

**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL****RESOLUCIÓN NÚMERO****DE 2018****( )**

Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones.

**EI MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

En ejercicio de sus facultades legales, en especial, las conferidas por los numerales 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, el parágrafo 4 del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 90 de la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 822 de 2017 y,

**CONSIDERANDO**

Que de conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015 "*Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*", el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para lo cual deberá, entre otras obligaciones, "*adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud, y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población*".

Que en desarrollo del principio de eficiencia consagrado en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, "*el sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población*".

Que una de las limitaciones de los nuevos medicamentos que ingresan al mercado son los altos costos que comprometen la sostenibilidad financiera del SGSSS, por lo que los mecanismos de compra centralizada permiten una mayor cobertura a favor de la población afectada.

Que este Ministerio puede lograr reducciones de precios de medicamentos esenciales a través de negociaciones y compras centralizada a escala mediante diferentes mecanismos como Colombia Compra Eficiente, entre otros, contribuyendo con la cobertura universal en salud y en el acceso a medicamentos con altos estándares de calidad y la disponibilidad según las necesidades de la población.

Que por lo anterior y en cumplimiento de lo previsto en el artículo 90 de la Ley 1438 de 2011 que faculta entre otras, a las entidades públicas para realizar compras centralizadas de medicamentos, este Ministerio considera necesario realizar dichas compra través de diferentes mecanismos como Colombia Compra Eficiente y el Fondo Rotatorio de la OPS, con el fin de lograr la disminución de los precios de los medicamentos y facilitar el acceso de la población a los mismos, a precios significativamente inferiores que los recobrados a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social - ADRES y a las entidades territoriales.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

Que para efectos de desarrollar la compra centralizada de medicamentos antivirales de acción directa, no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, a través del Fondo Rotatorio de la OPS, para el tratamiento de las personas diagnosticadas con Hepatitis C, se hace necesario establecer los criterios para su realización, así como para su distribución y suministro, y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con dicha patología.

El gobierno reconoce que la compra y contratación pública es un asunto estratégico por lo cual decidió crear Colombia Compra Eficiente por medio del Decreto Ley 4170 de noviembre 3 de 2011. El Decreto Ley 4170 reconoce la necesidad de: (a) crear políticas unificadas que sirvan de guía a los administradores de compras y que permitan monitorear y evaluar el desempeño del Sistema y generar mayor transparencia en las compras; y (b) tener una Entidad rectora que provea un soporte adecuado para ejecutar el Plan de Desarrollo.

De igual forma, que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS suscribieron el Acuerdo 093 de 2010, mediante el cual se fijaron las condiciones de participación del país en el Fondo Rotatorio Regional para la Adquisición de Productos Estratégicos de Salud Pública OPS/OMS, el cual favorece la reducción de los costos de adquisición de los productos estratégicos derivado de la compra a grandes escalas,

Que para efectos de beneficiarse de la reducción de precios y/o costos en medicamentos e insumos que logre el Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, los departamentos y distritos podrán destinar recursos de la asignación territorial de la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta, en el marco del artículo 71 de la Ley 1753 de 2015, u otros recursos que se destinen para tal efecto.

En mérito de lo expuesto,

## RESUELVE:

### CAPÍTULO I: GENERALIDADES.

**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución tiene por objeto establecer el mecanismo para que el Ministerio de Salud y Protección Social, realice la compra centralizada y distribución de medicamentos para el tratamiento de enfermedades priorizadas, en la población afiliada al régimen contributivo.

Para el caso del régimen subsidiado, el mecanismo al que hace referencia el presente acto administrativo se podrá realizar siempre que la entidad territorial acepte las condiciones y disponga de los recursos para la financiación.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación.** Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o la entidad que haga sus veces, a las entidades territoriales del orden departamental y distrital que opten por la reducción de precios lograda por este Ministerio a través de Colombia Compra Eficiente y la OPS, a las Entidades Promotoras de Salud – EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud .y a la Cuenta de Alto Costo.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

**Artículo 3.** *Recursos para la compra centralizada de medicamentos.* La compra centralizada de medicamentos de que trata la presente resolución, se hará con cargo a los recursos de Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES o la entidad que haga sus veces, destinados a la financiación de los recobros por servicios y tecnologías no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen contributivo y a los recursos que las entidades territoriales dispongan o autoricen para tal fin para el caso del Régimen Subsidiado.

**Artículo 4.** *Prescripción de medicamentos.* El médico tratante una vez confirmado el diagnóstico, prescribirá las dosis completas de los medicamentos no cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para el tratamiento, de conformidad con los lineamientos de prescripción establecidos en las Guías de Práctica Clínica y en las vías clínicas para el tratamiento, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 5.** *Distribución y entrega de medicamentos.* La distribución de los medicamentos comprados por el Ministerio de Salud y Protección Social a los afiliados al SGSSS, se realizará a través de su operador logístico.

La entrega se realizará en función de los casos notificados a través de Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA-, para aquellas enfermedades en las cuales se tenga definida la notificación obligatoria por parte del INS; así como la prescripción del tratamiento a través de la fórmula médica, ya sea a través de MIPRES o el mecanismo definido. Para el caso de los afiliados del régimen contributivo la entrega se realizará a las Entidades Promotoras de Salud – EPS, y en el régimen subsidiado se realizará a las Entidades Territoriales a través de la secretaría de salud o quien haga sus veces.

**Artículo 6.** *Reporte y seguimiento a pacientes.* El personal de salud a cargo de la atención deberá reportar al SIVIGILA los pacientes diagnosticados de acuerdo a los lineamientos vigentes. La EPS y las entidades territoriales exigirán a la IPS el diligenciamiento de la información de seguimiento y monitoreo de cada enfermedad según la estructura definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, y remitirá a la Cuenta de Alto Costo en forma mensual y conforme a los mecanismos definidos para tal efecto por este Ministerio.

La Cuenta de Alto Costo será responsable de consolidar, analizar y entregar la información al Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 7.** *Criterios para la compra centralizada de medicamentos para la atención de enfermedades priorizadas no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.* Los medicamentos y las cantidades acordes con las necesidades de atención de la población diagnosticada con alguna de las enfermedades priorizadas, que serán adquiridos por el Ministerio de Salud y Protección Social, ya sea mediante el mecanismo de compra centralizada a través Colombia Compra Eficiente o del Fondo Rotatorio de la OPS, serán determinados conjuntamente por las áreas técnicas responsables de los Viceministerios de Salud Pública y Prestación de Servicios y Protección Social, a partir de los siguientes criterios:

- a) La información epidemiológica y demográfica relacionada.
- b) El reconocimiento por servicios y tecnologías no cubiertas por el plan de beneficios con cargo a la UPC.
- c) La evidencia científica disponible sobre la efectividad y seguridad de los tratamientos.
- d) El impacto esperado del suministro del tratamiento.
- e) La disponibilidad de recursos.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

**Artículo 8.** *Reconocimiento de medicamentos no cubiertos en el plan de beneficios con cargo a la UPC.* Una vez este Ministerio disponga de los medicamentos para el tratamiento de alguna enfermedad priorizada, se informará a las EPS sin que haya lugar a cobros o recobros a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES o a las entidades territoriales en atención a sus competencias, por el suministro de dichas tecnologías.

**Parágrafo.** Para los casos en que se cobre o recobre un medicamento para el tratamiento de alguna enfermedad priorizada, diferente a los suministrados por el Ministerio, el representante legal de la entidad cobrante /recobrante deberá certificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en las Resoluciones 1479 de 2015 y 3951 de 2016 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, según corresponda.

**Artículo 9. Responsabilidades de las EPS.** Las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado en virtud del aseguramiento, deberán realizar el monitoreo y seguimiento del paciente a través de la IPS responsable del suministro, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS.

**Artículo 10. Responsabilidades de las IPS.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán responsables de prestar los servicios de salud, garantizando la mayor adherencia posible al tratamiento, eliminando barreras de acceso y teniendo en cuenta las necesidades de las personas. También será responsable de los reportes en los sistemas de información respectivos.

## **CAPÍTULO II: ACCESO DE MEDICAMENTOS PARA LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.**

**Artículo 11.** *Acceso a medicamentos para la población afiliada al régimen contributivo.* Es responsabilidad de las EPS cumplir con los siguientes requisitos para garantizar oportunidad en el acceso e inicio de tratamiento: i) notificar los pacientes al SIVIGILA (de acuerdo a los lineamientos vigentes), ii) prescribir adecuadamente los medicamentos según la vía clínica, vía MIPRES, y iii) realizar el reporte a la Cuenta de Alto Costo.

**Artículo 12.** *Prestación de servicios de salud y suministro supervisado del medicamento.* Será responsabilidad de la EPS, velar por la continuidad de la atención de los pacientes, garantizando la oportunidad diagnóstica y seguimiento, la adherencia al tratamiento y el buen uso de los medicamentos por parte de los pacientes, evitando barreras de acceso. Así mismo, deberá garantizar la entrega e ingesta supervisada por parte del personal de salud responsable de la atención.

Será optativo de la IPS prestar la atención en salud de manera intramural, ambulatoria o a través de mecanismos alternativos como la atención domiciliaria siempre privilegiando la adherencia y minimizando las barreras de acceso. En estos casos, deberá llevarse registro diario de la ingesta de la dosis y la evolución del paciente.

**Artículo 13.** *Recursos para la compra centralizada de medicamentos para la población afiliada al régimen contributivo.* La compra centralizada de medicamentos de que trata la presente resolución, se hará con cargo a los recursos de la ADRES o la entidad que haga sus veces, destinados a la financiación de los recobros por servicios y tecnologías no cubiertos por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC y a los recursos que las entidades territoriales dispongan o autoricen para tal fin.

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

### **CAPITULO III: ACCESO DE MEDICAMENTOS PARA LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

**Artículo 14.** *Acceso a medicamentos para la población afiliada al régimen subsidiado.* Los departamentos y distritos, para efectos de beneficiarse de la reducción de precios y/o costos en medicamentos e insumos que este Ministerio logre, deberán diligenciar el Formato denominado "*Solicitud de beneficio de reducción de precios y/o costos en medicamentos e insumos realizados a través de la estrategia de compra centralizada realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social*".

Dicha información deberá ser consistente con los soportes médicos de la identificación de los pacientes que requieran el tratamiento, y sobre los cuales se determinará el valor y la cantidad de medicamentos.

Los soportes a los que se hace referencia en el inciso anterior son los siguientes:

1. Reporte en el SIVIGILA de los pacientes diagnosticados.
2. Prescripción del médico tratante.
3. Reporte a la Cuenta de Alto Costo.

**Artículo 15.** *Recursos para la compra centralizada de medicamentos por parte de las Entidades Territoriales de Salud.* Para efectos de beneficiarse de la reducción de precios y/o costos en medicamentos e insumos que este Ministerio logre las entidades territoriales podrán participar en dichos procesos de adquisición a través de las siguientes fuentes de financiación:

1. Recursos provenientes del componente de Prestación de Servicios de Salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta del Sistema General de Participaciones -SGP, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 2.4.8 del Decreto 780 de 2016, modificado por el Decreto 782 de 2017.

En este contexto, deberán diligenciar el formado contenido en el anexo No. 2 "*Autorización de descuento de la los recursos del Sistema General de Participaciones - Prestación de Servicios en Salud en lo no cubierto con subsidiados a la demanda y financiación del subsidio a la oferta*", que hace parte integral de la presente resolución.

2. Recursos propios y/u Otros, para lo cual deberán identificar claramente la fuente de financiación y girarlos a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES mediante una sola transferencia.

En este contexto, deberán diligenciar el formado contenido en el anexo No. 3 "*Recursos destinados para beneficiarse de la reducción de precios y/o costos en medicamentos e insumos realizados a través de la estrategia de compra centralizada realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social con recursos diferentes a los del SGP*", que hace parte integral de la presente resolución y deberán certificar la disponibilidad de los mismos.

**Artículo 16. Responsabilidades de las Entidades Territoriales.** Las entidades territoriales deberán garantizar la disponibilidad de los recursos destinados a la adquisición de los tratamientos de enfermedades priorizadas. Así mismo deberá garantizar la oportunidad en el acceso al tratamiento de los pacientes prescritos en el régimen subsidiado, de conformidad con el modelo de gestión de lo no cubierto por el

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

Plan de Beneficio con cargo a la UPC y adoptado en virtud de la Resolución 1479 de 2015 o aquellas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, ya sea a través de la red contratada directamente o a través de la red de prestadores de la EPS.

En todo caso la EPS deberá velar por la continuidad de la atención de los pacientes en el marco de la gestión del riesgo que tienen a su cargo.

Girar los recursos provenientes de fuentes distintas al SGP dentro de los 15 días siguientes a la fecha que el Ministerio comunique la posibilidad de hacer la compra centralizada.

**Artículo 17. Vigilancia y control.** La Superintendencia Nacional de Salud y las demás autoridades que ejercen funciones de inspección y vigilancia, velarán por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente resolución y adoptarán las medidas sancionatorias correspondientes en caso de incumplimiento.

**Artículo 18. Vigencia.** La presente resolución rige a partir de la fecha de publicación y deroga las disposiciones contenidas en la Resolución 1692 de 2017.

#### **PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá D.C, a los

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

**ANEXO TÉCNICO**  
**DESCRIPCIÓN DE ATRIBUTOS DEL ESTÁNDAR DE DATOS**

**Registro de datos para identificación y antecedentes de personas con Hepatitis C**

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
<b>Identificación de la persona</b>					
1	Código entidad administradora	6	A	Código asignado a la EPS que reporta la información	SI
2	Tipo de identificación del usuario	2	T	Tipo de documento de identificación del usuario. CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería CD = Carné diplomático PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación CN = Certificado de nacido vivo SC= Salvoconducto	SI
3	Número de identificación del usuario en el Sistema	16	A	Corresponde al número del documento de identificación del usuario.	SI
4	Régimen de afiliación	1	T	Identificador para determinar la condición del usuario en relación con el SGSSS. C= Contributivo S= Subsidiado P= Excepción E= Especial N= No asegurado	SI
5	Fecha de afiliación	10	F	Fecha de afiliación a la administradora que reporta. En el formato: AAAA-MM-DD.	SI
6	Primer apellido del usuario	30	A		SI
7	Segundo apellido del usuario	30	A		NO
8	Primer nombre del usuario	30	A		SI
9	Segundo nombre del usuario	30	A		NO
10	Fecha de nacimiento	10	F	Fecha de nacimiento en el formato: AAAA-MM-DD.	SI
11	Sexo	1	T	Identificador para determinar el sexo del usuario del servicio de salud. H : Hombre M: Mujer	SI
12	Dirección de residencia	200	A	Corresponde a la dirección de la residencia habitual del paciente.	SI
13	Número de teléfono	10	A	Número de teléfono de contacto del paciente	SI
14	Código de municipios de residencia habitual	5	A	Según la clasificación sociopolítica del DANE.	SI

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
<b>Antecedentes de hepatitis C</b>					
15	Código de habilitación de la IPS donde se realizó el diagnóstico de hepatitis C crónica.	12	N	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que realizó el procedimiento, de acuerdo con el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud".	SI
16	Tiene cirrosis	1	N	1= Compensada (A) 2 = No compensada(B -C) 3 = No tiene cirrosis	SI
17	Tiene ERC 4 o 5	1	N	0 = No 1 = Si	SI
18	Tiene trasplante Hepático	1	N	0 = No 1 = Si	SI
19	Coinfección con VIH	1	N	0 = No tiene coinfección con VIH 1 = Si tiene coinfección con VIH 2 = No se ha realizado la prueba de VIH	SI
20	Coinfección con hepatitis B	1	N	0 = No tiene coinfección con Hepatitis B 1 = Si tiene coinfección con Hepatitis B 2 = No se ha realizado la prueba de Hepatitis B	SI
21	Coinfección con hepatitis B-Delta	1	N	0 = No tiene coinfección con Hepatitis B-D 1 = Si tiene coinfección con Hepatitis B-D 2 = No se ha realizado la prueba de Hepatitis D	SI
22	Mecanismo de transmisión	1	N	1 = Evento adverso relacionado con procedimientos de salud 2 = Hemotransfusión. 3 = Uso de equipos de inyección contaminada (persona que se inyecta drogas psicoactivas) 4 = Exposición ocupacional 5 = Transmisión sexual 6 = Transmisión materno infantil 7 = Consumo de sustancias psicoactivas intranasales 8 = Otras formas de transmisión sanguínea (Tatuajes, piercings, escarificaciones) 9 = Desconocido	SI
23	Fecha de inicio del último tratamiento para Hepatitis C crónica	10	F	Formato AAAA-MM-DD	SI
24	Interferón - Interferón pegilado	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
25	Ribavirina	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
26	Boceprevir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI



Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
27	Telaprevir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
28	Simeprevir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
29	Asunaprevir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
30	Beclabuvir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
31	Daclatasvir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
32	Faldaprevir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
33	Ledipasvir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
34	Ombitasvir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
35	Paritaprevir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
36	Dasabuvir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
37	Ritonavir	1	N	0= No recibió este tratamiento 1= Sí recibió este tratamiento	SI
38	Fecha de finalización del tratamiento previo	10	F	Formato AAAA-MM-DD	SI
39	Resultado del último tratamiento	1	N	0: No curación 1: Curación	SI

### Registro de datos para el archivo de procedimientos y medicamentos de pacientes con Hepatitis C

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
1	Código entidad administradora	6	A	Código asignado a la EPS que reporta la información.	SI
2	Tipo de identificación del usuario	2	T	Tipo de documento de identificación del usuario. CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería CD = Carné diplomático PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación CN = Certificado de nacido vivo SC= Salvoconducto	SI
3	Número de identificación del usuario en el Sistema	16	N	Corresponde al número del documento de identificación del usuario.	SI

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
4	Código de habilitación del prestador de servicios de salud	12	N	Código asignado en el SGSSS a los prestadores de servicios de salud que realizó el procedimiento, de acuerdo con el "Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud"	SI
5	Tipo de tecnología de salud	1	T	Identificador para determinar el tipo de tecnología de salud: P = Procedimiento en salud M = Medicamento	SI
6	Fecha de realización del procedimiento o entrega del medicamento	10	F	Fecha de realización del procedimiento o entrega del medicamento en el formato: AAAA-MM-DD.	SI
7	Diagnósticos relacionados	80	A	Códigos del diagnóstico según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados de con la Salud – CIE-10. Pueden registrarse múltiples códigos. Cada código debe diligenciarse separado por el carácter slash "/".	
8	Código del procedimiento	6	A	Código del procedimiento realizado al usuario, según la Clasificación Única de Procedimientos de Salud – CUPS vigente. La longitud válida para CUPS es de 6 caracteres numéricos. Es obligatorio si el Tipo de Tecnología en salud es "P".	NO
9	Valor del resultado numérico	15	D	Valor del resultado cuando el resultado del procedimiento es numérico, según aplique. Se utilizarán como separadores de decimales el punto (.). Hasta tres (3) decimales. Aplica solo para cuando el tipo de Tecnología en salud es "P".	NO
10	Valor del resultado texto.	60	A	Valor del resultado cuando el resultado es de tipo texto, según aplique. Aplica solo para cuando el tipo de Tecnología en salud es "P".	NO
11	Código del medicamento.	18	A	Código del medicamento de acuerdo con la Clasificación Única de Medicamentos vigente - CUM. La longitud válida para CUM es de 18 caracteres numéricos. Es obligatorio si el Tipo de Tecnología en salud es "M"	NO

**Datos complementarios para el seguimiento de pacientes con Hepatitis C**

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
1	Código entidad administradora	6	A	Código asignado a la EPS que reporta la información	SI
2	Tipo de identificación del usuario	2	T	Tipo de documento de identificación del usuario. CC = Cédula ciudadanía CE = Cédula de extranjería CD = Carné diplomático PA = Pasaporte RC = Registro civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación CN = Certificado de nacido vivo SC= Salvoconducto	SI
3	Número de identificación del usuario en el Sistema	16	A	Corresponde al número del documento de identificación del usuario.	SI
4	Fecha del fibroscan	10	F	Fecha de realización de la actividad, en el formato: AAAA-MM-DD.	SI
5	Resultado de prueba de fibroscan	2	N	0= F0 1= F1 2= F2 3= F3 4= F4 98= No se realizó fibroscan	SI
6	Fecha de prueba de fibrotest	10	F	Fecha de realización de la prueba, en formato AAAA-MM-DD  Se registra solo si la prueba fue realizada.	NO
7	Resultado de prueba de fibrotest	2	N	0= F0 1= F1 2= F2 3= F3 4= F4 98= No se realizó fibrotest	SI
8	Fecha de prueba APRI	10	F	Fecha de realización de la prueba, en formato AAAA-MM-DD  Se registra solo si la prueba fue realizada.	NO
9	Resultado APRI	2	N	APRI= ( AST/ valor de referencia máximo de AST)/(plaquetas ) por 100 1= <0.5 2= 0.5-1.5 3= >1.5 98= No se realizó el APRI	SI
10	Fecha de FIB 4	10	F	Fecha de realización de la prueba, en formato AAAA-MM-DD. Se registra solo si la prueba fue realizada.	NO

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
11	Resultado de FIB 4	2	N	FIB4= ((Edad x AST) / (Plaquetas x $\sqrt{\text{ALT}}$ ) 1= <1.45 2= 1.45 - 3.25 3= >3.25 98= No se realizó el FIB 4	SI
12	Código válido de habilitación de la IPS donde se suministra el tratamiento actual	12	N	Registre el código de habilitación de la IPS que se encuentra en REPS.	SI
13	Código válido de habilitación de la IPS donde se realiza el seguimiento del paciente	12	N	Registre el código de habilitación de la IPS que se encuentra en REPS.	SI
14	Fecha de la prescripción del tratamiento actual	10	F	Fecha en la que se realizó la prescripción, formato AAAA-MM-DD	SI
15	Semanas indicadas de tratamiento del esquema actual	1	N	1: 8 semanas 2: 12 semanas 3: 16 semanas 4: 24 semanas	SI
16	Numero de dosis omitidas en el mes	2	N	De cero (0) dosis hasta treinta (30) dosis	SI
17	Fecha de finalización del tratamiento actual	10	F	Formato AAAA-MM-DD. Obligatoria si el paciente finalizó el tratamiento.	NO
18	Fecha del cambio de esquema de tratamiento	10	F	Formato AAAA-MM-DD Obligatoria si hubo cambio de esquema.	NO
19	Razón del cambio de esquema	1	N	1: Intolerancia 2: Efectos secundarios 3: Interacciones medicamentosas 4: Falla de tratamiento 5: Para facilitar la adherencia al esquema 6: No se sabe, porque el esquema no fue cambiado en la EPS que reporta o no hay información disponible 7: Por razones administrativas 8: No aplica. (No se ha cambiado esquema inicial)	SI
20	Fecha de cierre del caso	10	F	Formato AAAA-MM-DD Obligatoria si el caso aún está abierto.	SI
21	Curación a la fecha de cierre del caso	1	N	0. No 1. Si 3. No se ha cerrado el caso	SI

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

No.	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
22	Novedades	1	N	0. Paciente en seguimiento por Hepatitis C crónica en tratamiento 1. Paciente con nuevo diagnóstico de Hepatitis C crónica 2. Paciente en el que se suspendió el tratamiento por orden médica 3. Paciente que firmó alta voluntaria del tratamiento 4. Paciente que abandono del tratamiento y es imposible de ubicar 5. Paciente con cierre de caso 5. Paciente con cambio de tipo o número de identificación 6. Paciente para eliminar de la base de datos por corrección luego de auditoría interna o de la CAC 7. Paciente que se desafilió 8. Paciente que falleció	SI
23	Fecha de desafiliación de la EPS	10	F	Formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha completa. Obligatoria si la persona se desafilió.	SI
24	Fecha de muerte	10	F	Formato AAAA-MM-DD. Registre la fecha completa Obligatoria si la persona falleció.	SI
25	Causa de muerte	1	N	1: No aplica, paciente no fallecido 2: Causa externa 3: Muerte relacionada con Hepatitis C crónica	SI

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

## ANEXO No.1


**FORMULARIO DE BENEFICIO DE COMPRA  
CENTRALIZADA**

Ministerio de Salud y Protección Social

**Formulario "Autorización de descuento de recursos del Sistema General de Participaciones de la participación para la prestación de servicios en salud en lo no cubierto con subsidiados a la demanda y financiación del subsidio a la oferta"**

**1. NOMBRE DE LA ENTIDAD  
TERRITORIAL DE SALUD**

**2. NIT**

Actuando en calidad de representante legal de la Entidad Territorial de Salud, de manera atenta solicito a través de la presente comunicación hacer parte del Convenio celebrado entre la OPS y el Ministerio de Salud y Protección Social de compra centralizada de medicamentos para el tratamiento de la Hepatitis C de los afiliados del régimen subsidiado competencia de la entidad territorial, con el fin de obtener el beneficio de reducción de precios de la negociación realizada a través de la OPS.

En este sentido, de manera atenta le informo que los pacientes diagnosticados con dicha enfermedad y que serán beneficiados con los medicamentos son :

EPS-S	DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTO	CANTIDAD DE TRATAMIENTOS

**Nota 1 :** El Ministerio de Salud y Protección Social podrá verificar la información enviada por la Entidad Territorial aportada en el presente formato.

**Nota 2:** Se deberá aportar documento que acredite la calidad de representante legal de la entidad territorial.

Nombre del Representante Legal:

Firma y CC del Representante Legal:

  


Fecha:

Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

## ANEXO No.2



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN  
DESCUENTOS RECURSOS SGP**

Ministerio de Salud y Protección Social

**Formulario "Autorización de descuento de recursos del Sistema General de Participaciones de la participación para la prestación de servicios en salud en lo no cubierto con subsidiados a la demanda y financiación del subsidio a la oferta"**

**1. NOMBRE DE LA ENTIDAD  
TERRITORIAL DE SALUD**

**2. NIT**

Actuando en calidad de representante legal de la Entidad Territorial de Salud, me permito manifestar que nos acogemos a lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 2.4.8 del Decreto 780 de 2016 *Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, modificado por el Decreto 762 de 2017*; con el fin de beneficiarnos de la reducción de precios y/o costos de medicamentos por las compras centralizadas realizadas por el Ministerio, el cual corresponde al 100% del valor de la adquisición de los tratamientos para Hepatitis C para los afiliados del régimen subsidiado competencia de esta entidad.

En tal sentido, se autoriza al Ministerio de Salud y Protección Social descontar la siguiente partida del SGP - Prestación de Servicios de Salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio de la oferta asignada al Departamento y/o Distrito de \_\_\_\_\_ para la vigencia \_\_\_\_\_. Para que sean girados a la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES

**Vr. a Descontar**

Letras	Cifras
	\$

Nombre del Representante Legal:

Firma y CC del Representante Legal:

  


Fecha:

Continuación de la resolución *“Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones”*



Continuación de la resolución "Por la cual se establecen los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de medicamentos y el seguimiento a los pacientes diagnosticados con enfermedades priorizadas en los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones"

## ANEXO No.3

"Recursos destinados para beneficiarse de la *reducción de precios y/o costos en medicamentos e insumos realizados a través de la estrategia de compra centralizada realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones*"



## FORMULARIO OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN

Ministerio de Salud y Protección Social

**Formulario "Recursos destinados para beneficiarse de la reducción de precios y/o costos en medicamentos e insumos realizados a través de la estrategia de compra centralizada realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones"**

**1. NOMBRE DE LA ENTIDAD TERRITORIAL DE SALUD**

**2. NIT**

Actuando en calidad de representante legal de la Entidad Territorial de Salud, me permito manifestar que se disponen de recursos de \_\_\_\_\_ por valor de \$ \_\_\_\_\_, con el fin de beneficiarse de la reducción de precios y/o costos de medicamentos logrados por el Ministerio, el cual corresponde al 100% del valor de la adquisición de los tratamientos para Hepatitis C para los afiliados del régimen subsidiado competencia de la entidad territorial.

En tal sentido, se anexa a la presente solicitud copia del Certificado de Disponibilidad Presupuestal en el cual consta la disponibilidad de los recursos, así como la fuente de financiación.

## Vr. Recursos

Letras	Cifras
	\$

Nombre del Representante Legal:

Firma y CC del Representante Legal:

CC