

RESOLUCIÓN 123 DE 2015

(enero 21)

Diario Oficial No. 49.402 de 22 de enero de 2015

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Por la cual se establece el reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación a la Cuenta de Alto Costo.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL,

en uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas en el numeral 7 del artículo [173](#) de la Ley 100 de 1993 y el artículo [2](#)o del Decreto-ley 4107 de 2011, y

CONSIDERANDO:

Que mediante el Decreto número 2699 de 2007 modificado por los Decretos números 4956 de 2007, 3511 de 2009 y 1186 de 2010, se creó la Cuenta de Alto Costo y se definió, entre otros aspectos, que la periodicidad, la forma y la estructura de la información que debe reportarse, será determinada por el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social;

Que este Ministerio mediante Resolución número 3681 de 2013, definió los contenidos y requerimientos técnicos de la información a reportar, por una única vez a la Cuenta de Alto Costo, para la elaboración del censo de pacientes con enfermedades huérfanas;

Que la información reportada, validada y detallada a la Cuenta de Alto Costo permite efectuar el análisis y evaluación de la gestión de riesgo realizada por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, así como, servir de apoyo a las acciones de inspección, vigilancia y control por parte de las autoridades competentes;

Que de acuerdo con el informe preliminar del censo de enfermedades huérfanas presentado por la Cuenta de Alto Costo a este Ministerio, se observa un número importante de pacientes con diagnóstico de hemofilia;

Que por lo anterior se hace necesario contar con información periódica, validada y detallada de los pacientes con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de coagulación, para medir la prevalencia de la enfermedad en el país;

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO 1o. OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN. La presente resolución tiene por objeto establecer el reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, a la Cuenta de Alto Costo por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) incluidas las de régimen de excepción y régimen

especial de salud y las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud.



ARTÍCULO 2o. REPORTE DE LA INFORMACIÓN. Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción y las direcciones departamentales y distritales de salud deben reportar la información definida en la presente resolución a más tardar el 30 de marzo de cada año, con la medición de las variables que se describen en el Anexo Técnico que hace parte integral de la misma, con corte al 31 de enero de cada año, utilizando para el efecto el aplicativo web de la Cuenta de Alto Costo.



ARTÍCULO 3o. RESPONSABILIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS). En desarrollo de lo dispuesto en el artículo [114](#) de la Ley 1438 de 2011, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán:

3.1 Recolectar y reportar a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción, así como, a las direcciones municipales, departamentales y distritales de salud, según corresponda, el registro de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, según el Anexo Técnico que hace parte integral de esta resolución, mínimo 30 días calendario antes de la fecha de reporte ante la Cuenta de Alto Costo.

3.2 Capacitar a su personal en el registro y soporte clínico relacionado con la atención de Hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación.



ARTÍCULO 4o. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB). Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) pertenecientes a los regímenes, contributivo, subsidiado, especial y de excepción, deberán:

4.1. Recolectar y consolidar el registro de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, remitidas por su red de prestadores de servicios de salud.

4.2 Reportar a la Cuenta de Alto Costo, el registro de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, conforme a lo señalado en el Anexo Técnico que hace parte integral de esta resolución.

4.3. Responder por la oportunidad, cobertura y calidad de la información reportada.

4.4. Realizar la asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de su red de servicios.

4.5. Verificar la veracidad de la información reportada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de su red de servicios.



ARTÍCULO 5o. RESPONSABILIDADES DE LAS DIRECCIONES MUNICIPALES DE SALUD. Las direcciones municipales de salud, deberán:

5.1. Recolectar y consolidar el registro de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras

coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, remitidas por su red de prestadores de servicios de salud, según su competencia.

5.2. Reportar a las direcciones departamentales de salud el registro de pacientes diagnosticados con Hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, conforme a lo señalado en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución, treinta (30) días calendario antes de la fecha de reporte a la Cuenta de Alto Costo.

5.3. Responder por la oportunidad, cobertura y calidad de la información reportada.

5.4. Realizar la asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, que tienen a su cargo la atención de personas que no se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5.5. Realizar la verificación de la veracidad de la información reportada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas de su red de servicios.



ARTÍCULO 6o. RESPONSABILIDADES DE LAS DIRECCIONES DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES DE SALUD. Las direcciones departamentales y distritales de salud, deberán:

6.1. Recolectar y consolidar el registro de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, remitidos por las Direcciones Municipales de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de su red de servicios.

6.2. Reportar a la Cuenta de Alto Costo, el registro de pacientes diagnosticados con Hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, conforme a lo señalado en el Anexo Técnico que hace parte integral de esta resolución.

6.3 Responder por la oportunidad, cobertura y calidad de la información reportada.

6.4 Realizar la asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las Direcciones Municipales de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas que tienen a su cargo la atención de personas que no se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con sus competencias.

6.5. Verificar la veracidad de la información reportada por las direcciones municipales de salud o a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su red de servicios.



ARTÍCULO 7o. RESPONSABILIDADES DE LA CUENTA DE ALTO COSTO. En cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución, la Cuenta de Alto Costo es responsable de:

7.1. Realizar la asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción.

7.2. Realizar y publicar un instructivo pormenorizado que aclare las preguntas que surjan durante el proceso de recolección y consolidación de la información.

7.3. Recolectar y consolidar la información relacionada con el aseguramiento de los pacientes

diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación.

7.4. Enviar la información según los estándares técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para su integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) de acuerdo con la periodicidad que se establezca.

7.5. Entregar anualmente al Ministerio de Salud y Protección Social la información de gestión de riesgo de hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación por asegurador para apoyar la vigilancia.



ARTÍCULO 8o. CERTIFICACIÓN DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN. El representante legal de la respectiva Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), perteneciente a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción, y el representante legal de la dirección territorial de salud respectiva, certificará la veracidad de la información que reporta mediante una comunicación a la Cuenta de Alto Costo con el número de radicación generado por el aplicativo de recepción de la base de datos, posterior a su radicación por el aplicativo web de la Cuenta de Alto Costo.



ARTÍCULO 9o. VALIDACIONES Y AUDITORÍA DE LA INFORMACIÓN. La información reportada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), pertenecientes a los regímenes, contributivo, subsidiado, especial y de excepción y las direcciones departamentales y distritales de salud en virtud de lo estipulado en la presente resolución, podrá ser objeto, entre otras, de las siguientes validaciones:

9.1. Ser contrastada con la información que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social para verificar la afiliación y derechos de cada uno de los pacientes.

9.2. Revisada por el Ministerio de Salud y Protección Social y por la Cuenta de Alto Costo, con el fin de detectar y corregir duplicidades e inconsistencias en la información.

9.3. Ser auditada por la entidad contratada por la Cuenta de Alto Costo, la cual puede contemplar muestras representativas, con el fin de garantizar la calidad, confiabilidad y veracidad de la información reportada.

PARÁGRAFO. Los resultados estadísticos y su análisis en virtud del reporte de que trata la presente resolución, serán publicados en la página web de este Ministerio y en la página web de la Cuenta de Alto Costo.



ARTÍCULO 10. TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN. Las entidades que participen en el flujo y consolidación de la información, serán responsables del cumplimiento del régimen de protección de datos y demás aspectos relacionados con el tratamiento de información, que le sea aplicable en el marco de las Leyes Estatutarias [1581](#) de 2012, Decreto número [1377](#) de 2013, Ley [1712](#) de 2014 y las normas que las modifiquen, reglamenten, aclaren o sustituyan.



ARTÍCULO 11. VIGILANCIA Y CONTROL. En desarrollo de sus propias competencias, a las autoridades que ejerzan funciones de inspección, vigilancia y control les corresponde cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en la presente resolución, adoptar las medidas

necesarias conforme a la normatividad vigente.



ARTÍCULO 12. VIGENCIA. La presente resolución rige a partir de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 21 de enero de 2015.

El Ministro de Salud y Protección Social,

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE.

ANEXO TÉCNICO.

CONTENIDOS Y REQUERIMIENTOS TÉCNICOS DE LA INFORMACIÓN A REPORTAR RESPECTO DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE HEMOFILIA Y OTRAS COAGULOPATÍAS ASOCIADAS A DÉFICIT DE FACTORES DE LA COAGULACIÓN.

Cada EAPB perteneciente a los regímenes contributivo, subsidiado, especial y de excepción y las direcciones departamentales y distritales enviarán a la Cuenta de Alto Costo en la fecha de reporte prevista, un archivo en texto plano, delimitado por tabulaciones, donde cada fila o registro representa un paciente que entre la fecha de corte respectiva y la fecha de medición anterior, se encontraba afiliado a las entidades obligadas a reportar.

Cada registro del archivo debe contener exactamente la totalidad de los campos diligenciados, separados por tabulaciones, los cuales deben corresponder a las variables que se definen en la estructura de variables del presente anexo técnico. Todos los campos son obligatorios.

Características de los archivos planos

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

1. En el anexo técnico de los archivos, el tipo de dato, corresponde a los siguientes: A- Alfanumérico, N-Numérico, D-decimal, F-Fecha, H: Hora.
2. Todos los datos deben ser grabados como texto en archivos planos de formato ANSI, con extensión .txt
3. El formato del nombre del archivo es AAAAMMDD_CODEPS_AR.txt, donde AAAAMMDD corresponde a la fecha de reporte definida en el artículo 2o de la presente resolución y CODEPS al código de seis caracteres o el código del departamento o distrito según DIVIPOLA en caso de las entidades departamentales y distritales de salud.
4. El separador de campos debe ser tabulaciones y debe ser usado exclusivamente para este fin.
5. Ningún dato en el campo debe venir encerrado entre comillas (“”) ni ningún otro carácter especial.
6. Los campos numéricos deben venir sin ningún formato de valor ni separación de miles. Para los campos que se permitan valores decimales, se debe usar el punto como separador de decimales.
7. Los campos de tipo fecha deben venir en formato AAAA-MM-DD incluido el carácter guion,

a excepción de las fechas que hacen parte del nombre de los archivos.

8. Los valores registrados en los archivos planos no deben tener ninguna justificación, por lo tanto no se les debe completar con ceros ni espacios.

9. Tener en cuenta que cuando los códigos traen CEROS, estos no pueden ser reemplazados por la vocal 'O' la cual es un carácter diferente a cero.

10. Los archivos planos no deben traer ningún carácter especial de fin de archivo ni de final de registro. Se utiliza el ENTER como fin de registro.

Estructura de datos a reportar

| No | Nombre del campo | Tipo | Longitud Máxima del Campo | Valores permitidos |
|----|------------------|------|---------------------------|--------------------|
|----|------------------|------|---------------------------|--------------------|

IDENTIFICACIÓN

| | | | | |
|---|--------------------------------------|---|----|--|
| 1 | Primer nombre del usuario | A | 20 | Escriba el primer nombre del usuario. |
| 2 | Segundo nombre del usuario | A | 30 | Escriba el segundo nombre del usuario. En caso de un tercer nombre, escríbalo separado por un espacio. Registre "NONE", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo nombre (NONE="Ningún Otro Nombre Escrito"). |
| 3 | Primer apellido del usuario | A | 20 | Escriba el primer apellido del usuario. |
| 4 | Segundo apellido del usuario | A | 30 | Escriba el segundo apellido del usuario. Registre "NONE", en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo apellido (NOAP= "Ningún Otro Apellido"). |
| 5 | Tipo de Identificación del usuario | A | 2 | RC=Registro Civil, TI=Tarjeta Identidad, CC=Cédula de Ciudadanía, CE=Cédula Extranjería, PA=Pasaporte, MS=Menor sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado), AS=Adulto sin Identificación (solo para el Régimen Subsidiado). CD=Carnet Diplomático. |
| 6 | Número de Identificación del usuario | A | 20 | Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación. |
| 7 | Fecha de nacimiento | F | 10 | Fecha de nacimiento del usuario en el formato AAAA-MM-DD. |
| 8 | Sexo | A | 1 | M= masculino, F= femenino. |
| 9 | Ocupación | A | 4 | Código según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones. Si no existe información =9999 y si No Aplica =9998 |

| | | | | |
|----|---|---|----|---|
| 10 | Régimen de afiliación al SGSSS | A | 1 | C=Régimen Contributivo, S=Régimen Subsidiado, P=Regímenes de excepción, E=Régimen especial, N=No asegurado |
| 11 | Código de la EAPB o de la entidad territorial | A | 6 | Cuando el usuario tenga EAPB escriba el código de la empresa aseguradora que registra al usuario (EPS/EOC/EPSI/ESS/CCF/EAS). Cuando el usuario sea notificado por entidad territorial escriba el código de departamento y municipio según DANE. |
| 12 | Código pertenencia étnica | N | 1 | Registre el grupo étnico del usuario: 1=Indígena, 2=ROM (gitano), 3=Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia, 4=Palenquero de San Basilio, 5=Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afro descendiente, 6=Ninguna de las anteriores. |
| 13 | Grupo poblacional | A | 2 | 1=Indigentes; 2=Población infantil a cargo del ICBF; 3=Madres comunitarias; 4=Artistas, autores, compositores; 5=Otro grupo poblacional; 6=Recién Nacidos; 7=Discapacitados; 8=Desmovilizados; 9=Desplazados; 10=Población ROM; 11=Población raizal; 12=Población en centros psiquiátricos; 13=Migratorio; 14=Población en centros carcelarios; 15=Población rural no migratoria; 16=Afrocolombiano; 31=Adulto mayor; 32=Cabeza de familia; 33=Mujer embarazada; 34=Mujer lactante; 35=Trabajador urbano; 36=Trabajador rural; 37=Víctima de violencia armada; 38=Jóvenes vulnerables rurales; 39=Jóvenes vulnerables urbanos; 50=Discapacitado - el sistema nervioso; 51=Discapacitado - los ojos; 52=Discapacitado - los oídos; 53=Discapacitado - los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto); 54=Discapacitado - la voz y el habla; 55=Discapacitado - el sistema cardiorrespiratorio y las defensas; 56=Discapacitado - la digestión, el metabolismo, las hormonas; 57=Discapacitado - el sistema genital y reproductivo; 58=Discapacitado - el movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas; 59=Discapacitado - la piel; 60=Discapacitado - otra; ND=No definido |
| 14 | Municipio de residencia | A | 5 | Registre el Código del municipio en donde reside el afiliado según la división político administrativa DIVIPOLA – DANE. Este código debe ser reportado en 5 dígitos, donde los dos primeros dígitos corresponden al departamento donde se localiza el municipio. |
| 15 | Número telefónico del paciente (incluyendo a | A | 21 | Registre solo dos números de teléfono(s) fijos y/o móviles completos para contactar al paciente y separe por comas. |

| | | | | |
|----|--|---|----|--|
| | familiares y cuidadores) | | | |
| 16 | Fecha de afiliación a la EPS que registra | F | 10 | Fecha en la que el usuario se afilió a la EPS en el formato AAAA-MM-DD. |
| 17 | Estado de gestación a la fecha de corte | N | 1 | 0=no, 1=sí, 3= no aplica |
| 18 | Usuario en programa de planificación o consejería genética | N | 1 | 0=planificación, 1=consejería genética, 2= planificación y consejería genética, 3= no aplica, 4= ninguno |

DIAGNÓSTICO

| | | | | |
|----|--|---|----|---|
| 19 | Edad del usuario en el momento del diagnóstico | N | 4 | Diligenciar la edad en años al momento del diagnóstico, 9998= dato no disponible. |
| 20 | Motivo de la prueba de diagnóstico | N | 1 | 0= madre portadora conocida, 1= otro historial familiar, 2= síntoma hemorrágico, 3= otro, 4= desconocido |
| 21 | Fecha de diagnóstico | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1811-01-01=Dato No disponible, porque el diagnóstico se realizó en otra EPS. |

| No | Nombre del campo | Tipo | Longitud Máxima del Campo | Valores permitidos |
|----|---|------|---------------------------|---|
| 22 | Código válido de habilitación de la IPS donde se realiza la confirmación diagnóstica (IPS donde se realiza el diagnóstico por parte del médico) | N | 12 | Código válido de habilitación de la IPS que presta los servicios a los usuarios de la EAPB y se encontrará tantas veces como ámbito de prestación del servicio tenga disponible la IPS por cada EAPB. El código corresponde al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Ejemplo: 173805676501. |
| 23 | Tipo de deficiencia diagnosticada | N | 1 | 0= Factor VIII (Hemofilia A), 1= Factor IX (Hemofilia B); 2= portadora; 3= Von Willebrand, 4= Fibrinógeno, 5= Protrombina, 6=FV, 7=FV y FVIII, 8=FVII, 9=FX, 10=FXI, 11=FXIII. |
| 24 | Clasificación de severidad según nivel de factor | N | 4 | 0=leve; 1=moderado; 2=severo; 3=desconocido; 9999=no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |

AYUDAS DIAGNÓSTICAS INICIALES PARA HEMOFÍLICOS

| | | | | |
|----|---------------------------------|---|---|--|
| 25 | Actividad coagulante del factor | N | 4 | 0=<1%, 1=>1 y <5%, 2=>5 a 40%, 3= desconocido, 9999=no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
|----|---------------------------------|---|---|--|

ANTECEDENTES PARA HEMOFÍLICOS

| | | | | |
|----|---|---|---|--|
| 26 | Antecedentes familiares asociados a hemofilia | N | 4 | 0= No tiene antecedentes familiares, 1= Madre, 2= Padre, 3= 1 Hermano, 4= 2 Hermanos, 5= 1 Hermana, 6= 2 Hermanas, 7= Padre y Madre, 8= Padre y 1 hermano, 9= Padre y 2 hermanos, 10= Padre y 1 hermana, 11= Padre y dos hermanas, 12= Madre y 1 hermano, 13= Madre y 2 hermanos, 14= Madre y 1 hermana, 15 = Madre y 2 hermanas, 16= 1 sobrina, 17= dos sobrinas, 18= 1 sobrino , 19= 2 sobrinos, 20= desconocido, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
|----|---|---|---|--|

TRATAMIENTO INICIAL HEMOFÍLICOS

| | | | | |
|----|--|---|----|---|
| 27 | Factor recibido | N | 4 | 0= concentrado de factor VIII, 1= concentrado de factor IX, 2= plasma fresco congelado, 3= crioprecipitado, 4= desconocido, 5= no recibió tratamiento, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 28 | Esquema | N | 4 | 0= a demanda; 1= profilaxis primaria; 2= profilaxis secundaria; 3= profilaxis terciaria; 4= profilaxis intermitente; 5= sin tratamiento, 6= desconocido, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 29 | Fecha de inicio del primer tratamiento | F | 10 | Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica. |

TRATAMIENTO ACTUAL PARA HEMOFÍLICOS

| | | | | |
|----|-----------------|---|---|--|
| 30 | Factor recibido | N | 4 | 0= concentrado de factor VIII, 1= concentrado de factor IX, 2= FVIIRa (factor VIII recombinante activado), 3= CCPa (concentrado de complejo de protrombina activado), 4= plasma fresco congelado, 5= Crioprecipitado 6= No aplica, 7= Paciente con hemofilia no recibe tratamiento, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 31 | Esquema | N | 4 | 0= a demanda; 1= profilaxis primaria; 2= profilaxis secundaria; 3= profilaxis terciaria; 4= profilaxis intermitente, 5= usuario en profilaxis |

| | | | | |
|------|--|---|----|--|
| | | | | que requirió manejo adicional en el periodo de corte por trauma o intervención quirúrgica, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 32 | Peso (kg) | D | 5 | Diligencie el último peso del usuario en el periodo de corte en kilogramos, use el punto (.) como separador de decimales. |
| 32.1 | Dosis: UI/dosis (profilaxis) (última dosis calculada para el periodo) | N | 4 | Diligenciar número de unidades por dosis según protocolo establecido para el paciente (no multiplicar por peso), 9998= no aplica usuario hemofílico con manejo a demanda, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 32.2 | Frecuencia por semana (profilaxis) | N | 4 | 0= no aplica usuario hemofílico no recibe profilaxis, 1= una vez por semana, 2= dos veces por semana, 3= tres veces por semana, 4= cuatro veces por semana, 5= más de 4 veces por semana, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 32.3 | Número de unidades totales en el periodo UI/dl (demanda) | N | 4 | Diligenciar número de unidades suministradas al paciente en el periodo, 9998= no aplica usuario hemofílico con manejo en profilaxis, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 32.4 | Número de aplicaciones del factor en el periodo (demanda) | N | 4 | Diligencie el número de aplicaciones del factor en el periodo de corte, 0= no aplica usuario hemofílico no recibe manejo a demanda, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 33 | Modalidad de aplicación tratamiento | N | 4 | 0= institucional, 1= domiciliario, 2= mixto, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 34 | Vía de administración | N | 4 | 0= acceso periférico, 1= acceso central, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 35 | Código CUM del factor POS recibido (relacionado con la coagulopatía reportada) | A | 12 | Registre el código CUM del medicamento. Registre 0: Si la persona no recibió medicamento POS. |
| 36 | Código CUM del factor NO POS recibido. (relacionado con la coagulopatía reportada) | A | 12 | Registre el código CUM del medicamento. Registre 0: Si la persona no recibió medicamento NO POS. |

| No | Nombre del campo | Tipo | Longitud Máxima del Campo | Valores permitidos |
|----|---|------|---------------------------------|--|
| 37 | Código CUM de otros tratamientos utilizados (relacionado con la coagulopatía reportada) | A | 12 | Registre el código CUM del medicamento. Registre 0: Si la persona no recibió otros medicamentos. |
| 38 | Código CUM de otros tratamientos utilizados (relacionado con la coagulopatía reportada) | A | 12 | Registre el código CUM del medicamento. Registre 0: Si la persona no recibió otros medicamentos. |
| 39 | Código válido de habilitación de la IPS donde se realiza el seguimiento actual | N | 12 | Código válido de habilitación de la IPS que presta los servicios a los usuarios de la EAPB y se encontrará tantas veces como ámbito de prestación del servicio tenga disponible la IPS por cada EAPB. El código corresponde al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Ejemplo: 173805676501 |

HEMORRAGIAS

| | | | | |
|------|--|--|--|--|
| 40 | Hemartrosis | | | N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 40.1 | Número de hemartrosis espontáneas durante los últimos doce meses | | | N 4 Diligencie número de eventos. |
| 40.2 | Número de hemartrosis traumáticas durante los últimos doce meses | | | N 4 Diligencie número de eventos. |
| 41 | Hemorragia del ilio-psoas | | | N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 42 | Hemorragia de otros muscular/tejidos blandos | | | N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 43 | Hemorragia intracraneal | | | N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 44 | Hemorragia en cuello o garganta | | | N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 45 | Hemorragia oral | | | N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |

- 46 Otras N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia.
- 47.1 Número de otras hemorragias espontáneas diferentes a hemartrosis durante los últimos doce meses N 4 Diligencie número de eventos.
- 47.2 Número de otras hemorragias traumáticas diferentes a hemartrosis durante los últimos doce meses N 4 Diligencie número de eventos.
- 47.3 Número de otras hemorragias asociadas a procedimiento diferentes a hemartrosis durante los últimos doce meses N 4 Diligencie número de eventos.

COMPLICACIONES DE HEMOFÍLICOS

- 48 Presencia de inhibidor N 4 0= baja respuesta o < 5UB, 1= alta respuesta >5UB, 2= no presenta inhibidores, 3= desconocido (paciente hemofílico sin prueba de inhibidores), 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia.
- 48.1 Fecha de determinación de títulos del inhibidor (última más cercana a la fecha de corte) F 10 Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01=No Aplica
- 48.2 Ha recibido el paciente ITI N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia.
- 48.3 Está recibiendo ITI en el periodo de corte. N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia.
- 48.4 Tiempo que lleva el paciente en ITI (días) N 4 Diligencie el número de días que lleva el paciente en ITI; 9998: no aplica usuario que no ha recibido ITI; 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia.
- 49 Artropatía hemofílica crónica N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia.
- 49.1 Número de articulaciones comprometidas N 4 Diligencie el número de articulaciones comprometidas, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia.
- 50 Usuario infectado por VHC N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia.
- 51 Usuario infectado por VHB N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia.
- 52 Usuario infectado por VIH N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia.

| | | | | |
|------|--|------|---------------------------|---|
| 53 | Pseudotumores | N | 4 | 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 54 | Fracturas (osteopenia/ osteoporosis) | N | 4 | 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 55 | Anafilaxis | N | 4 | 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 55.1 | ¿A qué factor se le atribuye la reacción anafiláctica? | N | 4 | Registre el código CUM correspondiente, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 56 | Reemplazos articulares | N | 4 | 0= no, 1= si, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| No | Nombre del campo | Tipo | Longitud Máxima del Campo | Valores permitidos |
| 56.1 | Reemplazos articulares en el periodo de corte | N | 4 | Diligencie número de reemplazos articulares, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

| | | | | |
|------|---|-------|---|--|
| 57 | Seleccionar profesional que lidera la atención del paciente | el N | 4 | 0= Hematólogo, 1= Médico general, 2= Médico familiar, 3= Médico internista, 4= Ortopedista, 9999= no aplica, usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 57.1 | Consultas Hematólogo | con N | 4 | Diligencie número de consultas |
| 57.2 | Consultas Ortopedista | con N | 4 | Diligencie número de consultas, 9999= no aplica usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 57.3 | Intervención por parte del profesional de enfermería | N | 4 | 0= no, 1= si, 9999= no aplica usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 57.4 | Consultas Odontólogo | con N | 4 | Diligencie número de consultas, 9999= no aplica usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 57.5 | Consultas Nutricionista | con N | 4 | Diligencie número de consultas, 9999= no aplica usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 57.6 | Intervención por parte de Trabajo Social | N | 4 | Diligencie número de consultas, 9999= no aplica usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 57.7 | Consultas Fisiatría | con N | 4 | Diligencie número de consultas, 9999= no aplica usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 57.8 | Consultas Psicología | con N | 4 | Diligencie número de consultas, 9999= no aplica usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |
| 57.9 | Intervención por parte de Químico farmacéutico | N | 4 | 0= no, 1= si, 9999= no aplica usuario con coagulopatía diferente a hemofilia. |

- 57.10 Intervención por parte N 4 0= no, 1= si, 9999= no aplica usuario con coagulopatía de Fisioterapia diferente a hemofilia.
- 57.11 Primer nombre del A 20 Escriba el primer nombre del usuario.
médico tratante
principal
- 57.12 Segundo nombre del A 30 Escriba el segundo nombre del usuario. En caso de un tercer nombre, escríbalo separado por un espacio. Registre “NONE”, en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo nombre (NONE= “Ningún Otro Nombre Escrito”).
médico tratante
principal
- 57.13 Primer apellido del A 20 Escriba el primer apellido del usuario.
médico tratante
principal
- 57.14 Segundo Apellido del A 30 Escriba el segundo apellido del usuario. Registre “NONE”, en mayúscula sostenida, cuando el usuario no tiene segundo apellido (NOAP=Ningún Otro Apellido”).
médico tratante
principal

URGENCIAS Y HOSPITALIZACIONES

- 58 Número de N 4 Diligencie número de eventos, 9999= no aplica, usuario con atenciones en el coagulopatía diferente a hemofilia.
servicio de
urgencias que
requieren tto. para la
condición de
hemofilia
- 59 Número de eventos N 4 Diligencie número de eventos, 9999= no aplica, usuario con hospitalarios por coagulopatía diferente a hemofilia.
causa de la
hemofilia (incluye
eventos
programados y no
programados)
- 60 Costo de factores N 12 Registre los costos totales desde de los últimos doce meses.
POS Registre el costo como número, sin separador de miles y use el punto (.) como separador de decimales.
- 61 Costo de factores N 12 Registre los costos totales desde de los últimos doce meses.
NO POS Registre el costo como número, sin separador de miles y use el punto (.) como separador de decimales.
- 62 Costo total del N 12 Registre los costos totales desde de los últimos doce meses.
manejo asociado a la Registre el costo como número, sin separador de miles y use el punto (.) como separador de decimales.
coagulopatía
- 63 Costo Incapacidades N 12 Registre los costos totales desde de los últimos doce meses.
laborales Registre el costo como número, sin separador de miles y use el punto (.) como separador de decimales. 9999= No aplica
relacionadas con la punto (.) como separador de decimales. (usuario de régimen subsidiado)
coagulopatía

- 64 Novedades N 2 0= no presenta novedad; 1= usuario ingresó a la EAPB con diagnóstico de hemofilia; 2= usuario antiguo en la EAPB, se le realizó nuevo diagnóstico de hemofilia; 3= usuario antiguo en la EAPB y antiguo dx de hemofilia que no había sido incluido en reporte; 4= usuario que falleció; 5= usuario que se desafilió; 6= usuario para eliminar de la base de datos por corrección luego de auditoría interna o de CAC; 7= usuario que firmó alta voluntaria del tratamiento; 8= usuario con cambio de tipo o número de ID (mismo usuario con nuevo ID); 9= usuario abandonó el tratamiento y es imposible de ubicar; 10= usuario no incluido en reporte anterior y está fallecido en el momento del reporte actual.
- 64.1 Causa de muerte N 4 1= Complicación de la hemofilia; 2= Enfermedad Cardiovascular; 3= Cáncer; 4= Infección; 5= Por causa diferente a las descritas en 1, 2, 3 y 4; 6= Causa Externa; 9999= Complicación de coagulopatía diferente a la hemofilia; 98= No aplica, el usuario no ha fallecido; 99= Sin dato.
- 64.2 Fecha de muerte F 10 Registre la fecha en el formato AAAA-MM-DD. Si conoce solo el año y el mes, registre el día 01. Si conoce solamente el año registre el año e incluya 01 como mes y 01 como día. Registre 1800-01-01= desconocida. Registre 1845-01-01= No Aplica



Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
 Normograma de la Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones
 ISSN 2256-1633
 Última actualización: 31 de marzo de 2018

