFAMILIAR NARIÑO	0,80%	66.644.907.648	96%	80%
CCF033	COMFASUCRE	0,47%	33.588.458.087	94%	60%
CCF045	COMFANORTE	0,28%	6.492.430.371	96%	25%

EPS-S DE LA SELECCIÓN

19% de las EPS

31% de cobertura

% COB REG (Cobertura Registros): Indicador que se calcula entre la cantidad de registros reportados y la cantidad de registros que cumplen con las reglas de calidad.

% COB VLR (Cobertura Valor): Indicador que se calcula entre el valor reportado del gasto de servicios de salud en el periodo de estudio y los registros valorados que cumplen con las reglas de calidad.

** Comfama y Savia Salud se unifica bajo el código de Comfama.

*** Sin soportes –Certificación de Gasto.

Ente **III. Análisis de la situación**

COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO 2013

EPS	EPS	POBLACION	GASTO	% COB REG	% COB VLR
CCF049	COMFAORIENTE	0,56%	15.072.669.589	99%	30%
CCF053	COMFACUNDI	0,43%	39.636.885.177	84%	72%
CCF055	CAJACOPI	2,34%	33.203.099.090	96%	16%
CCF102	COMFACHOCO	0,39%	19.825.904.441	62%	43%
EPS022	CONVIDA	1,70%	1.533.995.006	100%	1%
EPS025	CAPRESOCA	0,68%	27.795.940.038	99%	35%
EPSS03	CAFESALUD	4,74%	323.205.134.911	92%	66%
EPSS26	SOLSALUD liquid***		481.482.418.243	98%	
EPSS33	SALUDVIDA	5,88%	210.496.029.351	95%	53%
ESS002	EMDISALUD	2,21%	166.225.345.707	96%	87%
ESS024	COOSALUD	7,50%	700.027.799.182	96%	87%
ESS076	AMBUQ	3,92%	318.723.255.411	99%	86%
ESS118	EMSSANAR	7,89%	698.074.880.765	98%	85%
ESS133	COMPARTA	7,55%	652.264.239.678	92%	85%
ESS207	MUTUAL SER	5,32%	407.928.983.240	93%	78%

EPS-S

*** Sin soportes –Certificación de Gasto.

Fuente: BD SERVICIOS 2013 - Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2011.

Ente **III. Análisis de la situación**

COBERTURA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO 2013

EPS	EPS	POBLACION	GASTO	% COB REG	% COB VLR
EAS016	EPM	0,06%	18.071.802.915	98%	99%
EPS001	ALIANSA LUD	1,39%	239.672.150.990	99%	100%
EPS002	SALUD TOTAL EPS	9,70%	996.725.279.747	100%	100%
EPS003	CAFESALUD	3,62%	445.910.355.812	95%	93%
EPS005	EPS SANITAS SA	5,59%	606.971.815.448	99%	93%
EPS008	COMPENSAR	4,74%	664.835.776.051	98%	98%
EPS010	SURA	8,46%	873.485.909.960	100%	99%
EPS012	COMFENALCO VALLE	1,55%	217.075.011.402	98%	98%
EPS013	SALUDCOOP	20,23%	2.155.743.098.558	95%	92%
EPS016	COOMEVA	14,06%	1.563.192.669.909	100%	92%
EPS017	EPS FAMILIAR LTDA	7,50%	853.608.569.242	99%	99%
EPS018	S.O.S. EPS	4,17%	509.934.848.285	100%	100%
EPS023	CRUZ BLANCA EPS	2,80%	284.294.495.267	96%	92%
EPS037	NUEVA EPS	13,44%	2.335.342.195.974	100%	98%

70% de las EPS

EPS-C DE LA SELECCIÓN

97% de cobertura

% COB REG (Cobertura Registros): Indicador que se calcula entre la cantidad de registros reportados y la cantidad de registros que cumplen con las reglas de calidad.

% COB VLR (Cobertura Valor): Indicador que se calcula entre el valor reportado del gasto de servicios de salud en el periodo de estudio y los registros valorados que cumplen con las reglas de calidad.

III. Análisis de la situación

Ente Territorial COBERTURA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO 2013

EPS	EPS	POBLACION	GASTO	% COB REG	% COB VLR
EAS027	FERROCARRILES	0,24%	49.896.928.827	96%	79%
EPS009	COMFENALCO ANTIOQ liquidada***	1,73%	259.986.122.952	93%	87%
EPS015	COLPATRIA	0,00%	16.836.208.210	99%	53%
EPS026	SOLSALUD liquidada***	0,00%	43.049.015.692	22%	
EPS033	SALUDVIDA	0,40%	21.491.785.265	95%	76%
EPS039	GOLDEN GROUP EPS	0,31%	36.928.148.995	95%	76%

% COB REG (Cobertura Registros): Indicador que se calcula entre la cantidad de registros reportados y la cantidad de registros que cumplen con las reglas de calidad.

% COB VLR (Cobertura Valor): Indicador que se calcula entre el valor reportado del gasto de servicios de salud en el periodo de estudio y los registros valorados que cumplen con las reglas de calidad.

*** Sin soportes –Certificación de Gasto.

Fuente: BD SERVICIOS 2013 - Subdirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2011.

Ente
Territorial

I. Introducción.

II. Antecedentes.

III. Análisis de la situación.

IV. Reporte de información.

V. Validación de la información.

IPS

EPS-S

IV. Reporte de información

Cartas EPS S

Cartas EPS C

ASUNTO: PRUEBA PILOTO DE IGUALACIÓN TEMPORAL DE LA PRIMA PURA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO AL CONTRIBUTIVO DEL SGSSS. RESOLUCIÓN 5968 DE 2014

Instructivo:

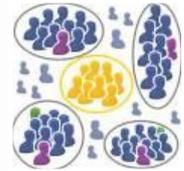
El reporte obligatorio de información por parte de las EPS, según la metodología que se publicó **el 20 de Enero de 2015 en la página WEB del Ministerio**, en la siguiente ruta <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/mi-plan/Paginas/upc-informacion-para-EPS-IPS.aspx>

IV. Reporte de información

VARIABLES DE REPORTE

Ente territorial

Variables demográficas



- Tipo y número de identificación
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Departamento
- Municipio

Variables de prestación de servicios y epidemiológicas



- Código EPS
- Código IPS
- Fecha de prestación del servicio
- Actividad, intervención, procedimiento, medicamento, insumos
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico relacionado
- Ámbito
- Días de estancia, Cantidad dispensada

EPS-S



Variables de la UPC

- Código EPS
- Código IPS
- Valor servicio
- Valor asumido por el usuario (cuota moderadora, copago)
- Forma reconocimiento y pago

Ente
Territorial

Procedimientos

Ejemplo de reporte

EPS-S

IV. Reporte de información

ALGUNAS VARIABLES CLAVE: Reporte de dos diagnósticos (principal y relacionado) y ajustes en su definición.

NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS
Código del Diagnóstico Principal o de ingreso	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal.</p> <p>Corresponde al diagnóstico que dio origen a la hospitalización, urgencia, consulta externa o remisión.</p>	Código del Diagnóstico Principal	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>

IV. Reporte de información

ALGUNAS VARIABLES CLAVE: **Reporte de dos diagnósticos (principal y relacionado) y ajustes en su definición.**

NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS
Código del Diagnóstico Relacionado o Egreso	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p> <p>El diagnóstico de egreso debe ser un diagnóstico confirmado en la mayoría de los casos.</p>

NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS
Código del Diagnóstico Relacionado	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p> <p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>

IV. Reporte de información

Reporte de un Procedimiento, Ecografía abdominal.

Caso hipotético: Mujer de 34 años de edad a quien se le practica ecografía abdominal en la IPS "XAMIRES SAS" de Barranquilla, ordenada por presentar hemorragia uterina anormal. El reporte de la ecografía indica la presencia de mioma uterino submucoso.



Variables demográficas

No.	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	Dato
1	Tipo de registro	2: Indica que el registro es de detalle.	2
2	Consecutivo de registro	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	1
3	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación	CC
4	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	63306071
5	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	1980-08-04
6	Sexo de la persona que recibió el servicio	M: Masculino F: Femenino	F
7	Código Departamento	Éstos se toman de la Tabla: División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE	08
8	Código Municipio	Éstos se toman de la Tabla: División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE.	001

Variables prestación de servicios y epidemiológicas

No.	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	Dato
9	Código del Diagnóstico Principal	Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal.	D250
		*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	
10	Código del Diagnóstico Relacionado	Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.	N938
		*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	

Leiomioma Submucoso Del Útero

Otras hemorragias uterinas o vaginales anormales especificadas

Variables prestación de servicios y epidemiológicas

No.	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	Dato
11	Fecha de Prestación del servicio	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio.</p> <p>Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso.</p> <p>En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.</p> <p>Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.</p>	2015-01-29
12	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamento e insumo	<p>Procedimientos: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, salvo para aquellos procedimientos a los que se les haya asignado otro código en las tablas habituales.</p> <p>Medicamento: La codificación de medicamentos se debe realizar en Código Único de Medicamentos CUM.: Código Único de Medicamentos (CUM) es la identificación numérica asignada a los medicamentos por el INVIMA, disponible en www.invima.gov.co. El CUM está conformado por el número trazador y la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel. El número trazador se compone por el número del expediente del medicamento, bajo el cual se tramitó la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-). Lo anterior según Artículo 2, definiciones de la Resolución 255 de 2007.</p> <p>En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión máxima será de 11 dígitos.</p> <p>Ejemplo: 20059967-15</p>	<p>Dúplex Scanning [Doppler-ecografía] De Vasos Abdominales Y/O Pélvicos NCOC</p> <p>882202</p>

Variables prestación de servicios y epidemiológicas

No.	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	Dato
13	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumo	A: Ambulatorio	A
		H: Hospitalario	
		U: Urgencias	
		D: Domiciliario	
14	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento, insumo	S: Pago por servicio	S
		C: Capitación	
		P: Pago por Paquete o conjunto de atención	
		D: Pago por Diagnóstico	
15	Número de días estancia o Cantidad dispensada	Número de días de estancia: Días que permaneció hospitalizado.	0
		Todos los registros con código de Internación deberán diligenciar este campo. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico, en ámbito hospitalario y forma de reconocimiento y pago por paquete, diagnóstico y servicio sin detalle, se debe incluir valor en este campo con el valor promedio del evento.	
		En los casos de no contar con el detalle de los días de estancia, este campo lo debe diligenciar estimando los días según las estadísticas de la EPS por evento.	
		Cantidad dispensada: La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial, por ejemplo si la presentación comercial por CUM corresponde a caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada y no una caja por 5 viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento.	
		Ver aclaración en la <u>Ilustración No. 1</u> Unidad de reporte según la forma farmacéutica	
		En los registros de medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).	
		Cuando no aplique en ninguno de los dos casos anteriores registrar cero (0).	

Variables de la UPC

No.	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	Dato
16	Valor actividad, intervención y procedimiento, medicamento, insumo	Valor en pesos corrientes sin separador de miles.	50000
		Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad dispensada reportada en el campo anterior.	
		Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	
17	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora y copago)	Corresponde al valor pagado por el usuario, incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).	2500
18	Tipo de codificación utilizada	Valores Permitidos:	CUPS
		CUPS,	
		MEDI,	
		INDI,	
		Resolución 5521 de 2013, Resolución 5926 de 2014.	
19	Código del Prestador de Servicios de Salud	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	300103571

↑
IPS "XAMIREAS SAS"

Entonces:

2;1;CC;63306071;1980-08-04;F;08;001;D250;N938;2015-01-29;882202;A;S;0;50000;2500;CUPS;300103571

Ente
Territorial

Medicamentos

Ejemplo de reporte

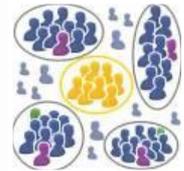
EPS-S

IV. Reporte de información

VARIABLES DE REPORTE

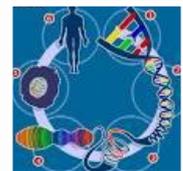
Ente territorial

Variables demográficas



- Tipo y número de identificación
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Departamento
- Municipio

Variables de prestación de servicios y epidemiológicas



- Código EPS
- Código IPS
- Fecha de prestación del servicio
- Actividad, intervención, procedimiento, medicamento, insumos
- Diagnóstico principal
- Diagnóstico relacionado
- Ámbito
- Días de estancia, Cantidad dispensada

EPS-S

Variables de la UPC



- Código EPS
- Código IPS
- Valor servicio
- Valor asumido por el usuario (cuota moderadora, copago)
- Forma reconocimiento y pago

IV. Reporte de información

Reporte de Medicamentos en CUM

No.	NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD MÁXIMA DEL CAMPO	TIPO	VALORES PERMITIDOS
12	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamentos e insumos	15	A	<p>CUPS. La codificación de medicamentos se debe realizar en Código Único de Medicamentos CUM.</p> <p>Código Único de Medicamentos (CUM): Es la identificación numérica asignada a los medicamentos por el INVIMA, disponible en www.invima.gov.co.</p> <p>El CUM está conformado por el número trazador y la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel. El número trazador se compone por el número del expediente del medicamento, bajo el cual se tramitó la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-). Lo anterior según Artículo 2, definiciones de la Resolución 255 de 2007.</p> <p>En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión máxima será de 11 dígitos.</p> <p>Ejemplo: 20059967-15 Insumos: Palabra INSUMOS</p>

IV. Reporte de información

Ente
Territorial

Reporte de Medicamentos en CUM

RESOLUCIÓN 255 DE 2007

“...ARTÍCULO 2o. *DEFINICIONES.* Para efectos de la presente resolución, se establecen las siguientes definiciones:

...Número Trazador: Es el número de expediente del medicamento bajo el cual se tramitó la solicitud de registro sanitario, seguido por un número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, el cual hace parte del CUM”.

EPS-S

IV. Reporte de información

FUENTE

Ente
Territorial

Reporte de Medicamentos en CUM

Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) | https://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=806%3Alistado-codigo-unico-de-medicamentos | Google

- Acidos-álcalis
- Inspección, Vigilancia y Control
- Consulte el Registro Sanitario
- Farmacovigilancia
- Tecnovigilancia
- Reactivovigilancia
- Vacunas
- Red Nacional de Laboratorios
- Salas Especializadas
- Transparencia
- Vuce

✓ Listado Código Único de Medicamentos

Última actualización el Viernes, 16 de Enero de 2015 09:09

Señor usuario para poder visualizar el archivo se debe completar el siguiente procedimiento:

- Hacer clic en Link de Listado Código Único de Medicamentos
- Seleccionar la opción **Guardar**
- Elegir la ubicación deseada
- Ubicar el archivo en el explorador de Windows
- Hacer clic derecho en sobre el seleccionando la opción **abrir con**
- Seleccionando el programa **Microsoft Excel**.
- Seleccionar que si desea abrir el archivo ahora.

Debido a la cantidad de filas del archivo se debe visualizar con office 2007.

- [Listado Código Único de Medicamentos Vigentes](#)
- [Listado Código Único de Medicamentos Vencidos](#)
- [Listado Código Único de Medicamentos en Trámite de Renovación](#)
- [Listado Código Único de Medicamentos Otros Estados](#)

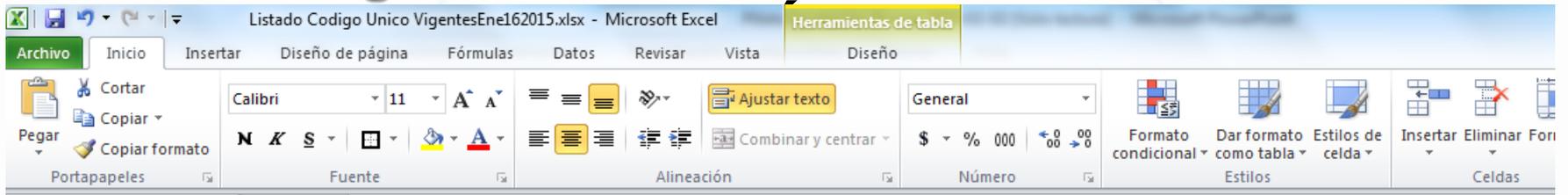
EPS-S

IV. Reporte de información

Ente Territorial

Reporte de Medicamentos en CUM

Listado Código Único de Medicamentos



							CUM			
EXPEDIENTE	PRODUCTO	TITULAR	REGISTRO SANITARIO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO	ESTADO REGISTRO	EXPEDIENTE	CONSECUTIVO	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN PRESENTACIÓN COMERCIAL
2202	PLITICAN TABLETAS.	SANOFI-AVENTIS DE COLOMBIA S.A.	INVIMA 2006M-007695-R2	1996-07-07	2016-07-31	Vigente	2202	1	4	MUESTRA MEDICA: CAJA POR 4 TABLETAS EN BLISTER PVC/ALUMINIO
2202	PLITICAN	SANOFI-AVENTIS DE	INVIMA 2006M-	1996-07-07	2016-07-31	Vigente	2202	2	20	CAJA POR 20 TABLETAS EN BLISTER DE
2203	ACETAMINOFEN	GENFAR S.A.	INVIMA 2006M-	1996-03-05	2016-05-24	Vigente	2203	1	60	FRASCO AMBAR POR 60 ML
2203	ACETAMINOFEN	GENFAR S.A.	INVIMA 2006M-	1996-03-05	2016-05-24	Vigente	2203	1	60	FRASCO AMBAR POR 60 ML
2203	ACETAMINOFEN	GENFAR S.A.	INVIMA 2006M-	1996-03-05	2016-05-24	Vigente	2203	3	90	FRASCO AMBAR POR 90 ML

00002202-01

EPS-S

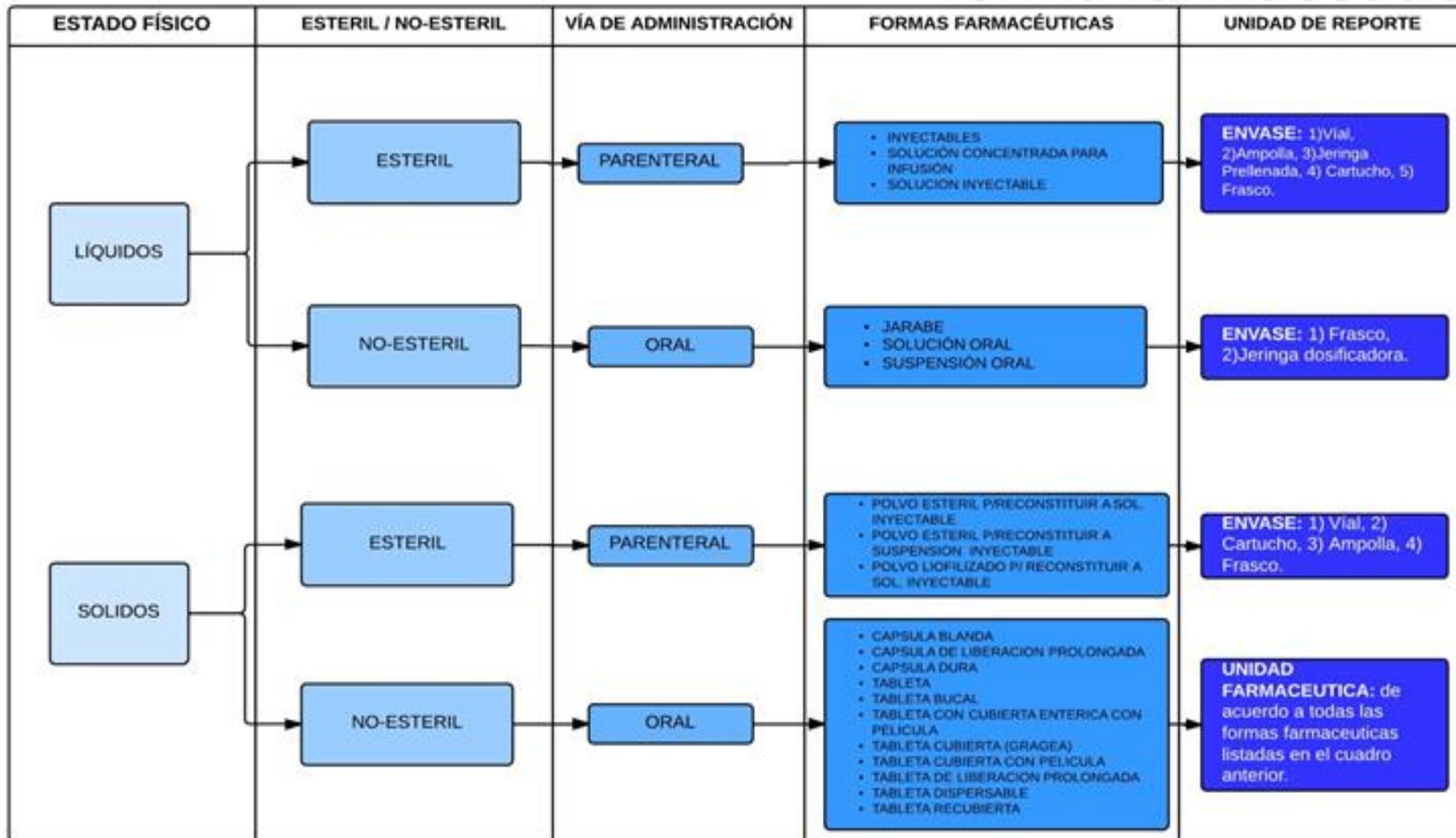
IV. Reporte de información

ALGUNAS VARIABLES CLAVE:

Reporte de cantidad dispensada

No.	NOMBRE DEL CAMPO	LONGITUD MÁXIMA DEL CAMPO	TIPO	VALORES PERMITIDOS
15	Número de días estancia o Cantidad dispensada	3	N	<p>Días que permaneció hospitalizado. Todos los registros con código de Internación deberán diligenciar este campo. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico, en ámbito hospitalario y forma de reconocimiento y pago por paquete, diagnóstico y servicio sin detalle, se debe incluir valor en este campo con el valor promedio del evento. En los casos de no contar con el detalle de los días de estancia, este campo lo debe diligenciar estimando los días según las estadísticas de la EPS por evento.</p> <p>La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial, por ejemplo si la presentación comercial por CUM, corresponde a caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada y no una caja por 5 viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento. Ver Aclaración en la ilustración No. 1. Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios, En los registros de medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0). Cuando no aplique en ninguno de los dos casos anteriores registrar cero (0).</p>

Unidad de reporte según la forma farmacéutica



Fuente: Solicitud de Información a las EPS, para el Monitoreo 2014.

IV. Reporte de información

Reporte de un medicamento, Factor VIII.

Caso hipotético: Paciente de 7 años de edad derivado por un diagnóstico presuntivo de hemofilia debido a una hemorragia producto de una exodoncia de una pieza temporal en la IPS "XAMIRES SAS" de Barranquilla. Durante la hospitalización de 3 días, el paciente fue evaluado por el hematólogo tratante y media hora antes de cada sesión odontológica se administraba 500 U de factor VIII. Se administraron en total 1500 unidades de Factor VIII.



Variables demográficas

No.	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	Dato
1	Tipo de registro	2: Indica que el registro es de detalle.	2
2	Consecutivo de registro	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo.	1
3	Tipo de Identificación de la persona que recibió el servicio	MS: Menor sin identificación RC: Registro Civil TI: Tarjeta de Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula de Extranjería PA: Pasaporte CD: Carné Diplomático AS: Adulto sin identificación	TI
4	Número de Identificación de la persona que recibió el servicio	Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012.	1014850168
5	Fecha de Nacimiento de la persona que recibió el servicio	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	2008-01-31
6	Sexo de la persona que recibió el servicio	M: Masculino F: Femenino	M
7	Código Departamento	Éstos se toman de la Tabla: División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE	08
8	Código Municipio	Éstos se toman de la Tabla: División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE.	001

Variables prestación de servicios y epidemiológicas

No.	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	Dato
9	Código del Diagnóstico Principal	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde al diagnóstico principal, es decir, la enfermedad o afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la atención del paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hace ningún diagnóstico, se selecciona el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante, como afección principal.</p>	<p>Deficiencia hereditaria del factor VIII</p> <p>D66X</p>
		<p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	
10	Código del Diagnóstico Relacionado	<p>Codificación en CIE 10. Corresponde a otras afecciones o problemas de salud relacionados con el diagnóstico principal y que coexisten o surgen durante el proceso de atención del paciente afectando la duración de la estancia hospitalaria o el tratamiento suministrado.</p>	<p>Pérdida de dientes debida a accidente, extracción o enfermedad periodontal local</p> <p>K081</p>
		<p>*Este reporte deberá ajustarse a las exigencias establecidas por el lineamiento técnico para el registro de RIPS, dado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	

Variables prestación de servicios y epidemiológicas

No.	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	Dato
11	Fecha de Prestación del servicio	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio.</p> <p>Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso.</p> <p>En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.</p> <p>Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.</p>	2015-02-04
12	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamento e insumo	<p>Procedimientos: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, salvo para aquellos procedimientos a los que se les haya asignado otro código en las tablas habituales.</p> <p>Medicamento: La codificación de medicamentos se debe realizar en Código Único de Medicamentos CUM.: Código Único de Medicamentos (CUM) es la identificación numérica asignada a los medicamentos por el INVIMA, disponible en www.invima.gov.co. El CUM está conformado por el número trazador y la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel. El número trazador se compone por el número del expediente del medicamento, bajo el cual se tramitó la solicitud del registro sanitario, seguido por el número consecutivo asignado por el INVIMA a cada presentación comercial, separados por un guion (-). Lo anterior según Artículo 2, definiciones de la Resolución 255 de 2007.</p> <p>En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión máxima será de 11 dígitos.</p> <p>Ejemplo: 20059967-15</p>	00201884-01

Variables prestación de servicios y epidemiológicas

No.	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	Dato
13	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumo	A: Ambulatorio	H
		H: Hospitalario	
		U: Urgencias	
		D: Domiciliario	
14	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento, insumo	S: Pago por servicio	S
		C: Capitación	
		P: Pago por Paquete o conjunto de atención	
		D: Pago por Diagnóstico	
15	Número de días estancia o Cantidad dispensada	I: Pago Directo	3
		Número de días de estancia: Días que permaneció hospitalizado.	
		Todos los registros con código de Internación deberán diligenciar este campo. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico, en ámbito hospitalario y forma de reconocimiento y pago por paquete, diagnóstico y servicio sin detalle, se debe incluir valor en este campo con el valor promedio del evento.	
		En los casos de no contar con el detalle de los días de estancia, este campo lo debe diligenciar estimando los días según las estadísticas de la EPS por evento.	
		Cantidad dispensada: La cantidad dispensada del medicamento se debe reportar en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial, por ejemplo si la presentación comercial por CUM corresponde a caja por 5 viales, se debe reportar la cantidad de viales dispensada o administrada y no una caja por 5 viales, por lo tanto la cantidad a reportar depende de la forma farmacéutica del medicamento.	
		Ver aclaración en la <u>Ilustración No. 1</u> Unidad de reporte según la forma farmacéutica	
En los registros de medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0).			
Cuando no aplique en ninguno de los dos casos anteriores registrar cero (0).			

Variables de la UPC

No.	NOMBRE DEL CAMPO	VALORES PERMITIDOS	Dato
16	Valor actividad, intervención y procedimiento, medicamento, insumo	Valor en pesos corrientes sin separador de miles.	1526909
		Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad dispensada reportada en el campo anterior.	
		Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	
17	Valor asumido por el usuario (Cuota moderadora y copago)	Corresponde al valor pagado por el usuario, incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles y sin decimales. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a órdenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).	2500
18	Tipo de codificación utilizada	Valores Permitidos:	MEDI
		CUPS,	
		MEDI,	
		INDI,	
		Resolución 5521 de 2013, Resolución 5926 de 2014.	
19	Código del Prestador de Servicios de Salud	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	300103571

Entonces:

2;1;TI;1014850168;2008-01-31;M;08;001;D66X;K081;2015-02-04;00201884-01;H;S;3;1526909;2500;MEDI;300103571

EPS-S

Ente
Territorial

CALIDADES

EPS-S

IV. Validación de la información

Se aplican ocho (8) calidades a la información reportada:

Calidad 1 Verificación de la estructura de los archivos de reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido en la solicitud de información.

Calidad 2 y 3 Verificación de la consistencia interna de la información; se relaciona con la revisión de las relaciones entre diagnósticos con edad y sexo; y actividades, intervenciones y procedimientos con sexo. Verificación cruzada de la información buscando la correspondencia entre las actividades, intervenciones y procedimientos con su ámbito y días de estancia, y en el ámbito ambulatorio alertas en cuanto a valores reconocidos máximos y mínimos.

En la consistencia interna de la información se realizan validaciones cruzadas entre dos o más variables de la solicitud, utilizando dos tablas una para Diagnósticos y otra para Actividad, intervención y procedimiento.

- Diagnósticos

Para la validación del Diagnóstico se utiliza la tabla de CIE10 con cinco columnas (código del diagnóstico, nombre del diagnóstico, sexo, edad mínima y edad máxima).

La primera columna se utiliza para la validación del campo en calidad 1, la columna Diagnóstico, sexo, Edad Min. y Edad Máx. Se hacen validaciones cruzadas de la siguiente manera:

IV. Validación de la información

Se aplican ocho (8) calidades a la información reportada:

Calidad 2 y 3

Sexo: (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.

Edad: El valor de la edad se calcula en años con la fecha de nacimiento que aparece en el reporte y el 31 de Diciembre de 2013, para los casos en los cuales no existe un límite inferior el valor es cero en la tabla y para los casos en los cuales no existe límite superior el valor es 999 en la tabla

- Actividad, intervención y procedimiento.

Para la validación de Actividad, intervención y procedimiento se utiliza la tabla de CUPS con 8 columnas: Código, Descripción, sexo, Ámbito, límite inferior, límite superior, estancia, único. Las cuales cruzan dos o tres columnas según los siguientes criterios:

1. La primera columna se utiliza para la validación del campo en calidad 1.
2. La primera columna y la columna sexo valida el género de la actividad, intervención y/o procedimiento, (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.
3. La primera columna y la columna Ámbito validan el ámbito de la actividad, intervención y/o procedimiento A: Ambulatorio, H: Hospitalario, U: Urgencias, D: Domiciliario, Z: Indistinto

IV. Validación de la información

Se aplican ocho (8) calidades a la información reportada:

Calidad 2 y 3

4. La primera columna y las columnas límite inferior y límite superior hace validación cruzada entre actividad, intervención y/o procedimiento, forma de reconocimiento "S" y los valores tarifario mayores 1,5, menores 0,5 o iguales a cero (0). Esta validación no genera un error es solo una alerta para que la EPS tenga en cuenta por si al generar el archivo se generan valores de consultas de medicina general de \$300.000.000 como ocurrió en anteriores ocasiones.

5. La primera columna, el ámbito y la columna estancia hace las siguientes validaciones:

- ámbito A o U o D tiene días de estancia cero, son códigos de la columna estancia marcados con B.
- Si ámbito es H debe tener días de estancia mayor que cero, son los códigos de la columna estancia marcados con E.

6. La primera columna y ámbito hacen las siguientes

- Forma de reconocimiento "T" y ámbito "H" debe tener días de estancia mayor que cero
- Forma de reconocimiento diferente de "T" y códigos de la columna ámbito marcado como "H" días de estancia mayores que cero

IV. Validación de la información

Se aplican ocho (8) calidades a la información reportada:

Calidad 4

Verificación de derechos de los usuarios, cruza los usuarios a los que se les prestaron servicios contra la totalidad de las base de datos de poblacionales disponibles.

Calidad 5

Verificación de atenciones en salud únicas, detecta registros iguales por año y día con las variables de identificación y fecha de servicio.

Para la validación de atenciones en salud únicas, se utiliza la tabla de CUPS, la validación se hace con la primera y última columna aplicando las siguientes reglas:

- Duplicados A (Únicos Año), registros iguales por EPS, tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, actividad
- Duplicados G (Únicos fecha de Servicio), registros iguales EPS, tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, fecha de servicio, actividad

IV. Validación de la información

Se aplican ocho (8) calidades a la información reportada:

Calidad 6

Verificación de frecuencias y valor de afiliados con frecuencias mayores a 100 actividades anuales y valores de prestación de servicios mayores a \$100.000.000 de pesos.

En este proceso de calidad se cuentan las actividades por afiliado con los criterios de agrupación EPS, tipo de identificación, número de identificación y forma de reconocimiento y pago y se seleccionan aquellos con cien (100) o más actividades.

Calidad 7

Verificación de las actividades de afiliados con el mismo tipo de identificación y número de identificación que aparecen con diferente sexo o fecha de nacimiento.

Calidad 8

Verificación de la existencia de prestadores reportados por código de habilitación frente a la base de datos REPS del SGSSS y al anexo del campo 19.

Ente
Territorial

Gracias por su atención.

Minsalud

IPS

EPS-S