



**SOLICITUD DE INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD SEGUIMIENTO A
TECNOLOGÍAS**

**RESOLUCIÓN 5521 DE 2013
RESOLUCIÓN 5592 DE 2015
RESOLUCION 6408 DE 2016**

PERÍODO SOLICITADO AÑO 2017

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
BOGOTÁ, ABRIL DE 2017**

TABLA DE CONTENIDO

1	PROPÓSITO	4
2	ALCANCE	4
3	OBJETIVOS	4
3.1	Objetivo General	4
3.2	Objetivos Específicos.....	4
4	MARCO NORMATIVO	5
5	DEFINICIONES	9
6	INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN	15
6.1	INFORMACIÓN QUE DEBE SER ENVIADA POR LA EPS SOBRE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD SELECCIONADAS PARA MONITOREO - MTS 2017.....	15
6.1.1	ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DE LOS ARCHIVOS.....	15
6.1.2	ESTRUCTURA DEL CONTENIDO DEL ARCHIVO.....	16
6.1.3	Registro tipo 1 – Registro de control.....	16
6.1.4	Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS QUE SE ENCUENTRAN MONITOREADOS E INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (PBSUPC). CODIGO CUPS.....	17
6.1.5	Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de: DISPOSITIVOS ENTREGADOS QUE SE ENCUENTRAN MONITOREADOS E INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (PBSUPC). CODIGO CUPS.....	20
6.1.6	Registro tipo 4 – Registro de detalle para el reporte de: MEDICAMENTOS MONITOREADOS Y DISPENSADOS QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (PBSUPC). CODIGO CUM	23
7	CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS	31
8	PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS	32
9	INFORMACIÓN A REPORTAR	32
10	PERÍODOS PARA REPORTAR LA INFORMACIÓN	32
11	CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Normatividad aplicable al Plan de Beneficios con cargo a la UPC de los Regímenes Contributivo y Subsidiado	6
Tabla 2 Fechas de reporte	9
Tabla 3 Estándar para el nombre de los archivos	15
Tabla 4 Nombre del Archivo.....	16
Tabla 5 Tipos de registro que conforman el archivo	16
Tabla 6 Primer registro que debe aparecer en cada archivo enviado.	16
Tabla 7 Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de Procedimientos	17
Tabla 8 Registro tipo 3 Estructura de los registros de detalle de Dispositivos Médicos.....	20
Tabla 9 Registro tipo 4 Estructura de los registros de detalle para medicamentos.....	23
Tabla 10 Códigos de reporte de dispositivos: Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, Glucómetro, Tirillas, Lancetas y Kit Ostomía	31

1 PROPÓSITO

La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, pretende conocer, analizar, contribuir a la toma de decisiones y divulgar el comportamiento de tecnologías en salud a las cuales tienen derecho los usuarios del SGSSS.

2 ALCANCE

La presente solicitud de información precisa los lineamientos del reporte del seguimiento de las tecnologías en salud, que se monitorearán trimestralmente y que dan cuenta de las inclusiones realizadas para los años 2014 y 2016.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Analizar y divulgar el comportamiento de tecnologías en salud seleccionadas para monitoreo durante los años 2014, 2015, 2016 y 2017 generando información que contribuya en la toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2 Objetivos Específicos

- Analizar el comportamiento de las tecnologías en salud seleccionadas para monitoreo.
- Generar información analizada que contribuya en la toma de decisiones en el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Divulgar los resultados del monitoreo a través de boletines.

Alcanzar los anteriores objetivos requiere de un avance escalonado a través de dos (2) componentes:

- Monitoreo, seguimiento y evaluación de tecnologías incluidas en la actualización del plan de beneficios
- Políticas de regulación en salud

Los anteriores componentes permiten reconocer una estructura mínima de operación del monitoreo que requiere para su funcionamiento, de la construcción y adaptación de los siguientes procesos:

1) Proceso de construcción de información:

- Recolección de información

- Validación de la información recibida
- Disponibilidad de la información

2) Proceso de análisis y fortalecimiento de la gestión:

- Definición de las unidades de análisis
- Niveles de análisis
- Generación de resultados

3) Proceso de divulgación:

- Socialización de análisis
- Boletín del monitoreo
- Evidencia para toma de decisiones

4 MARCO NORMATIVO

La Ley 100 de 1993, marco de la organización y funcionamiento del Sistema, establece entre otras cosas, que éste debe garantizar el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención, que los servicios de salud a los que se garantizará acceso están definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y que todo ciudadano debe participar en el SGSSS. Por dichos servicios se reconoce a las EPS un valor de prima llamado Unidad de Pago por Capitación (UPC), que debe ser definido por la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud. El valor de la UPC debe ser revisado por lo menos una vez al año y el contenido del plan de beneficios POS según los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población.

Por su parte la Ley 1438 de 2011 establece en su Artículo 114. OBLIGACIÓN DE REPORTAR: “Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, de los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, de las empresas farmacéuticas, de las cajas de compensación, de las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna”.

El Ministerio de Salud y Protección Social es competente para definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- para la financiación del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen según las normas del Régimen Contributivo, en virtud de lo dispuesto en el Decreto 4107 de 2011, artículo 2º numeral 32 modificado por el artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, y el numeral 7 del artículo 7º de este último Decreto.

La información para el monitoreo de tecnologías en salud se solicita con fundamento en la Resolución 6408 de 2016, “ARTÍCULO 137. DEBER DE INFORMACIÓN. Para efectos de la actualización del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, o análisis y cálculos de la Unidad

de Pago por Capitación, los usuarios, pacientes, las EPS o las entidades que hagan sus veces y las IPS, deberán suministrar la información veraz, completa, con la estructura, nivel de detalle, calidad y oportunidad que la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud requiera”.

Al igual que en la Resolución 6411 de 2016 en la cual se norma:

“Artículo 22. Las direcciones territoriales de salud, las Entidades Promotoras de Salud - EPS, los prestadores de servicios de salud, las Cajas de Compensación Familiar — CCF, las administradoras de riesgos laborales – ARL y los demás actores y agentes del sistema, deberán proveer la información solicitada por parte de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud de este Ministerio con calidad, oportunidad de forma confiable en la estructura que se establezca, atendiendo el nivel de detalle que se requiera, en los instructivos, formatos y conforme con la metodología prevista para el efecto.

“Artículo 23. La Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento de Salud, requerirá la información que permita recolectar, procesar, estimar, monitorear y evaluar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación —UPC, en los instructivos y formatos que deberán contener como mínimo tiempos de reporte y retroalimentación, sin perjuicio de que pueda solicitar información adicional tanto histórica como de la vigencia.

Parágrafo. La información sobre las tecnologías en salud prestadas a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, suministrada por los diferentes actores del sistema deberá estar codificada según la normatividad vigente, en el caso de medicamentos para el 2015, conforme la Resolución 255 de 2007 y sus normas modificatorias. Para el caso de procedimientos, la regulación será la Resolución 4678 de 2015 y Resolución 5975 de 2016 y sus normas modificatorias. En los casos en los cuales las tecnologías en salud no se encuentren dentro de la categoría de medicamentos o de procedimientos, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, definirá los códigos de reporte”.

Tabla 1 Normatividad aplicable al Plan de Beneficios con cargo a la UPC de los Regímenes Contributivo y Subsidiado

Norma	Tema o asunto
Resolución 5261 de 1994	“Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud”
Resolución 2816 de 1998	Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública
Resolución 3384 del 2000	Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.
Acuerdo 260 de 2004	Define las bases para cobros de cuotas moderadoras y copagos
Circular Externa 094 de 2004 (Noviembre 26)	Aclaración de cobertura de servicios para la Rehabilitación Pulmonar en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo.
Resolución 4905 de 2006	Norma técnica para IVE

Norma	Tema o asunto
Resolución 3442 de 2006	Guías para atención de ERC y VIH-Sida
Resolución 2933 de 2006	Suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y recobro de la EPS al Fosyga
Circular Externa 010 de 2006 (Marzo 22)	Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando está en peligro la vida de los pacientes. Atención Inicial de Urgencias
Ley 1122 de 2007	Reduce Periodo Mínimo de Cotización (PMC) a 26 semanas, artículo 14.
Acuerdo 365 de 2007	Se establecen excepciones de copagos a grupos poblacionales específicos
Ley 1122 de 2007	Exime de copago a afiliados en Régimen Subsidiado con clasificación Sisben 1
Circular Externa No 63 de 2007	Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH
Resolución 4003 de 2008	Anexo técnico para cumplimiento del Acuerdo 395
Resolución 7693 de 2008	Norma técnica sobre Planificación familiar
Acuerdo 004 de 2009 de la CRES	Se da cumplimiento a la sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 005 de 2009 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la sentencia T-760 DE 2008.
Acuerdo 008 de 2009 de la CRES	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 009 de 2009 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capacitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2010
Acuerdo 011 de 2010 de la CRES	Por el cual se da cumplimiento al Auto No 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional
Acuerdo 012 de 2010 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capacitación para adelantar una experiencia piloto de aplicación de la cobertura de salud mediante la unificación de los Planes de Beneficio de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito de Barranquilla y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
Acuerdo 013 de 2010 de la CRES	Se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de los servicios de salud mediante la unificación de los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la población afiliada al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.
Acuerdo 019 de 2010 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación-UPC para los Regímenes Contributivo y Subsidiado
Acuerdo 023 de 2011 de la CRES	Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a partir del primero de abril del año 2011.
Acuerdo 025 de 2011 de la CRES	Se realizan unas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
Acuerdo 027 de 2011 de la CRES	Se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
Acuerdo 028 de 2011 de la CRES	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Acuerdo 029 de 2011 de la CRES	Se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Acuerdo 030 de 2011 de la CRES	Se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2012.
Acuerdo 032 de 2012 de la CRES	Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado.
Resolución 4480 de 2012 de Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones

Norma	Tema o asunto
Resolución 78 de 2013 de Minsalud	Por la cual se corrige un error simplemente formal de carácter aritmético contenido en la Resolución número 4480 de 2012, "por la cual fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5521 de 2013 Minsalud	Se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.
Resolución 5522 de 2013 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones
Resolución 1952 de 2014 Minsalud	Por la cual se reconoce una prima adicional para zona alejada del continente al valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el año 2014 en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2739 de 2014 Minsalud	Por la cual se adopta el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para el año 2014 para la población reclusa a cargo del INPEC y se dictan otras disposiciones
Resolución 5729 de 2014 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena del Régimen Subsidiado para el año 2014 a reconocer a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5925 de 2014 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5926 de 2014 Minsalud	Por la cual se ajusta el Anexo 01 de la resolución 5521 de 2013.
Resolución 5968 de 2014 Minsalud	Por la cual se implementa el procedimiento para la aplicación de pruebas piloto de igualación de la prima pura de la Unidad de Pago por Capitación – UPC del Régimen Subsidiado al contributivo de la seguridad social en salud y modifica la Resolución 5925 de 2014.
Resolución 4678 de 2015 Minsalud	Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en salud – CUPS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5592 de 2015 Minsalud	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS y se dictan otras disposiciones.
Resolución 5593 de 2015 Minsalud	Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la cobertura del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2016 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1352 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS
Decreto 780 de 2016 Presidencia	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades
Resolución 5975 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2.
Resolución 6408 de 2016 Minsalud	Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)
Resolución 6411 de 2016 Minsalud	"Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones"

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

“**Artículo 24.** Las fechas de reporte y retroalimentación de los estudios adelantados por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, son las indicadas a continuación”:

Tabla 2 Fechas de reporte

Estudio	Mes de solicitud de información	Mes de reporte de información	Periodicidad del reporte
Monitoreo de Tecnologías en Salud	Abril	1. Abril 2. Julio 3. Octubre 4. Enero 2018	Trimestral – Discriminado de manera mensual

“Lo anterior, sin perjuicio de solicitar en cualquier oportunidad la información complementaria que, a juicio de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, resulte necesaria para la elaboración de estos reportes”.

5 DEFINICIONES¹

1. **Actividad de salud:** conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos. Esta definición también se utiliza para referirse a atención en salud.
2. **Aparato Ortopédico:** es un dispositivo médico fabricado específicamente siguiendo la prescripción escrita de un profesional de la salud, para ser utilizado por un paciente afectado por una disfunción o discapacidad del sistema neuromuscular o esquelético. Puede ser una ayuda técnica como prótesis u órtesis, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema u órgano afectado.
3. **Atención ambulatoria:** modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente. También cubre la realización de procedimientos y tratamientos conforme a la normatividad de calidad vigente.
4. **Atención con internación:** modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria, salvo en los casos de urgencia u hospital día. Para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.

¹ Resolución 6408 de 2016 Minsalud.

5. **Atención de urgencias:** modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.
6. **Atención domiciliaria:** modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.
7. **Cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento:** procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente sin efectos funcionales u orgánicos.
8. **Cirugía plástica reparadora o funcional:** procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales. Incluye reconstrucciones, reparación de ciertas estructuras de cobertura y soporte, manejo de malformaciones congénitas y secuelas de procesos adquiridos por traumatismos y tumoraciones de cualquier parte del cuerpo.
9. **Combinación de dosis fijas (CDF):** medicamento que contiene 2 o más principios activos en concentraciones específicas.
10. **Complicación:** alteración o resultado clínico no deseado, que sobreviene en el curso de una enfermedad o condición clínica, agravando la condición clínica del paciente y que puede provenir de los riesgos propios de la atención en salud, de la enfermedad misma o de las condiciones particulares del paciente.
11. **Concentración:** cantidad de principio activo contenido en una forma farmacéutica medida en diferentes unidades (mg, g, UI, entre otras).
12. **Consulta médica:** es la valoración y orientación brindada por un médico en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud. La valoración es realizada según los principios de la ética médica y las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, y comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.
13. **Consulta odontológica:** valoración y orientación brindada por un odontólogo a las situaciones relacionadas con la salud oral. Comprende anamnesis, examen clínico, análisis, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento. La consulta puede ser programada

o de urgencia según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad; intramural o ambulatoria según el sitio de realización.

14. **Consulta psicológica:** es una valoración y orientación realizada por un profesional en psicología que consta de: anamnesis, evaluación general del estado emocional, socio afectivo y comportamental, incluyendo en caso, de ser necesario, la aplicación de test o pruebas psicológicas, así como la definición de un plan de tratamiento.
15. **Cuidados Paliativos:** son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.
16. **Dispositivo médico para uso humano:** cualquier instrumento, aparato, máquina, software, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, propuesta por el fabricante para su uso en:
 - a) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento o alivio de una enfermedad.
 - b) Diagnóstico, prevención, supervisión, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia.
 - c) Investigación, sustitución, modificación o soporte de la estructura anatómica o de un proceso fisiológico.
 - d) Diagnóstico del embarazo y control de la concepción.
 - e) Cuidado durante el embarazo, el nacimiento o después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.
 - f) Productos para desinfección y/o esterilización de dispositivos médicos.
17. **Enantiómero:** los enantiómeros son un tipo particular de estereoisómeros que dependiendo de la disposición espacial de los átomos se denominan "S" o "R" y según hacia donde rota el plano de la luz polarizada, se denominan "dextro" (d) si es hacia la derecha o "levo" (l) si es hacia la izquierda.
18. **Enfermedad crónica degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida:** es aquella que es de larga duración, ocasiona grave pérdida de la calidad de vida, demuestra un carácter progresivo e irreversible que impide esperar su resolución definitiva o curación y es diagnosticada por un médico experto.
19. **Enfermo en fase terminal:** aquel que es portador de una enfermedad o condición patológica grave, que ha sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto, que demuestra un carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en plazo relativamente breve, que no sea susceptible de un tratamiento curativo y de eficacia

comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima o para la cual los recursos terapéuticos utilizados con fines curativos han dejado de ser eficaces.

20. **Equipo biomédico:** dispositivo médico operacional y funcional que reúne sistemas y subsistemas eléctricos, electrónicos o hidráulicos, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser usado en seres humanos con fines de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. No constituyen equipo biomédico aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un solo uso.
21. **Esteroisómero:** es una molécula que puede presentarse en diferentes posiciones espaciales teniendo la misma fórmula química.
22. **Forma farmacéutica:** preparación farmacéutica que caracteriza a un medicamento terminado para facilitar su administración. Se consideran como formas farmacéuticas entre otras: jarabes, tabletas, cápsulas, ungüentos, cremas, soluciones inyectables, óvulos, tabletas de liberación controlada y parches transdérmicos.
23. **Hospital Día:** modalidad de prestación de servicios de salud en internación parcial, entendida como la atención intramural o institucional por un plazo inferior a doce (12) horas, con la intervención de un grupo interdisciplinario integrando distintas actividades terapéuticas, con el objetivo de conseguir la autonomía del paciente sin separarlo de su entorno familiar.
24. **Interconsulta:** es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales de la salud, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones técnico-científicas sobre la conducta a seguir con el paciente.
25. **Intervención en salud:** conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.
26. **Margen terapéutico:** intervalo de concentraciones de un fármaco dentro del cual existe alta probabilidad de conseguir la eficacia terapéutica, con mínima toxicidad.
27. **Material de curación:** dispositivos y medicamentos que se utilizan en el lavado, irrigación, desinfección, antisepsia y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos o insumos empleados.
28. **Medicamento:** es aquel preparado farmacéutico, obtenido a partir de principios activos, con o sin sustancias auxiliares, presentado bajo forma farmacéutica a una concentración dada y que se utiliza para la prevención, alivio, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado.

29. **Medicinas y terapias alternativas:** son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población desde un enfoque holístico.
30. **Mezcla Racémica:** es un compuesto que tiene igual proporción de cada enantiómero simple.
31. **Órtesis:** dispositivo médico aplicado de forma externa, usado para modificar la estructura y características funcionales del sistema neuromuscular y esquelético.
32. **Principio activo:** cualquier compuesto o mezcla de compuestos destinada a proporcionar una actividad farmacológica u otro efecto directo en el diagnóstico, tratamiento o prevención de enfermedades; o a actuar sobre la estructura o función de un organismo humano por medios farmacológicos. Un medicamento puede contener más de un principio activo.
33. **Procedimiento:** acciones que suelen realizarse de la misma forma, con una serie común de pasos claramente definidos y una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación.
34. **Prótesis:** dispositivos médicos que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica.
35. **Psicoterapia:** de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS, la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante.
36. **Referencia y Contrarreferencia:** conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnico-administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.
37. **Referencia:** es el envío del paciente o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador, para atención en salud o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades en salud del usuario.

38. **Contrarreferencia:** es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.
39. **Subgrupo de referencia:** son agrupaciones de medicamentos que se realizan teniendo en cuenta características específicas como la codificación internacional ATC a nivel de principio activo, estructura química, efecto farmacológico y terapéutico o similitud de características como indicaciones o patología. Las agrupaciones en ningún momento pretenden establecer criterios de intercambiabilidad terapéutica, son la expresión de cobertura de un plan implícito. En cuanto a subgrupos de referencia, el plan de beneficios podrá definir un Valor Máximo de Reconocimiento para el Cálculo de la Prima por Subgrupo o expresar únicamente la cobertura para el subgrupo de referencia sin establecer dicho valor.
40. **Tecnología en salud:** actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud.
41. **Telemedicina:** es la provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población a los servicios que presenten limitaciones de oferta o de acceso a los servicios en su área geográfica.
42. **Valor Máximo de Reconocimiento (VMR):** es el valor máximo que sirve para definir la orientación de la financiación pública hacia un valor de referencia a reconocer por cualquier medicamento del grupo que se conforme. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado anual, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SISMED; dicho valor se ajusta teniendo en cuenta, de ser necesario, por dosis promedio de prescripción y manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC. La expresión del valor puede establecerse bien sea como un total o una expresión per cápita según el número de expuestos.

El Valor Máximo de Reconocimiento no se constituye en una regulación o fijación de precios del mercado, ni en un valor de facturación o tarifa única, por tanto no debe utilizarse como reconocimiento de valores de tratamientos entre actores.

6 INSTRUCTIVO PARA EL REPORTE DE INFORMACIÓN

Cada EPS enviará al MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, en archivos planos, el reporte de las Tecnologías en Salud utilizando la Plataforma de Integración PISIS de este MINISTERIO.

6.1 INFORMACIÓN QUE DEBE SER ENVIADA POR LA EPS SOBRE LAS TECNOLOGÍAS EN SALUD SELECCIONADAS PARA MONITOREO - MTS 2017.

6.1.1 ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DE LOS ARCHIVOS.

Tabla 3 Estándar para el nombre de los archivos

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Requerido
Módulo de información	MPP	Identificador del módulo de información: Registro de Medicamentos y Procedimientos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación	3	SI
Tipo de Fuente	140	Fuente de la Información: EPS	3	SI
Tema de información	MPPO	Información sobre las Tecnologías en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación seleccionadas para MTS 2017.	4	SI
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, correspondiente al último día calendario del período de información reportada. No se debe utilizar ningún tipo de separador.	8	SI
Tipo de identificación de la entidad que reporta	NI	Tipo de identificación de la entidad que realiza el reporte de la información: NI	2	SI
Número de identificación de la entidad que reporta	999999999999	Número de NIT de la entidad que reporta la información, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño de campo. Ejemplo: 000860999123	12	SI
Régimen	X	Corresponde al régimen de la EPS. Valores permitidos: S:Subsidiado C: Contributivo	1	SI
Extensión del archivo	.TXT	Extensión del archivo plano.	4	SI

Tabla 4 Nombre del Archivo

Tipo de archivo	Nombre de archivo	Longitud
Archivo de la información sobre la prestación de servicios y la dispensación de medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación seleccionadas para monitoreo durante 2017.	MPP140MPPOAAAAMDDNIxxxxxxxxxxxxxC.txt	37

6.1.2 ESTRUCTURA DEL CONTENIDO DEL ARCHIVO.

Tabla 5 Tipos de registro que conforman el archivo

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio
Tipo 2	Registro de detalle de la información de los procedimientos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación prestados por las EPS, seleccionados para MTS 2017.	Obligatorio
Tipo 3	Registro de detalle de la información de los Dispositivos Médicos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación entregados por las EPS, seleccionados para MTS 2017.	Obligatorio
Tipo 4	Registro de detalle de la información de los Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación dispensados por las EPS, seleccionados para MTS 2017.	Obligatorio

Cada registro está conformado por campos, separados por punto y coma (;).

6.1.3 Registro tipo 1 – Registro de control.

Tabla 6 Primer registro que debe aparecer en cada archivo enviado.

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: Valor que indica que el registro es de control.	SI
1	Código de la EPS	6	A	Corresponde al Código asignado por la Superintendencia Nacional de Salud.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
2	Fecha inicial del período a reportar	10	F	En formato AAAA-MM-DD Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada.	SI
3	Fecha final del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD Debe corresponder a la fecha final del período de información reportada y a la fecha de corte del nombre del archivo.	SI
4	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	8	N	Corresponde a la cantidad de registros tipo 2, 3 y 4, contenidos en el archivo.	SI

6.1.4 Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de: PROCEDIMIENTOS REALIZADOS QUE SE ENCUENTRAN MONITOREADOS E INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (PBSUPC). CODIGO CUPS

Mediante el registro tipo 2, las EPS reportan el detalle de cada uno de los Procedimientos monitoreados y dispensados, del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación seleccionados para MTS 2017.

Tabla 7 Registro tipo 2 – Registro de detalle para el reporte de Procedimientos

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: Valor atribuido al registro de detalle de procedimientos	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Este debe iniciar en 1 para el primer registro y va incrementando de uno en uno, hasta el final del archivo. Es el consecutivo de cada uno de los registros que se están reportando.	SI
2	Tipo de identificación del afiliado	2	A	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	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
				NV: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto	
3	Número de identificación	17	A	Número de Identificación de la persona. Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012. Sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de nacimiento del afiliado	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio donde reside el afiliado	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio. Corresponde al lugar de residencia de la persona a la cual se le presta el servicio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	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. *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.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	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. *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.	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.	SI
10	Código del procedimiento	6	A	Procedimiento: La codificación permitida para procedimientos es CUPS, tabla de referencia vigencia CUPS 2017	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
11	Número de sesiones	2	N	Para el caso exclusivo de radioterapia conformacional en abdomen, se registra el número de sesiones que contiene el ciclo. Para los demás procedimientos se digita cero (0).	SI
12	Ámbito de prestación del Procedimiento	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
13	Forma de reconocimiento y pago del procedimiento.	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>** Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
14	Número de días de estancia	3	N	<u>Número de días de estancia:</u> 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, 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. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
15	Valor total del Procedimiento	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
16	Código del Prestador de Servicios de Salud	12	A	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"	SI

6.1.5 Registro tipo 3 – Registro de detalle para el reporte de: DISPOSITIVOS ENTREGADOS QUE SE ENCUENTRAN MONITOREADOS E INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (PBSUPC).

Este tipo de registro es obligatorio para las EPS. Mediante el registro tipo 3, las EPS reportan los dispositivos: **STENT DUODENAL, STENT CORONARIO RECUBIERTO O MEDICADO Y STENT CORONARIO CONVENCIONAL O NO RECUBIERTO, GLUCÓMETRO, TIRILLAS, LANCETAS Y KIT OSTOMÍA** se debe enviar un registro por cada dispositivo.

Tabla 8 Registro tipo 3 Estructura de los registros de detalle de Dispositivos Médicos

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: Valor atribuido al registro de detalle de Dispositivos Médicos: Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Es el consecutivo que prosigue en la lista de los registros que se están reportando.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
2	Tipo de identificación del afiliado	2	A	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 NV: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto	SI
3	Número de identificación	17	A	Número de Identificación de la persona. Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012. Sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de nacimiento del afiliado	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código Municipio donde reside el afiliado	5	A	Tabla División Político Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	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. *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.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	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. *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.	SI
9	Fecha de Prestación del servicio	10	F	Formato: AAAA-MM-DD Para los servicios ambulatorios corresponde a la fecha de realización del servicio. Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
				En caso de los paquetes de atención mensual (por ejemplo diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual.	
10	Código del Dispositivo	6	A	Incluir el Número del dispositivo correspondiente a la tabla 10.	SI
11	Cantidad dispositivos	2	N	Cantidad dispositivos implantados.	SI
12	Ámbito de prestación dispositivo.	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
13	Forma de reconocimiento y pago del Dispositivo.	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un periodo determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>** Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios,</p>	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
				arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	
14	Número de días de estancia	3	N	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, 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. Cuando no aplique registrar cero (0).	SI
15	Valor total del Dispositivo(s)	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de dispositivos implantados , corresponde al valor total de la cantidad dispensada. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
16	Código de la IPS que entrega el dispositivo.	12	A	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"	SI

6.1.6 Registro tipo 4 – Registro de detalle para el reporte de: MEDICAMENTOS MONITOREADOS Y DISPENSADOS QUE SE ENCUENTRAN INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (PBSUPC). CODIGO CUM

Mediante el registro tipo 4, las EPS reportan el detalle de cada uno de los medicamentos dispensados del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación seleccionados para MTS 2017.

Tabla 9 Registro tipo 4 Estructura de los registros de detalle para medicamentos

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	4: Valor atribuido al registro de detalle de medicamentos.	SI
1	Consecutivo de registro	8	N	Es el consecutivo que prosigue en la lista de los registros que se están reportando.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
2	Tipo de identificación del afiliado	2	A	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 NV: Certificado de nacido vivo SC: Salvo conducto	SI
3	Número de identificación	17	A	Número de Identificación de la persona. Alfanumérico. Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, 812 de 2007 y 1344 de 2012. Sin puntos, ni comas, ni guiones.	SI
4	Fecha de nacimiento del afiliado	10	F	Formato AAAA-MM-DD No se permite anterior a 1900-01-01	SI
5	Sexo	1	A	M: Masculino F: Femenino	SI
6	Código del Municipio donde reside el afiliado	5	A	Tabla División Política Administrativa de Colombia DIVIPOLA del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	SI
7	Código del Diagnóstico Principal	4	A	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. *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.	SI
8	Código del Diagnóstico Relacionado	4	A	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. *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.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
9	Código del Medicamento dispensado	12	A	<p>Código Único Nacional de Medicamentos. CUM: Es la identificación alfanumérica asignada a los medicamentos por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, disponible en www.invima.gov.co.</p> <p>El CUM está conformado por el número trazador, el cual permitirá relacionar los demás componentes del código como son la clasificación anatómico terapéutica -ATC- hasta el quinto nivel; forma farmacéutica; unidad de concentración del principio activo; vía de administración del medicamento y unidad de medida de los medicamentos.</p> <p>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 (-). En este reporte se empleará únicamente el número trazador, para el cual la extensión es hasta de 12 caracteres (incluyendo el guion). Ejemplo: 20059967-115 (12 caracteres) 4098-15 (7 caracteres)</p> <p>El Código debe reportarse tal cual ha sido autorizado por el INVIMA sin realizar ningún tipo de adición de ceros (0) a la izquierda ni en el número de expediente ni en el consecutivo.</p>	SI
10	Cantidad dispensada	3	N	<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.</p> <p><u>Ver Aclaración en la ilustración No. 1, Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios.</u></p> <p>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).</p>	SI
11	Días de tratamiento	3	N	Días de tratamiento cubiertos con la cantidad dispensada, reportada en campo 10.	SI
12	Fecha de dispensación del medicamento	10	F	<p>Formato: AAAA-MM-DD</p> <p>Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y</p>	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
				domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.	
13	Ámbito de entrega del Medicamento	1	A	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario	SI
14	Forma de reconocimiento y pago del medicamento	1	A	<p>C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.</p> <p>S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.</p> <p>** Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y reportar las novedades.</p> <p>I: Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	SI
15	Valor de la unidad dispensada	10	N	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Para el caso de medicamentos, corresponde al valor total de la cantidad dispensada.	SI

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
				Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0). Valor unitario de la unidad reportada en el Campo 10.	
16	Valor total del medicamento dispensado	10	N	Valor total del medicamento dispensado. Reportar sin decimales. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0).	SI
17	Código de la IPS o dispensador de medicamentos	12	A	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".	SI

Aclaración sobre Registro Tipo 4 – Registro de detalle para medicamentos

Campo 17

1. Para prestadores que no se encuentren dentro del listado del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud se debe conformar el código así:

a) Para prestadores de servicios de Salud y proveedores de insumos, medicamentos, oxígeno y transportes con **NIT** escribir el número sin puntos ni guiones anteponiendo la letra **N**.

Ejemplo: Fundación Nacional de Trasplante NIT 900092912
Código Validador **N900092912**

b) Para prestadores de servicios de Salud y proveedores de insumos, medicamentos, oxígeno y transportes con **Cédula** de Ciudadanía escribir el número sin puntos ni guiones anteponiendo la letra **C**.

Ejemplo: Fernando Briceño Rincón C.C. 79380644
Código Validador **C79380644**

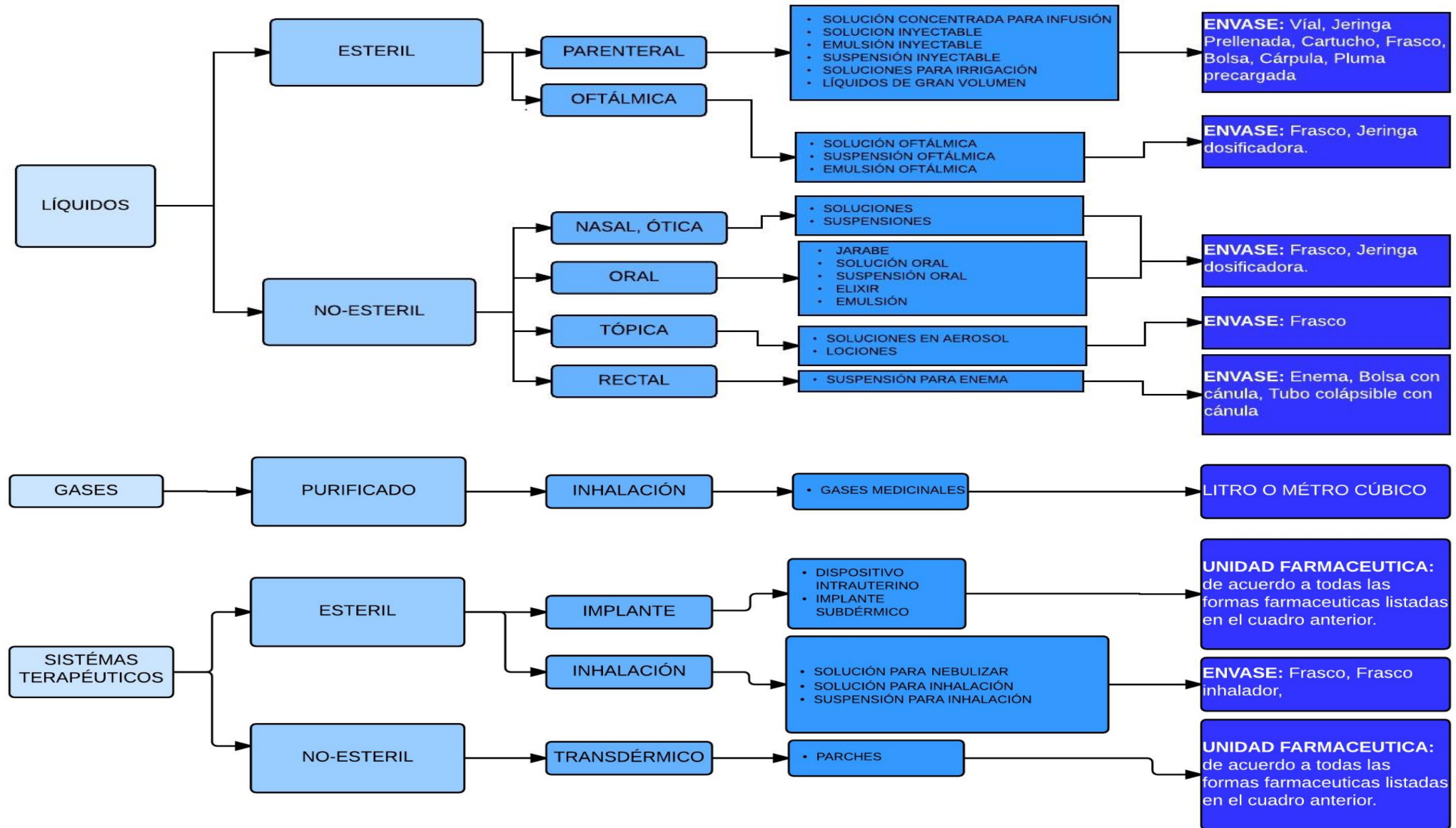
La EPS debe reportar en la hoja de **Excel** suministrada en Tablas de referencia, la siguiente información: **CODIGO EPS, NIT/CC, # NIT/CC, RAZON SOCIAL, DEPARTAMENTO, MUNICIPIO, CORREO ELECTRÓNICO, DIRECCIÓN, TELÉFONO y DESCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR**, de los prestadores que haya reportado con **N** y **C**. Esta información será validada en su completitud.

CODIGO EPS	NIT/CC	# NIT/CC	RAZON SOCIAL	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO

CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	TELEFONO	DESCRIPCION DEL PROVEEDOR

Los campos son obligatorios, es decir no se admiten campos vacíos. De encontrar inconsistencias se informará a la EPS para su revisión y aclaración. **Esta información debe diligenciarse en la hoja de Excel que se encuentra en las Tablas anexas y debe ser colocada en la carpeta FTP dispuesta por el Ministerio, en la fecha definida.**

Ilustración No 1. Campo 10. Cantidad dispensada: Número de unidades de la forma farmacéutica entregada a los usuarios.



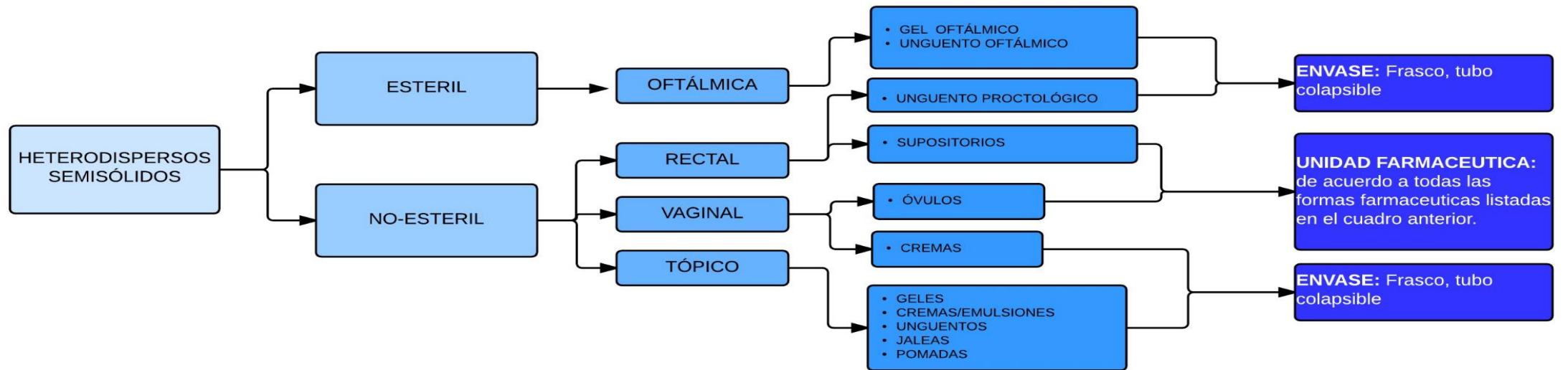
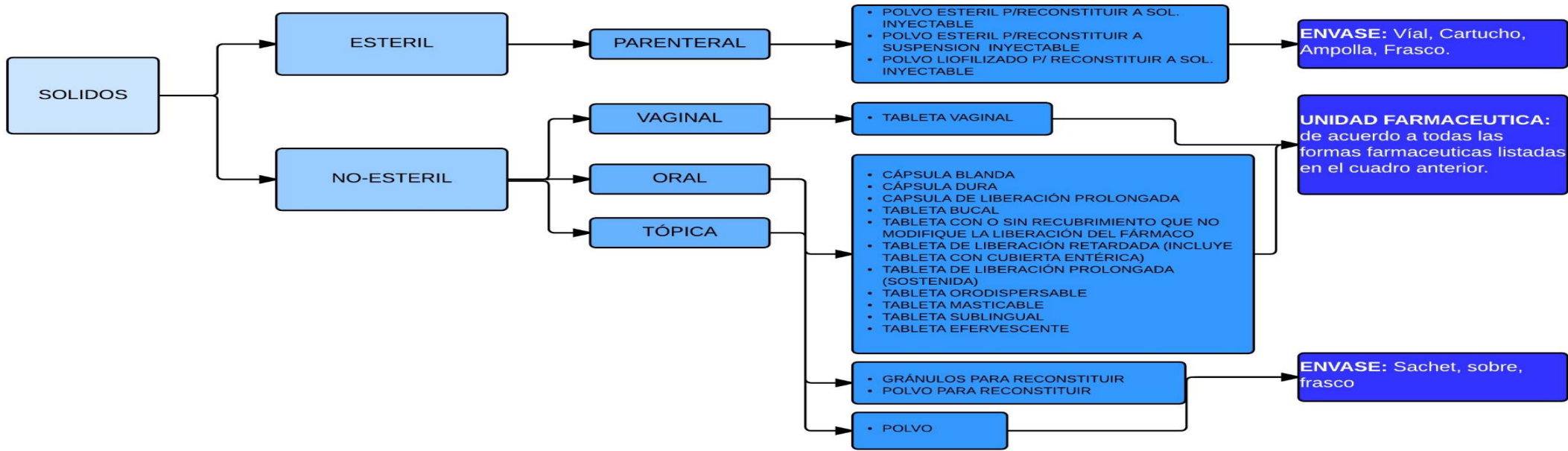


Tabla 10 Códigos de reporte de dispositivos: Stent Duodenal, Stent Coronario Recubierto o Medicado y Stent Coronario Convencional o No Recubierto, Glucómetro, Tirillas, Lancetas y Kit Ostomía

Código	Descripción
D00001	Stent duodenal
D00002	Stent coronario recubierto o medicado
D00003	Stent coronario convencional o no recubierto
D00004	Glucómetro entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina
D00005	Tirillas entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina
D00006	Lancetas entregado a pacientes diabéticos que requieren insulina
D00007	Kit de ostomía

7 CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS

Los archivos deben ser tipo texto y cumplir con las siguientes especificaciones técnicas:

- a. En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato corresponde a los siguientes:
A-Alfanumérico **D**-Decimal **N**-Numérico **F**-Fecha
- b. Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt
- c. Los nombres de archivo y los datos contenidos deben ser grabados en letras MAYÚSCULAS, sin caracteres especiales y sin tildes.
- d. El separador de campos debe ser punto y coma (;) y debe ser usado exclusivamente para este fin.
- e. Ningún dato debe registrarse encerrado entre comillas (") o con algún otro carácter especial.
- f. Los campos numéricos deben registrarse sin formato de valor ni separación de miles, los decimales deben registrarse separados por punto. Los campos de tipo fecha deben registrarse en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion, a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.
- g. Las longitudes de campos definidas en los tres (3) tipos de registro se deben entender como la longitud máxima de cada campo, por lo tanto, los datos pueden tener una longitud menor al tamaño máximo.
- h. Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto, no se les debe completar con ceros ni espacios.
- i. Tener en cuenta que cuando los códigos traen CEROS, estos no pueden ser remplazados por la vocal 'O'.
- j. Los archivos planos no deben contener caracteres especiales en ninguna parte del registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro.
- k. Los archivos deben estar firmados digitalmente.

8 PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS

El Ministerio de Salud y Protección Social brinda el servicio de integración para que las entidades reportadoras de información envíen los archivos desde sus instalaciones desde el servicio PISIS – Plataforma de Integración del SISPRO.

En el portal del SISPRO www.sispro.gov.co, se debe solicitar el usuario mediante la opción “Regístrese”, para acceder a la plataforma PISIS y si la entidad ya tiene usuario en el SISPRO para reportar por PISIS, puede usarlo para reportar este Anexo Técnico.

Para garantizar la seguridad de la información reportada, las entidades deben enviar los archivos firmados digitalmente, lo cual protege los archivos garantizando su confidencialidad, integridad y no repudio.

Con el propósito de brindar asesoría para el reporte de los archivos y demás temas relacionados con el reporte de información de este Anexo Técnico, el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL ha dispuesto las siguientes cuentas de correo a las cual las entidades pueden enviar sus inquietudes y solicitudes de soporte: soportepisis@minsalud.gov.co para reportar inconvenientes con la plataforma PISIS y monitoreo_ts@minsalud.gov.co para inquietudes sobre el contenido del reporte de información.

9 INFORMACIÓN A REPORTAR

Para conocer la información que se debe reportar en el Monitoreo de Tecnologías en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, consulte la página web del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/seguimiento-a-tecnologias.aspx> donde encontrará los listados de medicamentos, procedimientos y dispositivos en monitoreo durante el año 2017.

10 PERÍODOS PARA REPORTAR LA INFORMACIÓN.

De conformidad con la resolución 6411 de 2016; capítulo IV, Artículo 24. “Los actores y agentes del SGSSS, reportarán la información que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de Ministerio, para adelantar estudios y seguimiento”, en las siguientes fechas:

Tabla 7. Cronograma para el reporte de información

Periodo de Información a Reportada		Periodo de Envío del archivo	
Fecha Inicial	Fecha Final	Fecha Inicial	Fecha Final
01/01/2017	31/03/2017	28/04/2017	05/05/2017
01/04/2017	30/06/2017	31/07/2017	04/08/2017
01/07/2017	30/09/2017	30/10/2017	03/11/2017
01/10/2017	31/12/2017	29/01/2018	02/02/2018

Se debe tener en cuenta que la información solo podrá ser enviada en las fechas relacionadas en el cronograma descrito anteriormente.

11 CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Los procesos de calidad de las bases de datos de prestación de servicios de salud son los siguientes:

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.

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:

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

Edad: El valor de la edad se calcula en años con **la fecha de prestación del servicio**, 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.

- Procedimientos y Dispositivos.

Para la validación de Procedimientos y Dispositivos se utiliza la tabla de Procedimientos para MTS 2017 con 6 columnas: Código, Descripción, sexo, Ámbito, Mín, Máx. 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 del Procedimiento, (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.
3. La primera columna y la columna Ámbito validan el ámbito del Procedimiento o Dispositivo
A: Ambulatorio, H: Hospitalario, U: Urgencias, D: Domiciliario, Z: Indistinto.

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 Procedimientos para MTS 2017, 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

```
select eps, tipo_ide, num_ide, fecha_naci, sexo, cod_dpto, cod_muni, diag, fecha_serv, actividad,
ambito, forma_rec, dias_estan, valor, valor_usu, tipo_cod,
from    dbo.servicios
where   (num_ide in (select  num_ide
from    dbo.sera as tempo
group by eps, tipo_ide, num_ide, fecha_naci, actividad
```

```
having  (count(*) > 1)
and (eps = sera.eps)
and (tipo_ide = sera.tipo_ide)
and (num_ide = sera.num_ide)
and (fecha_naci = sera.fecha_naci)
and (actividad = sera.actividad)))
```

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

```
select * from servicios
where (((serg.num_ide)
in (select num_ide from serg as tempo
```

```
group by eps,tipo_ide,num_ide,fecha_naci,fecha_serv,actividad
having count(*) >1
and eps=serg.eps
and tipo_ide=serg.tipo_ide
and num_ide=serg.num_ide
and fecha_naci=serg.fecha_naci
and fecha_serv=serg.fecha_serv
and actividad=serg.actividad));
```

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 un mismo año.

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 en un mismo año.

```
select eps, tipo_ide, num_ide, count(actividad), forma_rec from dbo.servicios
group by eps, tipo_ide, num_ide, forma_rec
having count (actividad) >= 100
```

El mismo proceso se hace sumando el campo valor y se seleccionan aquellos con suma de valor mayor o igual a cien millones \$100.000.000 de pesos.

```
select eps, tipo_ide, num_ide, sum(valor), forma_rec from dbo.servicios
group by eps, tipo_ide, num_ide, forma_rec
having sum(valor) >= 100000000
```

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 código de prestador.