



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**Prosperidad
para todos**

**SOLICITUD INFORMACIÓN A SECRETARIAS DE SALUD
DEPARTAMENTALES PARA EL “ESTUDIO DE SERVICIOS DE
SALUD NO CUBIERTOS POR EL ASEGURAMIENTO EN SALUD
EN COLOMBIA”**

INSTRUCTIVO 2011



TABLA DE CONTENIDO

1	MARCO LEGAL	4
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo general.....	9
2.2	Objetivos específicos.....	9
3	INSTRUCTIVO GENERAL	10
3.1	Identificación de los archivos	10
3.2	Estructura y contenido de los archivos	10
3.2.1	Tipo de archivos y separadores	10
3.2.2	Periodos a contemplar	10
3.2.3	Validaciones.....	11
3.2.4	Medios de envío	12
4	REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN	13
4.1	Información requerida de la población.....	13
4.1.1	Fuente de datos	13
4.1.2	Unidad de Registro	13
4.2	Información requerida sobre prestación de servicios de salud.....	15
4.2.1	Definiciones (Tomado del Acuerdo 08 de 2009 de la CRES).....	15
4.2.2	Fuente de datos	22
4.2.3	Unidad de Registro	22
4.2.4	Definición de los ítems a detallar en el valor	26
4.2.5	Información de tutelas	29
5	COBERTURA DE INFORMACIÓN	30
6	CALIDAD DE LA INFORMACIÓN	31
7	RELACIÓN DE ANEXOS:	35
8	ENVIO DE LA INFORMACIÓN	36
9	ANEXOS	37



ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1 Variables y estructura del archivo de población.....</i>	<i>14</i>
<i>Tabla 2 Normatividad aplicable al Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabla 3 Variables y estructura del archivo de prestación de servicios de salud.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabla 4 Forma de registrar del valor según la forma de reconocimiento y pago de los servicios de salud.....</i>	<i>27</i>



SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES TERRITORIALES PARA EL “ESTUDIO DE SERVICIOS DE SALUD NO CUBIERTOS POR EL ASEGURAMIENTO EN SALUD”

Con el propósito de avanzar en la garantía al goce efectivo del derecho a la salud de los colombianos en lo referente a los servicios de salud no cubiertos por el aseguramiento en salud, se hace necesario conocer cuál es la estructura demográfica, el perfil epidemiológico, el comportamiento de uso y costo de los servicios de salud.

Por lo anterior, es fundamental la colaboración interesada de las Secretarías de Salud Departamentales que garantizan la prestación de los servicios de salud no cubiertos por el aseguramiento en salud y la administración de los recursos con estos fines.

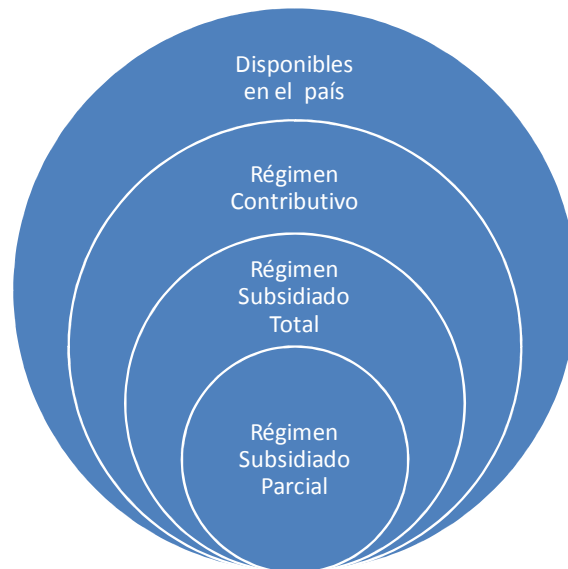
1 MARCO LEGAL

La Ley 100 de 1993 estableció dos regímenes de aseguramiento, el contributivo y el subsidiado, estos regímenes tienen coberturas finitas y distintas de atenciones en salud. En el caso del régimen contributivo hay unas coberturas mayores comparadas con las del régimen subsidiado. En ambos casos, las coberturas del aseguramiento en salud no alcanzan el universo de tecnologías disponibles en el país. (Ver figura 1)

- Acuerdo 008/2009 de la CRES Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado
- Acuerdo 011/2010 de la CRES Por el cual se da cumplimiento al Auto No 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional. Publicado en el Diario Oficial 47613 del 4 de febrero de 2010.
- Acuerdo 012/2010 de la CRES Por medio del cual se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de 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 de Barranquilla y se adoptan otras disposiciones para el desarrollo de la experiencia piloto.

- Acuerdo 013/2010 de la CRES Por medio del cual se fija la Unidad de Pago por Capitación para adelantar una experiencia piloto de ampliación de la cobertura de 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.

Figura 1 Distribución de tecnologías en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia, 2010



Fuente: Elaboraciones propias de los autores

Para el caso de las personas no afiliadas al Sistema la Ley 100 de 1993 previó su cobertura en salud y financiación por parte de las entidades territoriales. Esto fue ratificado por la Ley 1122 de 2007, en su artículo 20, en los siguientes términos: *“Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por*



quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas”.

Para eliminar las brechas en coberturas de salud entre los dos regímenes, la Ley 100 de 1993 previó que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que los beneficiarios al régimen subsidiado alcanzaran el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2.001. Por diferentes factores, esta meta no se cumplió y la Ley 1122 de 2007 estableció que la Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo.

Para la cobertura de los servicios no cubiertos por los dos planes de beneficios el Sistema General de Seguridad Social en Salud se previó:

- En el caso del régimen contributivo que: *“Cuando el afiliado al Régimen Contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente. Cuando no tenga capacidad de pago para asumir el costo de estos servicios adicionales, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta y cobrarán por su servicio una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes.”¹¹*
- En el caso del régimen subsidiado que: en el periodo de transición de igualación de los planes de beneficios que la población del régimen subsidiado obtendría los servicios no cubiertos en el POS, en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los hospitales privados con los cuales el estado tenga contrato de prestación de servicios.

En el año 2008, la Honorable Corte Constitucional identificó problemas que van desde el acceso efectivo al sistema de salud hasta la financiación de los servicios médicos no POS y ordenó, en la Sentencia T-760, que se debe garantizar el goce del derecho a la salud a través del acceso de los servicios de salud. Este acceso se hace efectivo con medidas tales como las coberturas horizontales del aseguramiento a toda la población del país, que se traduce en la universalización del aseguramiento; y a través del incremento en las coberturas verticales en los

¹¹ Parágrafo del artículo 28 del Decreto 806 de 1998.



planes de beneficios del régimen subsidiado, que se refleja en la unificación de los planes de beneficios del país.

Adicionalmente, ordena que se prevean los mecanismos para brindar acceso a lo no cubierto por los planes de beneficios, supeditado en parte a los recursos materiales e institucionales disponibles. Esto está dado por la complejidad del derecho a la salud, así:

“3.2.3. El derecho a la salud es un derecho que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas. Es un derecho complejo, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones que de él se derivan y por la magnitud y variedad de acciones y omisiones que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general. La complejidad de este derecho, implica que la plena garantía del goce efectivo del mismo, está supeditada en parte a los recursos materiales e institucionales disponibles. Recientemente la Corte se refirió a las limitaciones de carácter presupuestal que al respecto existen en el orden nacional: “[e]n un escenario como el colombiano caracterizado por la escasez de recursos, en virtud de la aplicación de los principios de equidad, de solidaridad, de subsidiariedad y de eficiencia, le corresponde al Estado y a los particulares que obran en su nombre, diseñar estrategias con el propósito de conferirle primacía a la garantía de efectividad de los derechos de las personas más necesitadas por cuanto ellas y ellos carecen, por lo general, de los medios indispensables para hacer viable la realización de sus propios proyectos de vida en condiciones de dignidad.”² (Subraya fuera de texto)

Adicionalmente bajo el principio de progresividad la Honorable Corte Constitucional indica que este principio justifica la imposibilidad de exigir judicialmente en casos individuales y concretos, el inmediato cumplimiento de todas las obligaciones que se derivarían del ámbito de protección de un derecho constitucional, pero no es un permiso al Estado para que deje de adoptar las medidas adecuadas y necesarias orientadas a cumplir las obligaciones en cuestión, valga repetir, progresivamente. La jurisprudencia señala que las prestaciones en salud de carácter programático siguen siendo exigibles.

De esta manera, con el fin de avanzar en los mecanismos que permitan garantizar el goce efectivo del derecho a la salud por parte de la población, en particular

² Corte Constitucional, sentencia T-016 de 2007 (MP Antonio Humberto Sierra Porto).



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**Prosperidad
para todos**

precisar y actualizar los planes de beneficios, se requiere conocer la población que demanda servicios por fuera de las coberturas de los actuales planes de beneficios del SGSSS, con sus características demográficas y epidemiológicas y conocer el uso de los servicios de salud con sus respectivos costos. Esto es aplicable tanto para la población pobre no asegurada como para la población asegurada en lo no cubierto por sus respectivos planes de beneficios.



2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Establecer los lineamientos para la solicitud de información a los Secretarías de Salud Departamentales sobre prestaciones de servicios de salud a población pobre no cubierta por subsidio a la demanda y prestaciones de servicios de salud no cubiertos por el aseguramiento en salud en población asegurada

2.2 Objetivos específicos

- Establecer línea de base del uso de servicios no cubiertos por el aseguramiento en salud.
- Determinar la estructura demográfica de la población que demanda servicios no cubiertos por el aseguramiento en salud.
- Determinar la morbilidad atendida en cada Secretarías de Salud Departamentales y en el Sistema, por concepto de servicios no cubiertos por el aseguramiento en salud.
- Determinar las frecuencias de uso de los servicios de salud no cubiertos por el aseguramiento en salud en cada Secretarías de Salud Departamentales y en el Sistema.
- Establecer el valor de la prestación de servicios no cubiertos por el aseguramiento en salud en cada Secretarías de Salud Departamentales y en el Sistema.
- Determinar la estructura demográfica de la población pobre no asegurada y la población asegurada, sujeto de recibir servicios de salud en lo no cubierto por sus respectivos planes de beneficios.



3 INSTRUCTIVO GENERAL

Para garantizar que la información suministrada cumpla con las condiciones técnicas necesarias para su utilización deberá ser preparada y enviada teniendo en cuenta las siguientes instrucciones:

3.1 Identificación de los archivos

El archivo con la información suministrada debe venir identificado (nombrado en medio magnético y en el rótulo) con un código de 15 dígitos o caracteres de la siguiente forma:

- Tipo de archivo: El primer dígito será (S) cuando el archivo corresponde a servicios y (P) cuando el archivo corresponda a población.
- Código de la Secretaria de Salud Departamental: Los 2 dígitos siguientes corresponderán al Código DANE del Departamento y rellenar con tres ceros, en el caso de la Secretaria de Salud de Bogotá 11001
- Régimen: El dígito siguiente define el Régimen al que pertenece la información. Para el Régimen Subsidiado S, para Régimen Subsidiado parcial será P y para población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda (Vinculados) será V.
- Registros: Los siguientes 8 dígitos, que corresponden al número de registros incluidos en el archivo.

Ejemplo: S25000S00500000 Corresponde al archivo de servicios (S) de la Secretaria de Salud de Cundinamarca (Código DANE Departamental), en el régimen subsidiado (S) que contiene 500.000 filas o registros (00500000).

3.2 Estructura y contenido de los archivos

3.2.1 Tipo de archivos y separadores

Los archivos a enviar deben ser en formato txt y las columnas deben estar separadas por coma (,).

3.2.2 Periodos a contemplar

El reporte de información corresponde a:



- La población del departamento incluida en las bases de datos del SISBEN y de población pobre no asegurada no identificada por SISBEN y focalizada mediante el instrumento adoptado por las Secretarías de Salud departamentales.
- Los servicios de salud no cubiertos por el aseguramiento garantizados por el ente territorial, vía financiación del presupuesto de las Secretarías de Salud departamentales ó vía tutelas recobros al Fosyga.

Durante el período del 1 de enero de 2006 a 31 de diciembre de 2010, independientemente de que los servicios sean facturados con posterioridad al 31 de diciembre. La fecha de corte de la facturación es el 31 de mayo de 2011.

3.2.3 Validaciones

La información reportada por Secretarías de Salud Departamentales, antes de ser enviada, debe ser validada con la malla de validación 2010 suministrada por el Ministerio de la Protección Social tanto para los archivos de población como de prestación de servicios, con el fin de detectar las inconsistencias existentes y hacer los ajustes o correcciones requeridas.

El Ministerio de la Protección Social una vez reciba la información realizará una nueva validación y requerirá a las Secretarías de Salud Departamentales por medio electrónico, para la corrección de las inconsistencias o errores en un término no mayor a 15 días.

Para disminuir la posibilidad de errores en la información suministrada, se solicita comprobar por una persona diferente a la que produce los informes lo siguiente:

- Que el archivo abra.
- Que el archivo esté nombrado de acuerdo con el instructivo y contenga la información acorde con el mismo.
- Que la estructura y contenido del archivo sea aceptado por la **malla de validación 2011 SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTALES** suministrada por el Ministerio de la Protección Social.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**Prosperidad
para todos**

3.2.4 Medios de envío

Se solicita el envío de información en CDs y/o DVDs debidamente rotulados individualmente así: Solicitud información MPS 2011 Secretarías de Salud Departamentales períodos: 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010, el número del total de medios (Ejemplo: en caso de tener 3 CDs marcar 1 de 3, 2 de 3 y 3 de 3) y el nombre de los archivos contenidos de acuerdo con las instrucciones que se especificaron anteriormente.



4 REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN

Para el cumplimiento de los objetivos anteriores se requiere de los datos de identificación de población del departamento incluida en las bases de datos del SISBEN y de población pobre no asegurada no identificada por SISBEN y focalizada mediante el instrumento adoptado por el ente territorial.

Con relación a la información de servicios **se requiere información desagregada** de todas y cada unas de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos realizados a los afiliados y no afiliados, con:

- Los servicios garantizados a la población pobre no cubierta por subsidios a la demanda.
- Los servicios garantizados no contemplados en el POS del régimen subsidiado.
- Los servicios suministrados entregados en virtud de fallos de tutela de servicios no contemplados en el POS del régimen subsidiado y a población pobre no cubierta por subsidios a la demanda.

4.1 Información requerida de la población

4.1.1 Fuente de datos

La base de datos de SISBEN y de población pobre no asegurada no identificada por SISBEN y focalizada mediante el instrumento adoptado por el ente territorial, complementada por otras fuentes en caso necesario. Debe especificarse en la carta remisoría.

4.1.2 Unidad de Registro

La unidad de registro corresponde a la persona que se encuentre identificada en las bases de datos de SISBEN y de población pobre no asegurada no identificada por SISBEN y focalizada mediante el instrumento adoptado por el Secretaria de Salud Departamental.

El archivo se debe construir de acuerdo con la siguiente estructura y variables:

Tabla 1 Variables y estructura del archivo de población

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
1	Código de la EPS	Código de la EPS de acuerdo con el asignado por la SNS	6 Tipo texto	Código de la EPS en la que estaba afiliada la persona, de acuerdo con la tabla de códigos de aseguradores, SNS – Para población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda (Vinculados) EPSV01. Si una misma persona ha estado afiliada a dos o más EPS (incluyendo la EPSV01), se deberán enviar dos o más registros de la misma persona, cada uno con el código de la EPS correspondiente.
2	Tipo de Identificación	Tipo de Identificación de la persona	2 Tipo Texto	TI: Tarjeta Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula Extranjería PA: Pasaporte RC: Registro Civil UN: Número Único de Identificación Personal MS: Menor sin Identificación AS: Adulto sin Identificación
3	Identificación	Número de identificación de la persona según el tipo de identificación	20 Tipo texto	Alfanumérico con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002
4	Código Departamento	Código del departamento en donde reside la persona	2 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE.
5	Código Municipio	Código del municipio en donde reside la persona	3 Tipo texto	Tabla división político administrativa - DANE
6	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento de la persona	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA Verificar que corresponda con la realidad si es menor a 01/01/1900
7	Sexo	Sexo de la persona	1 Tipo texto	F: Femenino M: Masculino
8	Nivel del SISBEN	Identifica el nivel del SISBEN en el cual se encuentra clasificada la persona	1	N: Poblaciones especiales 0: Nivel cero 1: Nivel uno



			Tipo texto	2: Nivel dos
				3: Nivel tres
				4: Otro nivel
9	No. de Días en que la persona permaneció activa en la EPS durante el año.	Sumatoria de días en los cuáles la garantía del acceso a los servicios de salud estaba a cargo de la EPS (incluyendo la EPSV01). Si el afiliado permaneció todo el año y no presento novedades el valor a registrar será 360.	3	###
			Tipo número	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

4.2 Información requerida sobre prestación de servicios de salud

La información solicitada corresponde al registro de cada una de las actividades, intervenciones y procedimientos realizados; los medicamentos entregados; e insumos suministrados por no ser coberturas del aseguramiento en salud, considerando todas las variables que se detallan en la tabla 3.

4.2.1 Definiciones (Tomado del Acuerdo 08 de 2009 de la CRES)

Actividad: es el conjunto de acciones, operaciones o tareas dentro de un procedimiento de salud, en las cuales se utilizan recursos físicos, humanos y/o tecnológicos.

Aparatos ortopédicos: Elementos usados por el paciente afectado por una disfunción, discapacidad o minusvalía, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema neuromuscular y esquelético, y se dividen en prótesis y ortesis.

Atención domiciliaria: Se define como la atención que se brinda en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de su familia o cuidador.

Atención ambulatoria: Se define como la modalidad de atención de salud, en la cual toda actividad, procedimiento o intervención se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.



Atención de urgencias: Se define como la prestación oportuna de servicios de atención en salud mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una institución prestadora de servicios de salud, para la atención de usuarios que cumplan con las condiciones definidas en el numeral 40 del presente artículo y en el capítulo 5 del presente Acuerdo.

Atención inicial de urgencias: Se define la atención inicial de urgencia como las acciones realizadas a una persona con patología que requiere atención de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el destino inmediato, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo. La estabilización de signos vitales implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, no necesariamente implica la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento. Para efectos de cobertura se remite al Artículo 24 del presente acuerdo.

Comorbilidad: Condición que existía al momento de la hospitalización y que tuvo el potencial de afectar el curso de la enfermedad o del cuidado médico provisto.

Complicación: Problemas médicos adicionales que se desarrollan después de un procedimiento, tratamiento o enfermedad. Las complicaciones por lo general están directa o indirectamente relacionadas con un procedimiento, conocido como riesgo del procedimiento, o un tratamiento conocido como efecto colateral o toxicidad, o se presentan en el curso de una enfermedad como parte de su historia natural o de su curso clínico.

Consulta Médica y Odontológica: Es la valoración del usuario realizada por un médico y odontólogo en ejercicio de su profesión, según las disposiciones de práctica clínica vigentes en el país, que corresponde a anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento, en cualquier fase de la atención, esto es, promoción, prevención, curación y/o rehabilitación. La consulta puede ser programada o de urgencias, según la temporalidad; general o especializada, según la complejidad.

Contrarreferencia: Es la respuesta que los prestadores de servicios de salud receptores de la referencia dan al prestador que remitió. La respuesta es la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o simplemente



la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Dispositivo y equipo biomédico: Cualquier instrumento, aparato, artefacto, equipo u otro artículo, utilizado solo o en combinación incluyendo sus componentes, partes accesorios y programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, fabricado, vendido o recomendado para uso en:

*Diagnóstico, control, tratamiento curativo o paliativo, alivio o compensación de una lesión o una deficiencia, o prevención de una enfermedad, trastorno o estado físico anormal o sus síntomas, en un ser humano.

*Investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico.

*Restauración, corrección o modificación de una función fisiológica o estructura de un ser humano;

*Diagnóstico del embarazo en un ser humano;

*Cuidado de seres humanos durante el embarazo o el nacimiento. O después del mismo, incluyendo el cuidado del recién nacido.

Para efectos de cobertura se remite al Principio y enfoque de integralidad estipulado en el artículo 9 del presente acuerdo.

Enfermedad terminal: Es la afección avanzada, progresiva e incurable, con ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, declarada por el médico tratante.

Entidad Promotora de Salud (EPS): Es la entidad responsable de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, definidas en la normatividad vigente.

Exploración Quirúrgica: Procedimiento quirúrgico que se practica con fines diagnósticos o terapéuticos.

Guía de atención integral: Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad. En ella se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial lógico de estos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de raza, género, edad, condiciones de salud, condiciones socioculturales, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y



cantidad de vida ganada; y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y por los afiliados al mismo. Para efectos del presente acuerdo el referente de inclusión en el POS o POS-S según el caso, no lo causa la guía de atención, ni los protocolos hospitalarios, de manera automática, sino la inclusión explícita de los procedimientos, medicamentos, insumos y tecnología que integran la guía o protocolo respectivo y su adopción explícita de la misma por parte de la CRES.

Implante o injerto: Es el reemplazo o sustitución con fines terapéuticos de tejidos, por otros tejidos similares y funcionales, pueden ser biológicos o sintéticos.

Impresión Diagnóstica: es una conclusión a la que se llega con base en los resultados de la elaboración de la historia clínica, el examen físico y/o actividades complementarias, en la cual se expresa la presencia o ausencia de una entidad nosológica como síndrome o enfermedad, según la clasificación de las enfermedades definida por la normatividad vigente, y que constituye la base de un tratamiento.

Inherente: Evento o situación que por su naturaleza está de tal manera unido a una patología o situación de salud, que exige la atención integral y simultánea de ambas.

Interconsulta: Es el acto mediante el cual cualquier profesional de la salud, a solicitud del médico u odontólogo tratante, emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del paciente.

Intervención en Salud: Conjunto de procedimientos realizados para un mismo fin, dentro del proceso de atención en salud.

Material de curación: Son los suministros, que se utilicen en el lavado, desinfección y protección de lesiones, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.

Medicinas Alternativas: Es el conjunto de prácticas médicas fundamentadas en saberes, cosmovisiones y culturas diferentes a los conocimientos de las ciencias y las tecnologías convencionales.

Observación de urgencias: Es la atención institucional intramural de un paciente pendiente de resolución de su patología (tratamientos cortos), evolución corta o precisión diagnóstica. La estancia máxima en observación de urgencias es de 24



horas, lapso en el cual se debe decidir si el enfermo es dado de alta o trasladado a la zona de hospitalización que le corresponda.

Organo: Es la entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de la misma función.

Ortesis: sistema de fuerzas diseñado para controlar, corregir o compensar una deformidad ósea, las fuerzas deformantes o la ausencia de fuerza en el cuerpo. La ortesis a menudo requiere el uso de correctores especiales. Para efectos de cobertura se remite al artículo 35 del presente acuerdo.

Paciente crónico somático. Es el paciente con enfermedad orgánica con curso prolongado, que para su atención requiere de acciones a mediano y largo plazo, sean estas intramurales o extramurales.

Prevención de la Enfermedad: Conjunto de actividades, procedimientos, e intervenciones dirigidas a los individuos y/o a las familias, cuya finalidad es actuar sobre factores de riesgo o condiciones específicas presentes en los individuos, en el ámbito familiar, la comunidad o el medio ambiente que generan la aparición de enfermedades.

Procedimiento: Secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Procedimiento no quirúrgico: Operación manual y/o instrumental, con fines diagnósticos o terapéuticos, que no implica la manipulación física e invasiva del cuerpo humano.

Procedimiento quirúrgico: Operación manual y/o instrumental, con fines diagnósticos o terapéuticos, que implica la manipulación física e invasiva del cuerpo humano.

Promoción y fomento de la salud: Actividades, procedimientos, o intervenciones de carácter educativo e informativo, individual, familiar o colectivo, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, a modificar o suprimir aquellas que no lo sean, informar sobre los derechos, riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, promover y estimular la participación social en el manejo y solución de los problemas de salud.



Prótesis: Son aquellos aparatos cuya función es la de reemplazar una parte anatómica ausente de la persona.

Referencia: es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

Rehabilitación en salud o en medicina: Proceso para recuperar las capacidades mentales o físicas perdidas a consecuencia de una lesión o una enfermedad, con la finalidad de funcionar de manera normal o casi normal en materia de salud.

Reintervención: Es el procedimiento posterior al inicial que se realiza en un paciente, en diferente acto o momento operatorio, para atender la patología que motivó el procedimiento o la cirugía inicial o las complicaciones de la misma.

Telemedicina: La provisión de servicios de salud a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan, tecnologías de la información y de la comunicación que les permite intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso de la población. Para efectos del presente Acuerdo, la actividad realizada se asimila a la interconsulta.

Trasplante: Es la utilización terapéutica de los órganos o tejidos humanos que consiste en la sustitución de un órgano o tejido enfermo, o su función, por otro sano procedente de un donante vivo o de un donante fallecido.

Tratamiento: Todas las actividades, procedimientos o intervenciones, tendientes a modificar o desaparecer, los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad o patología.

Unidades de Internación Especial. Son las unidades de cuidado intensivo, intermedio, de quemados, de cuidados coronarios sea intensivo o intermedio, y de aislamiento.

Sus características son las determinadas en las normas vigentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en general o las demás disposiciones que las modifiquen, adicionen o sustituyan.



Urgencia: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona, por cualquier causa, con cualquier grado de severidad que comprometen su vida o funcionalidad y que requieren acciones oportunas de los servicios de salud a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras.

A continuación se presenta la normatividad aplicable a los Planes Obligatorios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

Tabla 2 Normatividad aplicable al Plan Obligatorio de Salud del Régimen 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
Decreto 806 de 1998	Precisa temas de exclusiones, periodos mínimo de cotización y atención no POS y Precisa tema de atención no POS-S (Art. 30 y 31)
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.
Decreto 783 de 2000	Define Atención Inicial de Urgencias
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
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 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 011 de 2010 de la CRES	Por el cual se da cumplimiento al Auto No 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional
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.

Fuente: Ministerio de la Protección Social

Fuente: Página web del Plan Obligatorio de Salud.

<http://www.pos.gov.co/Paginas/relacionnormaspossubsidiado.aspx>

Es importante aclarar que se pueden incluir actividades, intervenciones y procedimientos de acuerdo a la desagregación de las Resoluciones 365 de 1999, 2333 de 2000, 1896 de 2001 y 3772 de 2004 y en el Decreto 2423 de 1996.

4.2.2 Fuente de datos

Los registros individuales deben obtenerse del **Sistema de Información de las Secretarías de Salud Departamentales**. Se deben incluir, independientemente de la forma de reconocimiento y pago, todas las actividades, intervenciones y procedimientos realizados; los medicamentos entregados; e insumos suministrados durante el año y cubiertos por la Secretarías de Salud Departamentales, así como aquellos servicios prestados por tutelas.

4.2.3 Unidad de Registro

La unidad de registro para el archivo de servicios es la **actividad, intervención, procedimiento realizado, medicamento entregado e insumo suministrado**, a personas plenamente identificadas, en una fecha definida. Cuando en una misma fecha se prestan varios servicios se registrarán uno a uno con su respectivo código.

Cada registro debe contener un solo tipo de actividad, intervención, procedimiento o medicamento, de acuerdo a la descripción de variables y estructura del siguiente archivo:



Tabla 3 Variables y estructura del archivo de prestación de servicios de salud

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
1	Código de la EPS	Código de la EPS de acuerdo con el asignado por la SNS	7 Tipo texto	Código de la EPS que reporta de acuerdo con la tabla de códigos de EPS, SNS. Para población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda (Vinculados) EPSV01
2	Tipo de Identificación	Tipo de identificación de la persona	2 Tipo Texto	TI: Tarjeta Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula Extranjería PA: Pasaporte RC: Registro Civil NU: Número Único de Identificación Personal MS: Menor sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado). AS: Adulto sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado)
3	Identificación	Número de identificación de la persona según el tipo de identificación	20 Tipo Texto	Alfanumérico Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002 y 812 de 2007
4	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento de la persona	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA (Verificar fechas de nacimiento anteriores a 01/01/1900)
5	Sexo	Genero de la persona	1 Tipo texto	F: Femenino M: Masculino
6	Código Departamento	Código del departamento en donde reside la persona	2 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE. Se anexa TABLA



Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
7	Código Municipio	Código del municipio en donde reside la persona	3 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE. Se anexa TABLA
8	Código del Diagnóstico	Código del Diagnóstico principal que originó la prestación.	4 Tipo texto	Codificación en CIE 10. resolución 1895 de 2001 Se anexa TABLA
9	Fecha de Prestación del servicio	Fecha en que fue prestado el servicio	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual. 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.
10	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamentos e insumos	Código de actividad, intervención, procedimiento, medicamentos e insumos de acuerdo a las tablas de CUPS, y los Acuerdos 228, 236, 282 y 336, así como el código INSUMOS y MEDIAMBU.	11 Tipo texto	La única codificación permitida es CUPS; y para los medicamentos ambulatorios incluidos en el POS los Acuerdos 228, 236, 263, 282 y 336 del CNSSS. Utilizar como código de insumos (INSUMOS) Se incluyen las Tablas CUPS, MEDIAMBU y MEDI. Link: http://www.pos.gov.co/Paginas/default.aspx
11	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumos	Identificador para determinar el ámbito de realización de la actividad o intervención o procedimiento, medicamentos, insumos según la ubicación funcional donde esta se presta.	1 Texto	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario
12	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento, insumos	Clasificar la actividad o el procedimiento según tipo de contratación (Ver descripción numeral 4.1.4)	1 Tipo Texto	S: Pago por servicio T: Pago por servicios sin detalle C: Capitación P: Pago por Paquete o conjunto de atención D: Pago por Diagnóstico I: Pago Directo A: Autorizado



Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
13	Número de días estancia o unidades de forma farmacéutica entregada	Suma de los días de estancia facturados o de la unidad de la forma farmacéutica entregada.	3 Tipo número	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 por evento. 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).
14	Valor actividad, intervención y procedimiento, medicamento, insumos	Valor reconocido al prestador por concepto de la atención prestada (Ver descripción numeral 4.1.4)	10 Tipo número	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0)
15	Valor asumido por el usuario (Cuota)	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	10 Tipo número	Corresponde al valor pagado por el usuario: incluye: cuotas de recuperación. En pesos corrientes sin separador de miles. Cuando se aplica a ordenes 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).
16	Tipo de codificación utilizada	Indica a que manual de referencia corresponde el código que identifica la actividad, procedimiento o intervención, medicamento, insumos.	4 Tipo texto	CUPS: Resolución 365 de 1999 y ss MEDI: Acuerdos 228, 236, 263, 282 y 336 del CNSSS
17	Código del Prestador de Servicios de Salud	Código asignado en el SGSSS a los prestadores	12 Tipo	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud



de servicios de salud (sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" (tabla anexa)	texto	(sede) que se hayan registrado en el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud" (tabla anexa)
---	-------	---

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

NOTA: Todos los campos son obligatorios. No deben dejarse campos sin dato o vacíos. Los campos numéricos deben reportarse sin decimales. El archivo no debe incluir encabezados.

Aclaraciones sobre tabla 3 Variables y estructura del archivo de prestación de servicios de salud

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 Transplante 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 Secretaría de Salud Departamental debe reportar en una hoja de Excel la siguiente información: nombre, dirección, municipio, departamento, teléfono, fax, email, y descripción del proveedor, de los prestadores que haya reportado con **N** y **C**.

4.2.4 Definición de los ítems a detallar en el valor

El valor reconocido se debe registrar de acuerdo con la forma de reconocimiento y pago, así:



Tabla 4 Forma de registrar del valor según la forma de reconocimiento y pago de los servicios de salud

FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO	FORMA DE REGISTRAR EL VALOR DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO
<p>Pago por servicio: Es el reconocimiento por la actividad, procedimiento, intervención, medicamento o insumo más desagregado</p>	<p>Registrar el valor individual reconocido por cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos o insumos.</p> <p>En el caso de insumos registrar el valor agregado de los insumos suministrados para una misma actividad, intervención o procedimiento.</p> <p>En el caso de las intervenciones o procedimientos quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honorarios o servicios profesionales por médico general o especialista y valoración intra hospitalaria pre parto. • Derechos de sala de cirugía, parto y recuperación • Derechos de materiales <p>En caso de intervenciones bilaterales o múltiples practicadas por el mismo o diferente cirujano y/o por la misma o diferente vía de acceso se debe registrar el valor de cada cirugía agregado de acuerdo a lo detallado anteriormente, la intervención mayor en un 100% y las adicionales de acuerdo a los valores y/o porcentajes acordados con el prestador.</p> <p>En las intervenciones o procedimientos no quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como yeso, curaciones, procedimientos especiales, entre otros.</p> <p>En la diálisis peritoneal se debe registrar el valor mensual y en las hemodiálisis por sesión se debe registrar el valor agregado de derechos de sala, servicios profesionales, materiales e insumos.</p>
<p>Pago por servicio sin detalle: Es el reconocimiento por la actividad, procedimiento, intervención, insumos o medicamento más desagregado, pero que no fue cargado en el</p>	<p>Registrar el valor reconocido por cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, e insumos o medicamentos, de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de urgencias con el código CUPS de la consulta correspondiente e incluyendo el valor de:



<p>sistema de información a nivel de cada actividad, intervención o procedimiento en forma detallada. Esta forma de registrar la información derivada de la forma de reconocimiento y pago por servicios en la cuál no se tiene el detalle de las actividades, intervenciones y procedimientos.</p>	<p>consulta inicial, exámenes de diagnóstico, procedimientos, y observación, así como medicamentos e insumos utilizados hasta el momento en que se definió el destino del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internación para tratamiento médico con el Código CUPS correspondiente según el nivel de complejidad y valor agregado de: Estancia, Honorarios o servicios profesionales por médico general o especialista e interconsultas; laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos; medicamentos e insumos. En caso de intervenciones o procedimientos no quirúrgicos se debe agregar al valor los servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como endoscopias, curaciones, procedimientos especiales, entre otros. Para estos casos es indispensable incluir en el campo de días de estancia el número de días que permaneció el paciente en habitación en piso.
<p>Pago por procedimiento / paquete / conjunto de atención integral: Es el reconocimiento por paquete o conjunto de atención de todo lo relacionado con la intervención o procedimiento quirúrgico o no quirúrgico</p>	<p>Registrar el valor total reconocido por el paquete o conjunto de atención integral para el procedimiento mayor; para el resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos incluidos en el paquete debe diligenciarse con el valor cero (0). Las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos <u>no incluidos</u> en el paquete o conjunto de atención integral deben registrarse de acuerdo a la forma de reconocimiento y pago acordado con el prestador.</p>
<p>Pago por diagnóstico: Es el reconocimiento global por la atención de un paciente con un diagnóstico específico.</p>	<p>Registrar el valor total reconocido por las atenciones generadas por un paciente con un diagnóstico específico, en el procedimiento mayor; en el resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos incluidos en el pago debe diligenciarse con el valor cero (0) Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos o medicamentos <u>no incluidos</u> en el pago por diagnóstico deben registrarse de acuerdo a la forma de reconocimiento y pago acordado con el prestador.</p>
<p>Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.</p>	<p>Registrar para cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos prestados en la red propia el valor promedio calculado según número de actividades, intervenciones y procedimientos registrados.</p>
<p>Capitación: Es el reconocimiento de un valor fijo por afiliado registrado, sin tomar en consideración el número de servicios en un periodo.</p>	<p>Registrar cada una de las actividades, intervenciones y procedimientos prestados a cada afiliado en el período capitado. Cuando se cuente con una valorización de la actividad se debe registrar dicho valor, de lo contrario se debe registra el valor 0.</p>
<p>Autorizado: Corresponde a los</p>	<p>Registrar el valor total reservado para el servicio autorizado</p>



valores que constituyen la reserva técnica de servicios autorizados y no facturados a 30/03/09 en su red de prestadores de servicios de salud.

Fuente: Elaboraciones propias de los autores

Es importante resaltar que los valores totales por cada una de las formas de reconocimiento y pago deberán registrarse en la carta modelo de remisión de la información, tal y como se detalla en el formato anexo.

4.2.5 Información de tutelas

Enviar en archivos adicionales los registros de tutelas, con la estructura de los registros de prestación de servicios. Los archivos se deben identificar con Código de la Dirección Departamental de Salud o Distrital de Salud de 2 dígitos, número de registros incluidos en el archivo y la palabra TUTELA.

Ejemplo: 2500000230TUTELA Corresponde a la Dirección Departamental de salud de Antioquia, que contiene 230 filas o registros de TUTELA.

La codificación de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos deben ser registrados en la Tabla 3. En el caso de reporte de medicamentos NO POS, el campo debe ser registrado con la codificación única de medicamentos (CUMS).



5 COBERTURA DE INFORMACIÓN

Con el propósito de adelantar tareas adicionales de revisión y ajuste, especialmente en lo que tiene que ver con la representatividad de la información enviada en los registros remitidos al Ministerio de la Protección Social, se hace necesario conocer la real cobertura de la información reportada por los Secretarías de Salud Departamentales en registros individuales por servicio, actividad, procedimiento o intervención.

Para esto se debe diligenciar la matriz adjunta, la cual debe ser enviada en medio físico y magnético, teniendo en cuenta dos variables de referencia, el ámbito donde se realizó la prestación del servicio y la forma de reconocimiento o pago del servicio de salud prestado, con:

- El número de registros de prestación de servicios individuales que debían ser entregados por las IPS al Secretarías de Salud Departamentales en el año del estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que está reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por el Secretarías de Salud Departamentales de las IPS en el año del estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que está reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El número de registros de prestación de servicios individuales que se envían al Ministerio de la Protección Social y que pasaron la malla de validación por parte del ente territorial según la estructura y contenido del archivo de la Tabla 1. correspondientes al año de estudio. Tenga en cuenta las unidades de registro que está reportando para hacer la estimación de los registros esperados.
- El valor declarado en la Certificación del Gasto
- El valor soportado en la base de datos de los registros enviados al MPS y que pasaron la malla de validación.

Con la información obtenida se ajustan los denominadores o población a riesgo, tomando como denominador o población a riesgo aquella que resulte de aplicar el valor de la proporción resultante del cálculo de la cobertura de la información de prestación de servicios de salud sobre la población de afiliados equivalentes.



6 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; 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 Diagnostico se utiliza la tabla de CIE10 (CIE-10 validador.xls) con cinco columnas (código del diagnostico, nombre del diagnostico, sexo, edad mínima y edad máxima). (Resolución 1895 de 2001)

La primera columna se utiliza para la validación del campo en de calidad 1, la columna Diagnostico, sexo, Edad min. y Edad Máx. 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 nacimiento que aparece en el reporte y el 31 de diciembre de 2008, para los casos en los cuales no existe limite inferior el valor cero en la tabla y para los casos en los cuales no existe limite 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 (cups_validador.xls) 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 primer columna y la columna sexo valida el Genero de la Actividad, intervención y/o procedimiento (M) Masculino, (F) Femenino, (A) Indistinto.
3. La primer 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
4. La primer columna y las columnas limite inferior y limite 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 Secretaria de Salud Departamental 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 primer columna, el ambito y la columna estancia hace las siguientes validaciones :
 - a. ámbito A o U o D tiene días de estancia cero, son códigos de la columna estancia marcados con B.
 - 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 primer columna y ámbito hacen las siguientes
 - a. Forma de reconocimiento "T" y ámbito "H" debe tener días de estancia mayor que cero
 - b. Forma de reconocimiento diferente de "T" y códigos de la columna ámbito marcado como "H" días de estancia mayores que cero



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 (cups_validador.xls), 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 para Secretaria de Salud Departamental, 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.

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

```
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 (100000000)

```
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
```



7 RELACIÓN DE ANEXOS:

Son anexos de la solicitud de información los siguientes documentos y archivos magnéticos:

- ***Malla de validación 2011 SECRETARIAS DE SALUD DEPARTAMENTALES*** suministrada por el Ministerio de la Protección Social
- Las Tablas de:
 - División político administrativa – DANE
 - Codificación de Direcciones Departamentales de Salud o Distrital de Salud
 - Codificación CIE – 10
 - CUPS
 - CUMS
 - Codificación medicamentos acuerdo 228 del CNSSS. Según anexo técnico acuerdo 008/2009 de la CRES
 - Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
 - Anexo técnico 1 y 2 Acuerdo 08 del 2009 CRES
- Formato carta de remisión de información.
- Formato de Solicitud de información sobre la cobertura de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por los *Secretarías de Salud Departamentales* al MPS para la realización del Estudio.



8 ENVIO DE LA INFORMACIÓN

La información debe ser dirigida a la Dirección de Gestión de la Demanda, a nombre del Dr. Orlando Gracia Fajardo a más tardar el **viernes 25 de Noviembre de 2011** con la carta remisoría según formato anexo.

Las consultas acerca del envío de la información o del presente instructivo puede realizarlas a la Dirección General de Gestión de la Demanda a través de las siguientes direcciones de correo electrónico:

- Carmen Julia García: cgarciab@minproteccionsocial.gov.co
- Fernan Vidal: fvidal@minproteccionsocial.gov.co
- María Olga Arevalo: marevalo@minproteccionsocial.gov.co
- Amparo Jiménez: ajimenez@minproteccionsocial.gov.co
- María Fernanda Cáceres: mcaceres@minproteccionsocial.gov.co
- Martha Inés Llano: mllano@minproteccionsocial.gov.co



9 ANEXOS

9.1. Formato carta de remisión de información 2010

Ciudad: _____, día ____ de mes _____ de 2011

Doctor

ORLANDO GRACIA FAJARDO

Director General de Gestión de la Demanda en Salud
Ministerio de la Protección Social

Asunto: Remisión de información para el Estudio de servicios de salud no cubiertos por el aseguramiento
Nombre de la Secretaria de Salud Departamental _____

Respetado doctor Gracia,

Por la presente estamos enviando los medios y archivos relacionados a continuación:

Código de la Secretaria de Salud Departamental	Número de medios	Tipo de medios	Nombre de archivos	Tamaño (MB)	Número de registros (Filas)
		CD: Disco compacto DVD			

Nota: Fecha de corte de la facturación _____ para el envío de información.

Certifico que el gasto total en salud de servicios no cubiertos por el aseguramiento reportado para el periodo 01 de enero al 31 de diciembre de 2010 según forma de reconocimiento y pago, fue de:

\$ _____ por capitación
\$ _____ por pago por servicios
\$ _____ por pago por servicios sin detalle
\$ _____ por pago por procedimiento
\$ _____ por diagnóstico
\$ _____ directo
\$ _____ autorizaciones
\$ _____ Total



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**Prosperidad
para todos**

Adicionalmente, me permito certificar el monto total del gasto en servicios de salud en el periodo 01 de enero al 31 de diciembre de 2010 por los siguientes conceptos:

CONCEPTO	VALOR
Tutelas	

Las fuentes de la información utilizadas para generar el informe fueron:

Población (P) _____

Prestación de Servicios (S) _____

CONTACTOS EN LA ENTIDAD TERRITORIAL:

Las personas que pueden contactar para resolver cualquier inquietud acerca de la información son:

Nombre: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Atentamente

Firma y nombre de Representante legal de la Dirección Departamental o Distrital de Salud

Se anexa lo enunciado en medio magnético



9.2. Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la Secretaria de Salud Departamental al MPS período 1 de enero al 31 de diciembre de 2010

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN A LA DEMANDA

Formato de cobertura de la información de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por las Secretarías de Salud Departamentales al MPS el período comprendido entre Enero 1 a Diciembre 31 de 2010

SSD:	CÓDIGO:	
NOMBRE		RÉGIMEN SUBSIDIADO PLENO
		RÉGIMEN SUBSIDIADO PARCIAL

ÁMBITO	DATOS	PAGO POR SERVICIO (S)	PAGO POR SERVICIO SIN DETALLE (T)	PAGO POR PAQUETE (P)	PAGO POR DIAGNOSTICO (D)	PAGO DIRECTO (I)	AUTORIZACIONES (A)	PAGO POR CAPITACIÓN (C)
URGENCIAS	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							
HOSPITALARIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							



ÁMBITO	DATOS	PAGO POR SERVICIO (S)	PAGO POR SERVICIO SIN DETALLE (T)	PAGO POR PAQUETE (P)	PAGO POR DIAGNOSTICO (D)	PAGO DIRECTO (I)	AUTORIZACIONES (A)	PAGO POR CAPITACIÓN (C)
AMBULATORIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							
DOMICILIARIO	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							
TOTAL	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							

Atentamente

Firma y nombre de Secretarías de Salud Departamentales ó Distrital de Salud
Se anexa lo enunciado en medio magnético