



MINSALUD



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ABECÉ

Resolución 4505 de 2012

¿Cuáles son las responsabilidades de las IPS frente al reporte de actividades de PEDT Resolución 4505?

En el Artículo 7 de la Resolución 4505 de 2012 se establecen las Responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas:

1. Recolectar y reportar a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, incluidas las de régimen de excepción de salud y a las Direcciones Municipales y Distritales de Salud, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico, que hace parte integral de esta Resolución.
2. Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

¿Cuáles son las responsabilidades de las EAPB frente al reporte de actividades de PEDT Resolución 4505?

En el artículo 6 de la presente Resolución, se establecen las Responsabilidades de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB):

1. Recolectar y consolidar el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, remitidas por su red de prestadores de servicios de salud (IPS).

2. Reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico, que hace parte integral de esta Resolución.
3. Responder por la oportunidad, cobertura y calidad de la información reportada.
4. Realizar la asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de su red de servicios.
5. Realizar la verificación de la veracidad de la información reportada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de su red de servicios.

¿Cuáles son las responsabilidades de las DTS frente al reporte de actividades de PEDT Resolución 4505?

.....
En el artículo 4 de la Resolución, se establecen las Responsabilidades de las Direcciones Departamentales y/o Distritales de Salud:

1. Recolectar y consolidar el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, remitidas por las Direcciones Municipales de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de su red de servicios.
2. Reportar al Ministerio de Salud y de Protección Social, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico, que hace parte integral de esta Resolución.
3. Responder por la oportunidad, cobertura y calidad de la información reportada.
4. Realizar la asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las Direcciones Municipales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) incluidas las de régimen de excepción de salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que tienen a su cargo la atención de personas que no se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según corresponda a su competencia.
5. Realizar la verificación de la veracidad de la información reportada por las Direcciones Municipales de Salud o a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), de su red de servicios.

¿Cómo evaluar coberturas de los programas de PE y DT si la 4505 deroga la 3384 y por ende las matrices de programación?

.....
La Resolución 4505 de 2012 deroga completamente la Resolución 3384 de 2000 y con ello el concepto de las metas, se debe avanzar a considerar la evaluación de coberturas poblacionales, partiendo de la revisión que se debe hacer de la

reglamentación vigente, que permita establecer los compromisos contractuales con la red de prestadores.

¿Cómo garantizan las EAPB y DTS el pago de un recurso para las actividades de PE Y DT, frente a qué? En el caso que las IPS incumplan con el reporte de información.

Las entidades aseguradoras y DTS en el ejercicio de su autonomía atribuida mediante Resolución 4505 en sus artículos 4 y 6, establecen los mecanismos de contratación con la red prestadora. Por otra parte, la Ley 1438 de 2011 en el Parágrafo Transitorio del artículo 52 establece que el pago de servicios de baja complejidad será por capitación hasta el 2013.

¿Si un hospital no tiene contrato con el ente territorial para la atención de población pobre no afiliada porque este me solicita informe de la Resolución 4505?

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud que realicen atenciones a cualquier usuario, del cual se reciba el reconocimiento económico de la atención prestada, se encuentran obligadas a generar el reporte de la información que se solicita dentro de la estructura definida por el Anexo técnico que hace parte de la Resolución 4505 de 2012, como lo establece en su Artículo 7.

Si la ESE le ha prestado servicios a población no afiliada y han radicado facturas de cobro por concepto de la prestación de estos servicios, SI deben emitir el reporte de la información que corresponda a la competencia de su prestación de servicios, mediante la estructura definida en el anexo técnico de la Resolución 4505 de 2012, de lo contrario no estarían obligados a generar información al respecto.

¿Qué se considera población no asegurada?

Se considera usuario no asegurado aquel que no pertenece a ninguno de los dos regímenes (Subsidiado y Contributivo), y que su atención se le recobra al ente territorial.

¿Las IPS tenemos la obligación de cargar en cada uno de los validadores establecidos por las EAPB y/o DTS?

La Resolución 4505 de 2012, y la Circular 022 de 2013 establece y define el mecanismo de transferencia de información entre el Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Obligadas que corresponde a un archivo TXT que se debe enviar mediante la plataforma PISIS. Entendiéndose así que el medio de transferencia de la información entre los Prestadores y el Asegurador debe estar definido mediante los acuerdos contractuales entre las partes.

¿Cada Dirección Departamental es autónoma para solicitarle a las Direcciones locales cuando deben reportar, si es mensual o trimestral?

El Artículo 10 de la Resolución 4505 de 2012, establece los periodos de reporte de información para las EAPB y DTS al Ministerio de Salud y Protección Social en su plataforma PISIS, mas no establece la periodicidad del reporte desde la red de prestadores a las EAPB, es de aclarar que durante las asistencias técnicas el Ministerio de Salud y Protección Social sugirió que este reporte de las actividades realizadas por los prestadores a los Aseguradores se podría realizar de forma mensual, buscando la respectiva oportunidad que permita ejecutar los procesos de auditoria de datos y soporte clínico que garantice la veracidad de la información, partiendo de que son las EAPB quienes deberán certificarlo por medio de la firma digital del representante legal ante el Ministerio; sin embargo, es importante tener en cuenta que las fechas límites de entrega de información por parte de las IPS, deberán ser definidas mediante los acuerdos contractuales.

¿Las IPS deben seguir llenando informes alternos al reporte de la Resolución 4505 de 2012 tipo cohortes de seguimiento?

La Resolución 4505 de 2012, es un reporte trimestral que no permite la intervención inmediata en los planes de atención individual del riesgo, por tal razón los aseguradores deben contar con otras herramientas paralelas que les permita garantizar el permanente seguimiento de la población a su cargo.

¿Es obligación de la Entidades de Medicina Prepagada reportar la información en la plataforma PISIS?

Con relación a la obligatoriedad del reporte por parte de las empresas de medicina prepagada me permito informar que para la primera fase de la Resolución 4505 de 2012 no se tuvo en cuenta este tipo de entidades.

¿Es obligación que las IPS registren todos los datos del anexo técnico así no lo tengan contratado?

Es de tener en cuenta que el anexo técnico requiere que se diligencien en su totalidad todas las variables; para asegurar la calidad de la estructura del registro por persona reportado, por tal razón se propone definir criterios de excepción para los campos con respuestas basadas en los servicios que no son de su competencia en la prestación y en lo contratado con cada asegurador, teniendo en cuenta la respuesta "Sin Dato", según cada variable y la condición del usuario, sin que esto sea causal que obligue a garantizar la prestación del servicio que no es responsabilidad de la IPS por relación contractual.

¿Es obligación de las IPS reportar las actividades según la Resolución 4505 de 2012 o sólo es obligación de las EPS?

El Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 4505 de 2012 establece "el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento".

Teniendo en cuenta lo anterior, para dar respuesta a la primera inquietud el reporte de Actividades de Protección Específica y Detección Temprana es de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) incluidas las de régimen de excepción de salud y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud; en el artículo 7 de dicha resolución se establecen las responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

¿Es obligación de las IPS reportar las actividades según la Resolución 4505 de 2012 con firma digital a las EPS?

Respecto a la inquietud relacionada con la firma digital, la Resolución 4505 de 2012, en su artículo 9, define que "el representante legal de la respectiva Empresa Administradora de Planes de Beneficios, incluidas las de régimen de excepción de salud y de la Dirección Territorial de Salud respectiva, certificará la veracidad de la información que reporta mediante la firma digital anexada en la transferencia electrónica de remisión de la misma, de acuerdo con lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social".

Así mismo la Circular 026 de 2014 determina que " el medio de transferencia de los datos desde las IPS hacia las EAPB, incluidas las de régimen de excepción, o hacia las DTS puede ser acordado entre las partes pero, en caso de no ser así, no puede exceder lo exigido en la Resolución 4505 de 2012 en el entendido que la responsabilidad de la IPS es entregar los datos del anexo técnico que son de su competencia, en el formato establecido en la Resolución; por lo anterior, si la EAPB incluidas las de régimen de excepción o DTS ha diseñado un aplicativo especial para captura o validación de los datos para sus procesos de monitoreo, seguimiento y auditoría y retroalimentación, salvo que acuerde algo distinto con la IPS, deberá recibir de esta el anexo técnico en el formato definido en la Resolución y cargar ella misma el archivo directamente en su aplicativo".

¿De acuerdo a la Resolución 4505 de 2012, en su artículo 5, respecto a las responsabilidades de las Direcciones Municipales de Salud, para el seguimiento de las Actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la Aplicación de las Guías de Atención en salud Pública

realizadas a la población; quisiéramos conocer las competencias específicas que le asisten a la Secretaria Municipal en cuanto a la población afiliada al régimen contributivo y especial?

.....
Frente al seguimiento de las actividades, las Secretarías de Salud Municipales, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 715 de 2001, artículo 44, tienen por competencia dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en su jurisdicción, así:

“44.1.5 Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

44.2.4 Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes”.

De tal manera, la Secretaria Municipal debe realizar el seguimiento de las actividades preventivas a través del uso de la información que está disponible en la página web de este Ministerio, la cual permite conocer las poblaciones estimadas y las actividades de protección específica y detección temprana que cada una de las EAPB deben garantizar. La Resolución 1536 de 2015, en su artículo 16. Responsabilidades de las entidades territoriales en el uso de la caracterización poblacional a cargo de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, demás Entidades Administradoras de Planes de Beneficio – EAPB, define que las “Entidades Territoriales deben tomar la información de SISPRO relacionada con los datos y los resultados de la caracterización poblacional de EPS y demás EAPB, para los asuntos de su competencia”; para acceder a dicha información consulte el siguiente enlace, donde encontrarán la información de la caracterización del año 2013: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx> . La información correspondiente a la caracterización del año 2014, y acorde con lo requerido por el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra en proceso de elaboración.

¿Las EAPB pueden realizar glosas frente al no reporte del anexo técnico de la Resolución 4505 de 2012?

.....
Se sugiere tener en cuenta que en la circular 026 de 2014 se define: “Las cláusulas contractuales entre las EAPB incluidas las de régimen de excepción y/o DTS con las IPS que se generan para el cumplimiento de estos reportes exigidos en la reglamentación mencionada, no debe exceder el alcance de las responsabilidades establecidas para estas últimas y no pueden incluir variables adicionales al anexo técnico”; por lo tanto, sugerimos revisar los acuerdos contractuales vigentes de su institución.

¿Algunas IPS sólo tienen contrato con empresas de Medicina Prepagada? ¿Cuál es la legislación que les obliga u obligará a enviar la información de resolución 4505?

¿Aplicaría de la misma manera para todos los tipos de prestación de servicios de salud?

.....
Si la IPS dentro de su relación contractual estableció el reporte del mismo lo debe realizar.

¿Es posible solicitar ampliación del plazo para el reporte de la Resolución 4505 de 2012?

.....
Es importante precisar que en su artículo 10, define que "Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, incluidas las de régimen de excepción de salud y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud deben reportar la información dentro de los 30 días calendario siguiente al vencimiento del respectivo trimestre"; en este caso, el periodo octubre a diciembre, debe ser reportado máximo hasta el 31 de enero del presente año.

¿Si un usuario se traslada de E.P.S. ¿Cómo podemos obtener la información de DTPE y atención de enfermedades de interés en salud Pública realizada previamente?

.....
Si el usuario a pesar de haber realizado el traslado de EPS continua con la misma IPS primaria, esta podrá recuperarla y reportársela a la nueva EAPB de afiliación
En los casos en los cuales no se tenga la misma IPS primaria esto no podrá ser posible, a menos de que el usuario traiga el soporte y este quede escrito en la historia clínica.

¿Si una institución que realiza colposcopia, biopsia cervical, mamografía, biopsia de seno y que están incluidos en la resolución 4505, se consignan sólo si deja una copia de estos en el archivo de la institución, es válido que el médico consignara en la historia clínica los resultados y posterior a esto se diligenciaran en el módulo de la 4505, sin dejar copia de estos?

.....
Si se registra el dato en la historia clínica esto cuenta como soporte del resultado del paraclínico.

¿Teniendo en cuenta que la resolución 4505 de 2012 deroga la resolución 3384 de 2000 quiero pregunta si para el programa de crecimiento y desarrollo se toma los rangos de edad de establecidos en la resolución 412 en la cual se debe atender con mayor frecuencia (6 meses) a la población objeto (mayores de 3 años de edad) mientras que en la

3384 la frecuencia era de 1 año para este rango de edad?

Es de tener en cuenta que se derogo fue la Resolución 3384 de 2000, pero que la Resolución 412 de 2000 sigue vigente tanto en su población objeto como en sus frecuencias y controles, es importante tener en cuenta que la parte contractual la pueden basar en la Resolución 412 y recordar que se va a trabajar para el logro del 100% en cobertura poblacional por programa.

¿Los recién nacidos con qué documento de identidad ingresan?

Recuerden que todo menor se debe reportar según como se haya registrado en la apertura de la historia clínica del menor en el momento de la atención, si se registró como NV así debe venir registrado en la estructura, si se creó como menor sin identificación o como hijo de así mismo debe venir en la estructura, recuerden que toda información debe soportarse con los registros clínicos.

¿En los casos de menores en los cuales solo aparecen los apellidos?

En este caso pueden colocar los datos de Hijo de y nombre de la madre, pero es importante recordar que cuando el niño ya tenga sus datos de identificación se debe reportar la novedad, en el correspondiente archivo de novedades. Recuerden que el registro de la información debe permitir en el momento de la auditoria de campo hacer la verificación que se soporte en los registros clínicos.

¿Qué sucede cuando con los usuarios que ya no se encuentran activos en la base de afiliaciones de la EAPB?

El registro que deben realizar es solo el de las personas a las cuales se les realizo alguna actividad o se realizó actualización de algún dato, de la misma forma solo se reportara si el usuario se encuentra activo en la EAPB.

¿Si un usuario fue reportado por un municipio X, y para este periodo esa persona cambio de municipio y de residencia, por ende cambia de IPS primaria. ¿Cómo debe reportar el municipio X este usuario sabiendo que ya no está a su cargo? ¿Cómo debe reportar el municipio y este usuario? ¿Y cómo debe reportar el Departamento este usuario sabiendo que esta persona aparece en un mismo periodo de tiempo en dos municipios?

El reporte de la información que envíen debe corresponder a la población que intervienen es decir a la que le prestan servicios, esto teniendo en cuenta la población que para esa fecha tengan a su cargo, pues esto permitirá dar cuenta

de la gestión de riesgo individual realizada por la entidad con la población a cargo.

¿Cómo se van a manejar y controlar las actualizaciones de acuerdo a las novedades no se tiene definido una variable que contenga la fecha cuando ocurrió dicha novedad?

.....
Teniendo en cuenta la fecha de corte, se revisa el reporte anterior para verificar la novedad.

¿Si una de las personas que fueron reportadas en alguno de los periodos anteriores, y una de esas personas fallece, que se debe hacer con este registro?

.....
La persona no se vuelve a reportar y el registro se conserva como histórico.

¿Cuándo se debe cargar el reporte de novedades?

.....
El reporte de novedades se debe cargar simultáneamente con el reporte del anexo técnico de la Resolución 4505 de 2012.

¿Cómo se reporta la novedad de cambio de EAPB?

.....
Esta novedad no requiere reporte, pues en el momento en que el usuario ya no se encuentre activo en su EAPB anterior, esta lo dejará de reportar y deberá aparecer en el registro de su nuevo asegurador.

¿Cualquier registro de novedades que anteriormente no venga reportado en un archivo de datos originales será rechazado por invalido?

.....
No se puede realizar ningún tipo de novedad de un usuario si este antes no ha sido reportado en un archivo de datos originales.

¿Cómo funciona la novedad uno en los recién nacidos?

.....
La idea es que solamente los nacidos en el mes de junio deben venir con dato de nacido vivo que debe ser el espejo del registro de la historia clínica del menor, si a la fecha de corte aún no se tiene el dato de tipo de registro definitivo se reportara con el que se cuenta pero para el siguiente corte debe

haberse realizado la respectiva gestión para realizar la correspondiente novedad.

¿Cuándo se usa la novedad cuatro?

.....
La novedad cuatro será reportada cuando por algún proceso de auditoría se evidencia la no consistencia de los datos reportados, lo que indicará que dicha información no deberá ser tenida en cuenta para el cálculo de los respectivos indicadores de la entidad.

¿La novedad tipo cinco: “novedad de actualización paciente imposible de ubicar”, en qué momento se puede utilizar esto? Pues cada cuanto se debería hacer un proceso para generar este tipo de novedad, o la idea es que en que periodos de tiempo yo debería estar buscando a los usuarios y al que no encuentre para aplicarle este tipo de novedad

.....
Esta opción se utiliza en aquellos casos en que los usuarios, por más gestión que se realiza nunca se puede realizar una demanda inducida efectiva que permita la intervención del usuario, pero que por alguna razón el usuario accede a algún servicio y se puede retomar la información requerida del usuario, en el entendido que el usuario venía se reportó como “No recibió atención porque los datos de contacto del usuario no se encuentran actualizados” y se debe actualizar toda la línea de información del usuario. El tiempo en que se debe realizar la demanda del usuario depende de lo definido en las normas y guías vigentes según las condiciones de cada usuario.

¿La novedad tipo 6 “novedad de actualización desafiliado” en qué momento se aplicaría esta novedad, dado que un usuario cambia de aseguradora y generalmente si no se encuentra en las bases de datos no se le presta el servicio, porque se maneja este tipo de novedad y se quitó la opción que se podía utilizar para reportar los usuarios que ya no pertenecían a población no asegurada?

.....
Esta opción aplica específicamente para las EAPB en aquellos casos de los usuarios que aparecen como desafiliados en sus bases de datos pero que están un tratamiento en curso que se debe garantizar a pesar de no encontrarse activos por continuidad del tratamiento hasta tanto se reciba de manera efectiva en la entidad que se hará responsable del tratamiento del usuario.

¿En la variable 14 en que momentos se utiliza la opción no aplica?

.....
La opción "no aplica", se emplea para reporte de los hombres y mujeres fuera del rango de 10- 49 años que son las mujeres en edad fértil, lo cual quiere decir todas las mujeres que no se les evidencie por un examen de embarazo positivo se le registrará riesgo no evaluado 21.

¿La variable 14 gestación y en las otras variables relacionadas con la gestación puedo registrar no aplica en las pacientes menopáusicas?

.....
Teniendo en cuenta que ya hay confirmación de su diagnóstico se puede registrar como no aplica.

¿En la variable 17 en que momentos se utiliza la opción no aplica?

.....
En la variable 17 la opción "no Aplica" es para todas las personas mayores de 3 años, si al momento del reporte no se tiene el dato del resultado se debe registrar "sin Dato" es importante recordar que para el siguiente reporte ya debe cambiar la información y registrar el dato correspondiente.

¿La variable 18 en que momentos aplica?

.....
Para este tema es importante recordar la definición de Sintomático Respiratorio, esto quiere decir que si tiene estas características se considera como sintomático, que el examen permitirá descartar o confirmar.

¿Variable 21 obesidad o desnutrición proteico calórica para los menores de edad, cuando sea obeso se realiza la búsqueda por diagnóstico, el IMC puede no ser mayor a 30, como se validan este dato en PISIS?

.....
En el reporte de IMC el prestador registra el dato que corresponda según anexo técnico. Este es un riesgo que aplica en toda la población. Sin embargo, la validación en este momento formulada para PISIS corresponde a la población mayor o igual a 18 años. En este grupo poblacional aplica dicha validación.

¿Variable 21 obesidad o desnutrición proteico calórica, para desnutrición proteico calórica, que edades se contemplan?

¿En mayores de 18 años se determina por el IMC? ¿Y si se usa este índice se toma el inferior o igual a 18?

Teniendo en cuenta el acta de la reunión celebrada con EAPB el día 15 de octubre de 2013, y reforzando la respuesta anterior. el IMC se calcula para toda la población. Dentro de las validaciones para PISIS, se tiene en cuenta la población mayor o igual a 18 años de edad, sin embargo, no se exige la responsabilidad de evaluar riesgo de obesidad y desnutrición en toda la población que cubre el asegurador.

¿Variable 22, Víctima de Maltrato en qué casos no aplica?

No aplica para hombres mayores de 18 años con 3 meses.

¿En la variable 27 cáncer de seno: a partir de qué edad debo evaluar este riesgo? En el explicativo del Ministerio dice "Incluye la identificación en Hombres y sin límite de edad"

No se estableció rango específico de edad, ni en hombres ni mujeres el riesgo se encuentra presente según antecedentes.

¿Variable 28, fluorosis: aplica para las poblaciones que define el protocolo de fluorosis (6,12,15 y 18) únicamente? ¿Si es así como se registra la población que no está en el grupo de edad mencionado, pues no hay opción para NO aplica?

Las variables se ciñen a las normas técnicas de atención vigentes, en este caso aplica población mayor a 2 años. Se registra la actividad que aplica al grupo poblacional.

¿Variable 34, edad gestacional al nacer, se realiza sobre el registro del niño o de la madre?

Esta variable solo aplica para los niños menores de 6 años, en este caso solo se realiza sobre el registro del niño.

¿Variable 35, BCG, de acuerdo a la guía de manejo de la vacuna, la población objeto son menores de un año; en la regla de validación indica que la opción no aplica se usa para mayores de 6 años. ¿Qué variable se debe utilizar para

el rango de 1 a 6 años de edad?

En este caso se debe registrar 1 si recibió vacuna.

¿Variable 43 relacionada con aplicación de fiebre amarilla no aplica para todos los usuarios mayores de 1 año?

Para este caso el no aplica es para todo niño mayor de 6 años.

¿Variable 46, aplicación vacuna VPH, no aplica para toda mujer fuera del rango de 9 a 27 años, o tomamos el de 9 a 17 años?

Para este caso se debe tener en cuenta los lineamientos establecidos por el grupo PAI.

¿Variable 47, TD o TT. De acuerdo a la regla de validación la opción no aplica solo se usa para personas del sexo masculino. la pregunta es que variable se debe enviar si la persona tiene menos de 15 años o más de 49 años?

El rango de edad se debe establecer según los lineamientos de PAI.

¿Variable 48, Control de placa bacteriana. De acuerdo a la regla de validación la opción no aplica se usa para personas menores de 2 años y edentados. La pregunta es cómo se identifica para una optima validación si es edentado o no, ya que la opción 0 aplica para ambos casos?

Para este caso, eso no se define en una validación eso lo define el odontólogo tratante en la historia clínica.

¿La variable 54, suministro de método anticonceptivo, cuando la mujer tiene pomey que se registra?

Se registraría como no aplica (1845-01-01).

¿Variable 75, relacionada con la asesoría pre test para VIH, se pueden registrar todos los usuarios que reciben esta

actividad o solo las gestantes?

Se pueden registrar todos los usuarios a los cuales se les haya realizado la actividad.

¿Variable 86, tamizaje de cuello uterino, no aplica para todas las mujeres fuera del rango que estipula la guía?

No aplica para mujeres menores de 10 años y hombres, la variable se refiere a tamizaje no específicamente a toma de citología.

¿Si el paciente ya recibió la vacuna y ya se reportó en el trimestre anterior, que se envía en el siguiente trimestre, si el paciente sigue siendo objeto de aplicación pero no hay más dosis para aplicarle porque tiene esquema completo?

Persiste el último dato que se registro.

¿La variable 100, fecha de resultado biopsia de seno aplica solo para mujeres?

Si, y para las cuales se les haya reportado toma de mamografía.

¿En la variable 117, tratamiento para lepra, se ordena al paciente examen y sale negativo para lepra como se registra y a quienes no aplica?

En este caso registra "No aplica", es para aquellas personas a las cuales se les identifico que no tiene ese riesgo o se le descarto.

¿La variable 84, fecha de TSH neonatal, que pasa con población indígena y los partos domiciliarios, la toma de TSH neonatal se realiza hasta el día 29 posterior al nacimiento?

Actualmente el resultado de TSH se maneja como una advertencia teniendo en cuenta este tipo de situaciones, aunque es de aclarar que los tiempos de toma están basados según las guías de atención del recién nacido, cuando se esté evaluando el cumplimiento de las guías se tendrá en cuenta la aclaración dada por ustedes.

¿En la variable 104, hemoglobina, en algunas ocasiones no se tiene el resultado de laboratorio (es otro prestador) a tiempo para incluirlo en el reporte, que opción se debe colocar en dicho caso?

Para el caso con el que no se cuenta con el reporte del laboratorio se debe registrar no aplica.

¿La variable 117, de lepra si el resultado del examen es negativo para lepra se registra como no aplica?

Se considera el reporte de las opciones 21 y fecha 1845-01-01 apto para las actividades de riesgo que no se realizaron dentro del corte de evaluación. Si las actividades de detección temprana no se implementaron, no aplica su reporte.

¿Cómo están considerados los rangos de edad?

Menores de 28 días: se considera de 0 a 28 días
Menores de 6 años: edades comprendidas entre 0 y 5 años 11 meses, 29 días
Menores de 10 años: edades comprendidas entre 0 y 9 años 11 meses, 29 días

¿Cuáles son las variables asociadas a cálculo de edad?

Con relación al manejo de las validaciones que están relacionadas con el cálculo de la edad es importante aclarar que las actividades que se reportan al final del trimestre corresponden al récord de intervenciones realizadas desde el primer mes del corte; siendo así, cuando se estima cálculo de la edad según la norma, se establece en el proceso de validación tres meses más para determinar y ajustar las atenciones.

De igual forma me permito aclarar que para los siguientes meses se aumentaría a 6 meses teniendo en cuenta la recuperación de información que se realice de las actividades que no se reportaron en el trimestre anterior.

¿Cuál es la edad considerada para recién nacido?

Para las validaciones de Ministerio se considera recién nacido todo menor de 30 días.

¿Cuáles son las actividades que se deben reportar en cada trimestre?

.....
El registro que deben realizar es solo el de las personas a las cuales se les realizó alguna actividad, usuarios nuevos afiliados o se realizó actualización de algún dato, de la misma forma solo se reportara si el usuario se encuentra activo en la EAPB.

¿Si una persona fue reportada en un periodo anterior y para el periodo actual, tuvo una o varias atenciones ¿Se debe reportar únicamente los datos de las variables relacionadas con las atenciones realizadas actualmente de ser así: ¿Para las demás variables como se debe reportar? ¿Solo se les aplicaran las validaciones a las variables reportadas? o ¿existen validaciones especiales para estos casos? de lo contrario: ¿Se debe reportar las atenciones enviadas en el periodo anterior todas en el mismo registro? ¿Solo se aplicarían las validaciones a las variables que identifiquen atenciones del periodo?

.....
Si la persona fue reportada en el periodo anterior y para este registra nuevamente atenciones, se mantiene el dato de las actividades que no tuvieron actualizaciones y se actualizan las actividades realizadas.

¿Cada Dirección Departamental es autónoma para solicitarle a las Direcciones locales cuando deben reportar, si es mensual o trimestral?

.....
Se estableció que el reporte al Ministerio se debe realizar en los siguientes tiempos, 30 días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre, en el caso de las EAPB de nivel nacional y las DTS departamentales y distritales, pero es de aclarar que cada ente departamental es autónomo de solicitar el reporte a las direcciones locales según establezcan los acuerdos con dichas entidades que le permita cumplir con sus responsabilidades.

¿Si hay municipios o IPS que reportaron por fuera de la fecha y por ende no quedo incluido en el reporte que se envió al ministerio que debemos hacer con esos archivos ¿Cuál sería la fecha inicial y final del reporte que deben colocar en el registro de control?

.....

La información que no fue reportada durante la fecha establecida, debe ser reportada en el siguiente corte de información, sin alterar en el registro de control la fecha inicial y final del reporte.

¿Si un municipio o IPS durante el trimestre correspondiente a abril- Junio, reporto en el archivo de datos originales 100 registros (por tomar de ejemplo cualquier cantidad), para el mes siguiente como mínimo debe reportar: Los 100 registros reportados en trimestre anterior, independientemente si lo atendieron o no; y los usuarios que fueron atendidos durante el mes a reportar?

.....
Teniendo en cuenta la revisión realizada frente a la operatividad de este proceso el Ministerio establece que solo se reporte la información que permite actualizar la intervención realizada en los usuarios o incluir aquella que no se había reportado con anterioridad, más aquellos que se incluyan como primera vez en el reporte.

¿En el caso que un paciente en el primer trimestre del 2013, asistió a una IPS 13 veces, en el archivo plano generado se registran 13 registros de dicho paciente?

.....
No, el usuario solo puede venir registrado una única vez.

¿Si se encuentran errores en BDUa en fecha de nacimiento, cómo se actualiza en el siguiente reporte?

.....
El reporte del BDUa lo realiza su misma entidad por consiguiente los ajustes al mismo se debe realizar, de esa manera coincidirá con la información real del usuario, que debe ser la que se encuentra registrada dentro de los soportes clínicos que se evalúan en las auditorias.

¿Qué pasa con las personas que no fueron atendidas en el trimestre? ¿Qué información se consigna? ¿Queda este registro de por vida en la base de datos?

.....
Es de tener en cuenta que solo se reporta aquel usuario al que se le realizó una actividad, en el caso de los usuarios que no vuelven a consulta se mantiene como histórico el reporte.

¿En qué casos se debe eliminar un registro?

.....

Es importante tener en cuenta que no se deben eliminar registros, para proceso de seguimiento es de vital importancia mantener un histórico.

¿Un niño de 2 meses que en el segundo trimestre (abril, mayo, junio) se le aplicaron las vacunas y en el primer del mes del tercer trimestre ósea agosto hay que registrar nuevas vacunas que hago en la plantilla coloco todo lo nuevo y borro el historial o solo anexo las nuevas vacunas y así sigo mes a mes?

Para este caso, en el reporte del siguiente trimestre se debe enviar la información actualizada, recuerden que cuando son dosis única como BCG o Hepatitis B si deberá seguir enviando el mismo dato, pero para las vacunas que son por esquema deberán registrar la última dosis aplicada, recuerden que no se perderá información ya que ustedes guardaran el histórico de la información reportada.

¿Se realiza un seguimiento periódico a pacientes ambulatorios, con algunas comorbilidades en especial para ERC, donde en los controles se reportan datos de talla y peso, pero el prestador reporta en la fecha año y mes, no figura el día? ¿Es posible tomar este dato, para el registro teniendo claro que proviene de una base de datos enviada por el prestador, y de ser así la manera adecuada de registrarlo cuál sería, el último o el primer día del mes?

Si el prestador solo registra el mes y el año se recomienda utilizar el primer o ultimo día del mes como fecha de referencia, es importante tener un registro de a cuáles usuarios se les registro este dato, para el momento de la auditoria soportar la razón por la cual no es el mismo día.

¿Cómo están considerados los rangos de edad para las validaciones de menores de 28 días, de menores de 6 años y de menores de 10 años?

Menores de 28 días: se considera de 0 a 28 días
Menores de 6 años: edades comprendidas entre 0 y 5 años 11 meses, 29 días
Menores de 10 años: edades comprendidas entre 0 y 9 años 11 meses, 29 días.

¿Si el usuario cuenta con la edad descrita en la variable, ya cuenta con la atención de otro informe y en el trimestre a reportar continua con la edad, ¿se debe registrar el

comodín? o por el contrario, ¿se mantiene la fecha en la que se realizó la actividad? Esta inquietud surge en las variables: 62 y 63: valoración de la agudeza visual y consulta por oftalmología, 48: control de placa, 52: control del recién nacido, 53: planificación familiar primera vez, 69: consulta de crecimiento y desarrollo, 72: consulta de joven primera vez, 73. Consulta de adulto primera vez, 86 a la 90: correspondiente a tamizaje de cuello uterino, 96 a la 98: mamografía y 103 a la 111: laboratorios?

.....
Se debe mantener la fecha en la que se realizó la actividad.

¿Hasta qué edad se reporta fecha de toma de TSH Neonatal y resultado?

.....
Este registro se puede reportar hasta los niños menores de 1 año.

¿Existe alguna relación entre la edad de reporte de hipotiroidismo congénito y el reporte de toma de TSH Neonatal?

.....
Es de tener en cuenta que para el reporte de hipotiroidismo congénito se puede recuperar la información de los niños que a la fecha tengan 36 meses, y el reporte de TSH Neonatal es para los partos que se presentaron durante el año.

¿En las variables 35 a 47, correspondientes al programa ampliado de inmunizaciones, cuando la persona aún no cumple la edad que aplica a ésta actividad ¿se le registra no aplica?

.....
Si el usuario no aplica para la vacuna de registrar O no aplica.

¿Consulta de nutrición: ¿esta actividad se registra de manera obligatoria para las gestantes?

.....
La consulta de nutrición para gestantes no es obligatoria por norma.

¿Consulta por oftalmología: aclarar si la edad de norma no es solo quinquenio, incluir decenio a partir de los 65 años y después cada quinquenio?

.....

Esta variable se puede registrar para todas las personas, al momento de la medición se tendrá en cuenta la población objeto por norma.

¿Creatinina, incluir dentro de la población objeto las edades de norma a partir de los 45 años cada quinquenio hasta los 80 como registro obligatorio?

.....
Esta variable se puede registrar para todas las personas, no hay límite de edad, al momento de la medición se tendrá en cuenta la población objeto por norma.

¿Variable 111, HDL: incluir dentro de la población objeto las edades de norma a partir de los 45 años cada quinquenio hasta los 80 como registro obligatorio?

.....
Esta variable se puede registrar para todas las personas, no hay límite de edad, al momento de la medición se tendrá en cuenta la población objeto por norma.

¿Fecha de consejería en lactancia materna, La opción no aplica (1845-01-01) se utiliza para población masculina únicamente? ¿Lo anterior debido a que una mujer gestante o no gestante puede recibir esta actividad?

.....
La opción no aplica se debe registrar cuando es población masculina y cuando esta actividad no se ha realizado.

¿La variable solicita la consulta de primera vez del joven, entendiéndose por primera vez la más antigua que tenga el usuario que le abre el acceso a los programas ; sin embargo, este registro no permite hacer el seguimiento para gestionar la frecuencia de la consulta; por lo anterior, solicito aclarar si ¿se debe continuar trayendo esta o se puede traer la más reciente de tal manera que permita el seguimiento de las frecuencias de consulta definidas en la 412?

.....
La IPS reporta la fecha en la cual el usuario asiste por primera vez a la consulta del joven en cada uno de los siguientes grupos de edad: 10 a 13 años, 14 a 16 años, 17 a 21 años, 22 a 24 años, 25 a 29 años; independiente de la afiliación del usuario(a)o.

¿La variable solicita la consulta de primera vez del adulto, entendiéndose por primera vez la más antigua que tenga el usuario que le abre el acceso a los programas ; sin embargo, este registro no permite hacer el seguimiento para

gestionar la frecuencia de la consulta; por lo anterior, solicito aclarar si ¿se debe continuar trayendo esta o se puede traer la más reciente de tal manera que permita el seguimiento de las frecuencias de consulta definidas en la 412?

.....
La IPS reporta la fecha en la cual el usuario asiste por primera vez a la consulta del adulto a partir de los 45 años y por cada quinquenio de ahí en adelante (50, 55, 60, 65, 70,75 y 80 años), independiente de la afiliación del usuario(a).

¿Para el caso, de que en algunas de esas variables tipo fecha se utiliza un valor "comodín" tales como: 1800-01-01, 1805-01-01, 1825-01-01, 1830-01-01, 1835-01-01, 1845-01-01, entre otros, ¿cómo se procede para el calcular la edad?

.....
Es importante tener en cuenta que cuando en las variables tipo fecha hay un dato >1900-01-01, este valida la edad fecha de nacimiento contra fecha de procedimiento, para el caso en que las variables tipo fecha usan una opción de comodín, se realiza la verificación del buen uso de los mismo, así que para este caso valida fecha de nacimiento contra fecha de corte.

¿En la vacunación con VPH en el esquema de vacunación el rango de edad de aplicación es de 9 – 26 años y en el anexo solo está la opción 0 no aplica para menores de 9 años. ¿Para las personas que son mayores de 26 cuál sería la opción de respuesta?

.....
la fuente de información permite registrar a cualquier mujer mayor de 9 años por tal razón no se tiene rango máximo, para las personas mayores de 17 años si no se cuenta con el dato, se registra no aplica.

¿En las validaciones por edad, la variable 73, consulta del adulto primera vez (mayores de 45 años) no toman en cuenta los quinquenios y en las nuevas validaciones si incluyen los quinquenios?

.....
Con respecto a la validación, es importante tener en cuenta que como fuente busca obtener la mayor parte de la información que pueda generar indicadores posteriormente, razón por la cual la única validación que aplica con error es cuando corresponda a una persona menor de 45 años, los demás datos que se registren serán aceptados dentro del cargue, sin embargo la Entidad será notificada con respecto a su no correspondencia para el cálculo del respectivo indicador según la normatividad vigente actual, pero en caso que se realice un ajuste de la normatividad se podrá incluir de ser pertinente.

¿Cada año se inicia un nuevo corte de la población, en la reunión se informó que solo se debía reportar por trimestre las actividades realizadas en ese trimestre, sin embargo en el documento queda la inquietud de qué pasa con actividades que siguen siendo vigentes inclusive del año anterior (agudeza visual, crecimiento y desarrollo, quinquenios, citologías, etc)?

Se debe reportar solo la población que recibió atenciones, o que se desea actualizar un dato, mas no solo las actividades realizadas en ese trimestre, precisamente por todas las actividades que son vigentes según la población objeto de las actividades.

¿En el corte al 30 de abril se permite cargar el reporte del primer trimestre, pero se menciona que cada año se inicia un nuevo corte de población, razón por la cual la EAPB debe reportar para el 30 abril , la población con corte a diciembre del año inmediatamente anterior, que tenga identificación del riesgo, intervención y/o tenga algún resultado con fechas vigentes según la normatividad actual., esto significa que en el corte de 30 de Abril la EPS reporta todas las actividades (acumuladas) que se reportaron durante el año inmediatamente anterior, es decir, como una actualización del reporte del 4 trimestre, o es otro informe aparte?

En el cargue de primer trimestre se debe cargar la población que haya recibido atenciones ese periodo, que en caso que las personas reportadas ya hubiese tenido actividades anteriores, si estas siguen aplicando se deben seguir reportando.

¿Para el cálculo de los indicadores la población a tener en cuenta es la afiliada durante al menos un año; ¿las actividades realizadas a la población que lleva menos de un año de afiliación se reportan o no?

El anexo técnico se deben reportar todas aquellas personas que hayan recibido atenciones independientemente del tiempo de afiliación.

¿Para el caso de que el recién nacido, tiene fecha de nacimiento Julio 25 de 2015 y en la variable 84 "Fecha TSH Neonatal", tiene un valor de "2015-07-25" y la fecha del corte para este periodo es el 30 de septiembre 2015?

Se valida contra fecha de procedimiento, la fecha de corte no aplica en esta situación.

¿En el caso en que la variable 84 "Fecha TSH Neonatal" contenga un valor 1800-01-01 "no se tiene el dato" (este valor se usa cuando se sabe de la realización del examen pero no se tiene exactitud de la fecha), entonces en la variable 85 se debe registrar 22: Resultado de TSH Neonatal?

.....
Cuando se registra 1800-01-01, la opción de respuesta para resultado puede ser 22 o el dato de resultado.

¿Para el caso, de que en algunas de esas variables tipo fecha se utiliza un valor "comodín" tales como: 1800-01-01, 1805-01-01, 1825-01-01, 1830-01-01, 1835-01-01, 1845-01-01, entre otros, como se procede para el calcular la edad?

.....
Cuando en las variables tipo fecha hay un dato >1900-01-01, esta valida la edad fecha de nacimiento contra fecha de procedimiento, para el caso en que las variables tipo fecha usan una opción de comodín, se realiza la verificación del buen uso de los mismo, así que para este caso valida fecha de nacimiento contra fecha de corte.

Fecha: 28 de Julio de 2016

Oficina que elabora: Dirección de Epidemiología y Demografía

.....

