RESOLUCION 1262 DE 2016

(Junio 30)

<Fuente: Archivo interno entidad emisora>

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Por la cual se modifican las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA

Resumen de Notas de Vigencia

NOTAS DE VIGENCIA:

- Modificada por la Resolución 2181 de 10 de diciembre de 2019, 'por la cual se adiciona un parágrafo al artículo décimo de la Resolución 1262 de 2016, mediante la cual se actualizaron las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el SENA'.

EL DIRECTOR GENERAL DEL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

En uso de sus facultades legales y estatutarias y en especial las conferidas por el numeral 4o del Artículo 4o del Decreto 249 de 2004 y los artículos 32, 33 y 34 del Acuerdo 24 de 1978 y,

CONSIDERANDO

Que el numeral 4o del Artículo 4o del Decreto 249 de 2004, establece como función del Director General: "Dirigir, coordinar y controlar las funciones administrativas y técnicas de los proyectos operativos, dictar actos administrativos, (...) de conformidad con las normas legales vigentes.

Que el Decreto 907 de 1975, estableció en su artículo 30, la "Seguridad social para la familia del empleado", disponiendo que "El SENA asumirá directamente o contratará con una o varias entidades públicas o privadas, especializadas en seguridad social, un seguro médico asistencial, para los parientes de ios empleados..."

Que el Decreto 1014 de 1978 señaló en su artículo 35, modificado por el artículo 16 del Decreto 415 de 1979, que “-El SENA asumirá directamente o contratará con una o varias entidades públicas o privadas, especializadas en seguridad social, un seguro médico asistencia! para los parientes de los empleados de la entidad. //... // -El Consejo Directivo Nacional de la entidad, reglamentará las normas internas sobre este aspecto.”

Que la Convención Colectiva de Trabajo vigentes, suscrita entre el SENA y SINTRASENA, establece que la familia del Trabajador Oficial gozará del Servicio Médico Asistencial “de acuerdo con el reglamento vigente".

Que el artículo 7o. de la Ley 4 de 1976, determina que los familiares que dependan económicamente del pensionado tiene derecho, “a disfrutar de los servicios médicos, odontológicos, quirúrgicos, hospitalarios, farmacéuticos, de rehabilitación, diagnóstico y tratamiento que las entidades, patronos o empresas tengan establecido o establezcan para sus afiliados o trabajadores activos".

Que los artículos 32, 33 y 34 del Acuerdo 24 de 1978, faculta al Director General del SENA para

“establecer mediante Resolución las tarifas que deben ser reconocidas al cirujano, al anestesista, al médico o cirujano complementario (en los casos en que éste se requiera), al médico tratante cuando exista hospitalización sin cirugía y a los profesionales participantes en Juntas Médicas", “las tarifas a reconocer a odontólogos y cirujanos por tratamientos de operatoria, prótesis, ortodoncia, endodoncia y cirugías bucales”, “las tarifas por concepto de habitación hospitalaria, unidades de cuidado intensivo e incubadora, otros servicios hospitalarios, válvulas y marcapasos, consultas pre-hospitalarias, tratamientos ambulatorios, aparatos ortopédicos, prótesis para amputado, pequeña cirugía (urgencias) y cirugías sin hospitalización”, y “ios reconocimientos por los aspectos enunciados en el artículo 34 del presente acuerdo y todos aquellos amparados por el Servicio Médico Asistencial."

Que el artículo 30 del Acuerdo 24 de 1978 establece que: “La Junta Administradora Nacional tiene la facultad de estudiar y decidir sobre situaciones no contempladas en el cubrimiento del servicio y sobre aquellos que estando amparadas requieran un tratamiento especial. El Director General previa recomendación de la Junta Administradora Nacional podrá autorizar tarifas superiores a las establecidas en la resolución para los casos especiales. (Resaltado fuera de texto).

Que en ejercicio de esa facultad, este despacho expidió la Resolución No. 1684 del 11 de octubre de 2013, mediante la cual modificó las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el Servicio Médico Asistencial del SENA, modificada parcialmente por las Resoluciones 2327 de 2013 y 2416 de 2014.

Que la Junta Administradora Nacional del Servicio Médico Asistencial realizó un estudio de las condiciones tarifarias de cada ciudad, partiendo de la información y datos producto de las diferentes actividades realizadas por el Grupo de Gestión del Servicio Médico Asistencial, entre las que se relacionan la implementación de un aplicativo web de tarifas, facilitando el registro de información por parte de todas las regionales, donde se consolidaron todos los contratos del SMA suscritos a nivel nacional.

Que adicionalmente se realizaron visitas a todas las regionales del SENA, donde se desarrollaron reuniones de Juntas Administradoras Regionales del Servicio Médico Asistencial para determinar las necesidades particulares respecto a las tarifas del SMA. Además, por otro lado, se hizo una encuesta a 955 beneficiarios, aproximadamente el 9,3% de la población nacional de beneficiarios, con el fin de determinar la percepción de calidad y oportunidad en los servicios y atención en salud prestados por las entidades contratadas en todo el país; y se construyeron bases de datos y archivos de trabajo en hojas de cálculo, para posteriormente realizar reuniones de trabajo con los representantes de la Junta Administradora Nacional donde se analizó detalladamente el comportamiento de la contratación, condiciones tarifarias de cada regional, generación de excedentes, propuestas regionales, proyecciones y demás archivos relacionados con las tarifas y topes del SMA.

Que la Junta Administradora Nacional del Servicio Médico Asistencial, luego de analizar los resultados del estudio, recomendó al Director General del SENA modificar las tarifas a reconocer para la red de prestadores de servicios de salud y los topes a reconocer a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial en el área de medicina y odontología, según consta en el acta No. 3 del 27 de junio de 2016, suscrita con Setrasena y en el acta No. 4 del 27 de junio de 2016, suscrita con Sindesena y Sintrasena.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

CAPÍTULO I.

TARIFAS.

ARTÍCULO PRIMERO. Adoptar las siguientes categorías para las tarifas de prestación de servicios médicos y odontológicos de acuerdo con la oferta de servicios de salud:

Categoría A: Regionales Cundinamarca, Distrito Capital y Dirección General.

Categoría B: Regionales Atlántico, Santander y Valle.

Categoría C: Regionales Cesar, Córdoba, Guajira, Magdalena, Quindío, Risaralda y Tolima.

Categoría D: Regionales Amazonas, Antioquia, Arauca, Bolívar, Boyacá, Cauca, Caldas, Guaviare, Huila, Putumayo, Guainía, Vichada, Casanare, Caquetá, Choco, Meta, Naríño, Norte de Santander, San Andrés Islas, Sucre, Vaupés. También tendrán estas tarifas los municipios de Buenaventura (Valle del Cauca), Barrancabermeja (Santander), San Gil (Santander), Málaga (Santander) y Vélez (Santander).

PARÁGRAFO: Las tarifas para los municipios de la zona sur de la Guajira serán SOAT. Las tarifas para habitación hospitalaria y Unidad de Cuidado Intensivo de la Regional Valle serán SOAT. La UCI en los municipios de Girardot, Villeta y Fusagasugá de la Regional Cundinamarca se contratará con tarifas SOAT.

ARTÍCULO SEGUNDO. Establézcanse las siguientes tarifas como referentes de contratación a reconocer, para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA, según la categoría de la regional y nivel de complejidad del prestador:

Categoría A: Las tarifas referentes para estas regionales son las siguientes, por cada grupo de servicios, así:

a) Laboratorio clínico a ISS 2001 incrementado máximo hasta un 62.35%.

b) Hospitalización y procedimientos quirúrgicos a ISS 2001, incrementado máximo hasta el 70.29%, según nivel de complejidad del prestador.

c) Ayudas diagnósticas de imagenología según nivel tecnológico ISS 2001, incrementado máximo hasta el 80.50%.

d) Tratamiento ambulatorio según valor puntual presentado en artículo tercero de la presente Resolución, para consultas de medicina especializada y subespecializada y los demás servicios ambulatorios: Manual ISS 2001 incrementado máximo hasta un 67.94% acorde al nivel de complejidad del prestador.

Categoría B: Las tarifas referentes para estas regionales son las siguientes, por cada grupo de servicios:

a) Laboratorio clínico a ISS 2001, incrementado máximo hasta un 62.35%.

b) Hospitalización y procedimientos quirúrgicos ISS 2001, incrementado máximo hasta un

74.78%, según nivel de complejidad del prestador.

c) Ayudas diagnósticas de imagenología según nivel tecnológico: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 87.16%.

d) Tratamiento ambulatorio según valor puntual presentado en artículo tercero de la presente resolución para consultas de medicina especializada y subespecializada, y los demás servicios ambulatorios: Manual ISS 2001, incrementado máximo hasta un 74.78% acorde al nivel de complejidad del prestador.

Categoría C: Las tarifas referentes para estas regionales son las siguientes, por cada grupo de servicios, así:

a) Laboratorio clínico a ISS 2001 incrementado máximo hasta un 62.35%

b) Hospitalización y procedimientos quirúrgicos: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 87.16%, según nivel de complejidad del prestador.

c) Ayudas diagnósticas de imagenología: ISS 2001, incrementado máximo hasta un 99.65%, acorde a su nivel tecnológico.

d) Tratamiento ambulatorio según valor puntual presentado en artículo tercero de la presente resolución para consultas de medicina especializada y subespecializada y los demás servicios ambulatorios: Manual ISS 2001, incrementado máximo hasta un 74.78%, acorde al nivel de complejidad del prestador.

Categoría D: Las tarifas autorizadas para contratar para estas regionales tendrán como referentes el Manual Tarifario SOAT vigente, la ubicación geográfica de difícil accesibilidad a los servicios de salud, la disponibilidad reducida de oferta de servicios, el manejo tarifario de las entidades de salud de la ciudad o las condiciones sociales, económicas y de orden público.

PARÁGRAFO: Las tarifas referidas en este Capítulo son las máximas permitidas para la contratación de servicios en cada regional, sin perjuicio del deber de todos los ordenadores del gasto de maximizar la eficiencia en el uso del presupuesto, sin menoscabo de la calidad y oportunidad de los servicios.

ARTÍCULO TERCERO. Las siguientes tarifas se establecen como referentes para la contratación y el reconocimiento a los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA, en los servicios de consulta externa especializada y sub-especializada, y demás servicios ambulatorios, así:

Actividades Ambulatorias	Categorías A- B-C-D (valor en $)
Consulta Externa Especializada, hasta	90.000
Consulta Sub-especializada, hasta	110.000
Consulta ambulatoria de medicina general para Regionales que no tengan Médico General dentro de las instalaciones SENA, hasta	45.000
Sesión con médico psiquiatra, hasta	90.000
Control con especialistas, hasta	61.000
Consulta con optómeta, ortoptista, terapista o nutricionista, hasta	38.000
Sesiones con optómetra, ortopista, terapista o nutricionista, hasta	38.000
Consulta con psicólogo o psicoanalista, hasta	38.000
Sesión con psicólogo, hasta	38.000
Sesiones terapias respiratorias, hasta	25.000
Nebulización con medicamento, hasta	23.000
Visita domiciliaria Medico General: Se autoriza únicamente en aquellos casos donde el paciente no se pueda desplazar al consultorio, previa certificación del especialista o médico tratante, hasta	61.000
Fisioterapias y/o terapias a domicilio, hasta	47.000
Médico especialista domiciliario, hasta	110.000
Auxiliar de Enfermera por día cuando se requiera por orden del médico tratante contratado con visto bueno del médico general, hasta	50.000
Suministro de Oxígeno (Mes), hasta	270.000
Exámenes y procedimientos: Las tarifas establecidas para exámenes y procedimientos serán las establecidas en el momento de la contratación, según el tipo de regional, conforme a la categoría establecida en el artículo primero de la presente resolución, lo cuales hacen parte del cupo de tratamiento ambulatorio anual de beneficiario	
Medicamentos: Los medicamentos que se prescriban para el tratamiento del paciente y se autoricen por el médico del SENA de cada regional deberán cumplir con lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 y de acuerdo y respetando el criterio científico del profesional tratante. Los medicamentos se pagarán de acuerdo a las condiciones establecidas por cada regional en los procesos de contratación, los cuales no deberán exceder los precios del mercado. Los medicamentos hacen parte del cupo de tratamiento ambulatorio anual de beneficiario.	

PARÁGRAFO PRIMERO: El máximo de tarifas a reconocer a los profesionales contratados del Servicio Médico Asistencial por tratamiento ambulatorio son las indicadas en la presente resolución y en ningún caso se podrán aplicar copagos en consultorios por parte de beneficiarios.

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las tarifas a reconocer a las entidades hospitalarias contratadas por tratamiento ambulatorio serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las estipuladas para cada regional en el capítulo primero de la presente resolución, y en ningún caso se podrán aplicar copagos en consultorios por parte de beneficiarios.

PARÁGRAFO TERCERO: Los exámenes y procedimientos con costo superior al 60% del salario mínimo legal vigente, afectan el ítem de hospitalización - otros servicios sin cirugía y le es aplicable el artículo décimo de la presente resolución. Los exámenes y procedimientos con

costo inferior al 60% del salario mínimo legal vigente, afectan el cupo ambulatorio de medicina. En caso de nuevas tecnologías en salud ya sea para diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, los médicos asesores del SENA deberán justificar la autorización de dichos servicios.

ARTÍCULO CUARTO. Establézcanse las siguientes tarifas odontológicas máximas para todas las regionales como referentes de contratación y a reconocer para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA, en los servicios de consulta externa de odontología, y demás servicios ambulatorios de salud oral:

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO (CATEGORÍAS A-B-C-D)	(valor en $) hasta
Consulta Odontólogo General	38.000
Consulta Odontólogo Especialista	50.000
Consulta Urgencias	63.000
Control	30.000
RADIOLOGÍA	
Periapical y Coronal	8.200
Oclusal	18.923
Panorámica	18.923
Perfil	20.186
A.T.M.	31.539
Fotografía Clínica	15.140
5 fotos	63.081
Paquete Ortodoncia (panorámica-perfil-modelos y 5 fotos)	113.546
Paquete Ortopedia (panorámica - perfil - modelos)	75.697
OPERATORIA	
Obturación 1 superficie Amalgama	22.078
Superficie adicional	14.507
Obturación 1 superficie Resina	31.539
Superficie adicional	20.186
Colocación Pin Milimétrico	22.708
Reconstrucción Angulo Incisal (Forma Plástica)	79.482
Obturación una Superficie en lonomero	29.648
Superficie adicional	20.186
Reconstrucción tercio incisal con Resina de fotocurado	107.238
Frente estético por diente	112.285
ENDODONCIA	
Blanqueamiento Dental	44.156
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO (CATEGORÍAS A-B-C-D)	(valor en $) hasta
Uniradicular (Incluido Rx) Diente Permanente	151.395
Birradicular (Incluido Rx) Diente Permanente	214.476
Multlrradicular (Incluye Rx) Diente Permanente	277.558
Apexiflcaclón y/o Apexicogénesis con MTA	189.244
Apicectomía Dientes Unlradiculares	100.930
Apicectomia Dientes Birradlculares	138.778
Obturación vía apical en Anteriores	88.314

Obturación vía apical en Premolares	113.546
Biopulpectomía en anteriores y posteriores	44.156
Retratamlento Diente Uniradicular	189.244
Retratamiento Diente Birradicular	252.326
Retratamlento Diente Multirradlcular	315.407
Cirugía Apical	353.257
ODONTOPEDIATRIA	
Sesión de Adaptación	25.232
Frenectomía	63.081
Tratamiento de Conductos Dientes Temporales	63.081
Corona de Acero	50.465
Corona de Policarbonato	50.465
Exodoncia de Dientes Temporales	18.923
Pulpotomía	18.923
Sellante por Diente	18.923
Fluorización y/o Profilaxis	37.848
CIRUGIA ORAL	
Exodoncia Simple Uniradicular y Multirradicular	37.848
Cirugía Diente Incluido	151.395
Exodoncia Método Abierto	126.162
Exodoncia Semi-lncluidos	126.162
Exicisión Radical de Lesión Tejidos Blandos, etc.	113.546
Capuchón Pericoronario	63.081
Ligadura de Diente con Alambre	82.005
Ventana Quirúrgica	50.465
Drenaje de Absceso Dentario Intraoral	44.156
PROSTODONCIA	
Prótesis Total Superior o Inferior (uno cada 3 años)	479.419
Prótesis Parcial Mucosoportada hasta (incluye 3 controles postentrega de tratamiento)	277.558
Prescripción y Reparación de Prótesis fija o removible	75.697
Prótesis Dentomucosoportada o combinada 1 a 5 dientes (una cada 3 años incluye 3 controles post tratamiento)	340.640
Prótesis Dentomucosoportada o combinada más de 5 dientes (una cada 3 años incluye 3 controles post tratamiento)	378.488
Por cada pieza a reemplazar	37.848
Corona Completa Metal- Porcelana (garantía de 2 años con cumplimiento de recomendaciones por parte del paciente)	441.570
TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO (CATEGORÍAS A-B-C-D)	(valor en $) hasta
Núcleo en Metal	113.546
Placa Neuromiorelajante	151.395
Temporalización	63.081
Modelo de Estudio	31.539
Incrustación en Metal	206.907
Tallado Selectivo	63.081

Rebase de Prótesis Dental Acrílica	126.162
Retiro de Prótesis Fija sobre Pilar	63.081
Reconstrucción de Muñón en lonomero	107.238
PERIODONCIA	
Férula Superior o Inferior por Cuadrante	88.314
Gingivectomía y Gingivoplastia por Cuadrante	107.238
Raspado y Alisado Radicular por Cuadrante	100.930
Curetaje a Campo Abierto por Cuadrante	113.546
Curetaje a Campo Cerrado por Cuadrante	100.930
Injerto Óseo de 1 o más Paredes y/o Injerto	100.930
Colgajo Posicionado Lateral y/o Apical	116.070
Detartraje Supra y Subgingival por Cuadrante	50.465
ORTODONCIA CORRECTIVA	2.018.611
Cuota Inicial	504.653
Segundo Pago	403.722
Tercer Pago	504.653
Cuarto Pago	605.583
Placas de Hawley	164.011
ORTOPEDIA MAXILAR	
Plano Inclinado	113.546
Arco Lingual	113.546
Mantenedor de Espacio Removible	164.011
Mantenedor de Espacio Fijo Unilateral	100.930
Placa para Corrección de Habito	126.162
Botón de Nance	126.162
Placa de Hawley con o sin Aditamentos	164.011
Activador	151.395
Aparatos Extraorales	164.011
Springa Liner	126.162
Placa Circunferencial con Banda Vestibular	151.395
Mentonera Mascara Facial	176.627
Traxion Extraoral	239.709
Quad Helix (Incluye Bandas)	252.326
Mascara Facial	227.093
Disyuntor Hirax	239.709
Placa Eishler	151.395
Frankell lll Bimbler Klamp Bionator (Activador) SN	302.791
Pistas Clase II y lll	252.326

PARÁGRAFO PRIMERO: Con el fin de establecer controles a los tratamientos de ortodoncia correctiva y ortopedia maxilar, se dispone:

a. La reposición por pérdida de los aparatos de ortodoncia correctiva u ortopedia maxilar estará a cargo en su totalidad del funcionario o del pensionado beneficiario.

b. El SENA no asumirá cambio de piezas en ortodoncia correctiva por mal uso de tratamientos por parte del beneficiario, su costo estará a cargo del servidor público o del pensionado beneficiario.

c. Los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial tendrán derecho a un solo tratamiento de ortopedia maxilar y un solo tratamiento de ortodoncia correctiva completo (superior y/o inferior, según las necesidades del beneficiario) durante su permanencia en el Servicio Médico Asistencial del SENA.

d. El cambio de aparatología en ortopedia maxilar será autorizado de acuerdo con el concepto clínico del especialista tratante, avalado por el odontólogo del SENA; justificación que deberá ser consignada por el odontólogo del Servicio Médico Asistencial en la historia clínica odontológica del beneficiario.

e. El SENA no se responsabiliza por tratamientos iniciados, que no hayan sido autorizados previamente por el odontólogo del SENA, a través de una orden de atención.

f. Cuando un paciente deja de asistir a sus controles de ortodoncia y ortopedia maxilar sin justificación válida (un control mensual normalmente), por el término de tres (3) meses, dicha situación se tomará como uso indebido del servicio, al igual que la suspensión del tratamiento o abandono del mismo, razón por la cual, el beneficiario deberá asumir los costos del tratamiento desde ese momento en adelante.

PARÁGRAFO SEGUNDO: El pago del tratamiento de ortodoncia correctiva, se hará en cuatro órdenes de atención, así:

a. Como cuota inicial, el 25% del valor total del tratamiento previa aprobación del odontólogo del SENA.

b. Un segundo pago del 20% del valor total del tratamiento, previa aprobación del odontólogo del SENA, donde certifique que el 45% del tratamiento se encuentra ejecutado.

c. Un tercer pago del 25% del tratamiento previa aprobación del odontólogo del SENA, en la que certifica que el 70% del tratamiento está ejecutado.

d. Un último pago del 30% restante, previa aprobación del odontólogo del SENA en la que certifica que el tratamiento se ha ejecutado en un 100%.

e. El valor de los retenedores no estará incluido en el cupo del tratamiento de ortodoncia correctiva y solamente se pagará un retenedor por arcada, previa autorización del odontólogo del SENA

f. A partir del reconocimiento de retenedores de tratamiento de ortodoncia correctiva se autorizarán cuatro (4) controles durante el primer año.

CAPÍTULO II.

TOPES RECONOCIDOS A BENEFICIARIOS.

ARTÍCULO QUINTO. Establézcanse los siguientes topes máximos a reconocer para los beneficiarios del Servicio Médico Asistencial del SENA:

1. HOSPITALIZACION

1.1. TOPES HOSPITALARIOS:

SERVICIO	CATEGORÍA El tope máximo diario a reconocer para el beneficiario será de: (Valor en $)			
A		B	C	D
Habitación Hospitalaria	168.186	171.952	175.720	182.904
Unidad de Cuidado Intensivo	645.861	660.018	674.044	701.310
Unidad de Cuidado Intermedio	645.861	660.018	674.044	701.310
Unidad Cuidado Intensivo Pediatría	645.861	660.018	674.044	701.310
Incubadora	190.785	194.161	197.668	205.006
Urgencias	200.005	203.641	207.278	214.932

Se considera como urgencia aquella situación de salud en la que por gravedad de los síntomas o por tratarse de un suceso accidental, se requiera atención médica inmediata en un centro hospitalario.

El valor máximo a reconocer a las entidades prestadoras de servicios de salud contratadas por urgencias se pagará de acuerdo a las tarifas pactadas al momento de la contratación según nivel de complejidad de la institución, las cuales no deberán superar las estipuladas en el Capítulo I de la presente resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades prestadoras de servicios de salud contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2. TOPES QUIRÚRGICOS:

1.2.1. DERECHO SALA DE CIRUGÍA:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
A		B	C	D
Grupo 01	48.215	49.401	50.190	52.757
Grupo 02	75.188	77.039	78.270	82.273
Grupo 03	112.616	115.385	117.230	123.225
Grupo 04	160.325	164.268	166.894	175.431
Grupo 05	204.157	209.179	212.525	223.395
Grupo 06	232.143	237.852	241.659	254.017
Grupo 07	271.592	278.271	282.724	297.183
Grupo 08	332.790	340.975	346.429	364.148
Grupo 09	403.427	413.348	419.961	441.440
Grupo 10	474.066	485.723	493.494	518.734
Grupo 11	554.986	568.634	577.733	607.280
Grupo 12	618.545	633.756	643.895	676.825
Grupo especial 20	803.315	823.068	836.238	879.007
Grupo especial 21	993.818	1.018.256	1.034.549	1.087.459

Grupo especial 22	1.223.771	1.253.865	1.273.925	1.339.078
Grupo especial 23	1.468.557	1.504.670	1.528.745	1.606.930
Grupo especial 24	1.685.865	1.727.321	1.754.958	1.844.714

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por “Derechos de Sala de Cirugía” serás las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.2. OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS QUE REQUIERAN CIRUGÍA SEGÚN UBICACIÓN EN LA TABLA DE INTERVENCIONES:

El tope máximo a reconocer para el beneficiario será de:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
A		B	C	D
Grupos 1 al 5, valor total	134.869	138.184	140.396	148.696
Grupos 6 al 10, valor total	206.799	211.884	215.274	228.002
Grupos 11 al 12, valor total	454.059	465.224	472.669	500.616
Grupos especiales de 20 al 24, valor total	539.477	552.744	561.586	594.790

En otros servicios por cirugía están incluidos: Materiales en cirugía (material desechable), anestesia, servicio de instrumentación, medicamentos, RX, exámenes de diagnóstico, oxígeno, transfusiones, exámenes de patología, electroencefalogramas, electrocardiogramas, nebulizaciones, derechos de sala de recuperación (la dotación básica, los equipos sus accesorios e implementos, ropas reutilizables o desechables y los servicios de enfermería).

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.3. OTROS SERVICIOS QUE NO REQUIEREN CIRUGÍA

El tope máximo a reconocer para el beneficiario será de:

GRUPO	CATEGORIA (Valor en $)			
A		B	C	D
Hasta 30 días	1.033.997	1.059.424	1.076.375	1.140.016
De 31 a 44 días	1.198.089	1.227.550	1.247.189	1.320.931
Sí pasa de 45 días	1.364.428	1.397.980	1.420.348	1.504.325

En otros servicios sin cirugía están incluidos: medicamentos, RX, exámenes de diagnóstico, oxígeno, transfusiones, exámenes de patología, nebulizaciones, electroencefalogramas, electrocardiogramas, derechos de sala de recuperación (la dotación básica, los equipos sus accesorios e implementos, ropas reutilizables o desechables y los servicios de enfermería).

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.4. HONORARIOS POR CIRUGÍA

El tope máximo a reconocer para el beneficiario será de:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
A		B	C	D
Grupo 01	60.269	61.753	62.740	65.948
Grupo 02	93.987	96.299	97.838	102.843
Grupo 03	140.769	144.231	146.539	154.033
Grupo 04	200.406	205.336	208.619	219.290
Grupo 05	255.198	261.473	265.656	279.244
Grupo 06	290.179	297.314	302.071	317.521
Grupo 07	339.491	347.840	353.404	371.480
Grupo 08	415.986	426.217	433.035	455.183
Grupo 09	504.284	516.685	524.953	551.799
Grupo 10	592.581	607.153	616.869	648.417
Grupo 11	693.734	710.793	722.166	759.099
Grupo 12	773.180	792.192	804.868	846.031
Grupo especial 20	1.004.143	1.028.835	1.045.296	1.098.758
Grupo especial 21	1.242.273	1.272.821	1.293.184	1.359.324
Grupo especial 22	1.529.711	1.567.330	1.592.407	1.673.848
Grupo especial 23	1.835.698	1.880.839	1.910.931	2.008.663
Grupo especial 24	2.107.333	2.159.152	2.193.699	2.305.893

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.5. OTROS SERVICIOS PROFESIONALES INTRAHOSPITALARIOS Y

AMBULATORIOS DIARIOS:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
A		B	C	D
Se autoriza un tope máximo por cada visita diaria en tratamiento quirúrgico, no quirúrgico u obstétrico por beneficiarios	44.253	45.342	46.068	48.423

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, ai cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

EL SENA reconocerá y pagará solo hasta una visita diaria por cada uno de los especialistas a los pacientes hospitalizados, siempre y cuando esta fuere realizada efectivamente y de su resultado quede oportuna anotación en la historia clínica.

Los profesionales tratantes deberán realizar por lo menos una visita diaria de control a los pacientes hospitalizados que se encuentren en estado crítico. En tales casos el SENA reconocerá y pagará hasta dos (2) controles diarios que se realicen efectivamente, durante los cinco (5) días primeros del estado o condición crítica.

1.2.6. CONSULTA PREANESTÉSICA

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
A		B	C	D
Se autoriza un tope máximo por cada Consulta pre anestésica que el beneficiario requiera por este concepto hasta	31.610	32.387	32.906	34.589

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.7. SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA

El tope máximo a reconocer para el beneficiario será:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
A		B	C	D
Grupo 01	30.134	30.875	31.370	32.974
Grupo 02	46.993	48.149	48.918	51.420
Grupo 03	70.385	72.116	73.270	77.016
Grupo 04	100.204	102.668	104.310	109.646
Grupo 05	127.604	130.742	132.833	139.628
Grupo 06	145.091	148.658	151.037	158.760
Grupo 07	169.746	173.920	176.703	185.740
Grupo 09	207.995	213.108	216.517	227.591
Grupo 09	252.143	258.343	262.476	275.901
Grupo 10	296.292	303.577	308.433	324.208
Grupo 11	346.866	355.397	361.082	379.550
Grupo 12	386.591	396.097	402.435	423.017

Grupo especial 20	502.072	514.419	522.650	549.380
Grupo especial 21	621.137	636.411	646.594	679.663
Grupo especial 22	764.856	783.665	796.202	836.924
Grupo especial 23	917.849	940.420	955.466	1.004.331
Grupo especial 24	1.053.667	1.079.575	1.096.849	1.152.945

El servicio de ayudantía quirúrgica se pagará únicamente en las intervenciones quirúrgicas cuando para su realización se requiera de este recurso; las tarifas corresponden al servicio total, cualquiera que sea el número de profesionales que participen.

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.8. PARA EL MÉDICO COMPLEMENTARIO

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
A		B	C	D
Se autoriza un tope máximo por médico complementario que ei beneficiario requiera por este concepto hasta	44.253	45.342	46.068	48.423

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2 9. PORANESTESIÓLOGO

En los servicios profesionales del anestesiólogo el tope máximo a reconocer para el beneficiario será:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
A		B	C	D
Anestesia Grupo 01	45.920	47.049	47.801	49.307
Anestesia Grupo 02	71.609	73.370	74.543	76.891
Anestesia Grupo 03	107.254	109.890	111.648	115.165
Anestesia Grupo 04	152.690	156.446	158.948	163.955
Anestesia Grupo 05	194.436	199.218	202.406	208.780
Anestesia Grupo 06	221.089	226.527	230.152	237.399
Anestesia Grupo 07	258.659	265.020	269.261	277.741
Anestesia Grupo 08	316.943	324.738	329.933	340.325
Anestesia Grupo 09	384.216	393.665	399.963	412.561
Anestesia Grupo 10	451.492	462.593	469.995	484.799
Anestesia Grupo 11	528.559	541.556	550.222	567.551
Anestesia Grupo 12	589.091	603.577	613.234	632.547
Anestesia Grupo especial 20	765.062	783.875	796.418	821.502
Anestesia Grupo especial 21	946.494	969.769	985.285	1.016.318
Anestesia Grupo especial 22	1.165.496	1.194.157	1.213.263	1.251.476
Anestesia Grupo especial 23	1.398.626	1.433.020	1.455.948	1.501.805
Anestesia Grupo especial 24	1.605.587	1.645.069	1.671.390	1.724.033

El servicio de anestesiólogo se pagará únicamente en las intervenciones quirúrgicas cuando para su realización se requiera de este recurso. Las tarifas corresponden al servicio total, cualquiera que sea el número de profesionales que participen.

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán las tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.2.10. POR JUNTAS MÉDICAS:

GRUPO	CATEGORÍA (Valor en $)			
A		B	C	D
Se autoriza un tope máximo de Junta Médico Quirúrgica (cada especialista por reunión) para el beneficiario hasta	31.610	32.387	32.906	34.589

Las tarifas a reconocer a las entidades contratadas por estos servicios serán fas tarifas establecidas en el momento de la contratación, las cuales no deberán superar las establecidas para cada regional en el Capítulo I de esta resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

1.3. AMBULANCIA:

Para traslado en ambulancia de tipo ambulatorio pertinente (casos de urgencia vital o limitación

física comprobada por el médico general del SENA) se reconocen los siguientes topes a beneficiarios:

AMBULANCIA, VALOR DIARIO	CATEGORÍA (Valor en $)			
	A	B	C	D
Se autoriza un tope máximo por cada traslado en ambulancia que el beneficiario requiera por este concepto	228.578	232.734	236.889	245.637

El valor máximo a reconocer a la ambulancia se pagará de acuerdo a las tarifas pactadas al momento de la contratación, según nivel de complejidad, las cuales no deberán superar las estipuladas en el Manual Tarifas del Instituto de Seguros Sociales del año 2001, plena o incrementadas hasta en el porcentaje estipulado en el capítulo I, de acuerdo a los servicios de hospitalización de la presente resolución.

La diferencia entre el valor reconocido a las entidades prestadoras de servicios de salud contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

2. OTROS RECONOCIMIENTOS VALOR ANUAL:

Otros Reconocimientos	Categorías A-B-C-D (valor en $)
Aparatos ortopédicos-anual, hasta	340.000
Silla de ruedas permanente, hasta	750.000
Lentes intraoculares en catarata cada uno, hasta	410.000
Audífonos-cada uno, hasta	750.000
Por zapatos ortopédicos, tenis ortopédicos y/o plantillas anualmente, hasta	210.000
Otros Reconocimientos	Categorías A-B-C-D (valor en $)
Monturas y Lentes anual, hasta	250.000
Lentes de Contacto. Se reconocerá por cada uno en caso de que sea la única forma de tratamiento posible recomendado por el especialista, hasta	220.000
Exámenes Y Procedimientos: Las tarifas establecidas para exámenes y procedimientos serán las pactadas al momento de la contratación, las cuales no deberán superar las estipuladas en el Manual Tarifas dei Instituto de Seguros Sociales del año 2001 plena o incrementadas hasta en el porcentaje estipulado en el Capítulo 1 de la presente resolución.	
Medicamentos: Los medicamentos que se prescriban para el tratamiento del paciente, se pagarán de acuerdo al precio pactado en la contratación de cada regional y estarán incluidos dentro del tope anual de tratamiento ambulatorio por beneficiario.	

ARTÍCULO SEXTO. El tope máximo anual que reconocerá el SENA por beneficiario para medicina y odontología es:

1. MEDICINA: El tope anual SENA reconocido a cada beneficiario por enfermedad COMÚN y CRÓNICA en el tratamiento ambulatorio anual, es el siguiente:

TIPO DE TRATAMIENTO	CATEGORÍA (valor en $)			
	A	B	C	D
NORMAL	2.835.128	2.904.846	2.951.322	3.099.628
CRÓNICO	3.864.274	3.959.297	4.022.646	4.224.787

Una vez superado el tope anual de tratamiento ambulatorio de paciente con patología Normal los servicios de tratamiento ambulatorio serán cancelados en su totalidad por parte del funcionario o pensionado beneficiario.

En los casos de tratamiento ambulatorio por enfermedades CRÓNICAS: Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedad de Parkinson, Cardiovasculares, Enfermedades Endocrinas, Enfermedad Pulmonar Restrictiva, Epilepsia, Enfermedades Neurológicas, Glaucoma, Rinitis Crónica, Asma, Enfermedades de origen Artrítico, Reumatológico, Artrosis, Osteoporosis, Lupus Eritematoso, Enfermedades de Alto Costo señaladas en la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de la Protección Social, con la modificación introducida por la Resolución 5592 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social (previa certificación del médico tratante y con visto bueno del Médico SENA), una vez superado el tope anual de tratamiento ambulatorio anual de paciente crónico la diferencia entre el valor reconocido a las entidades y profesionales contratados y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo Décimo de la presente Resolución.

2. ODONTOLOGÍA: El tope máximo anual que el SENA reconocerá a cada beneficiario por tratamiento odontológico, exceptuando la ortodoncia correctiva y ortopedia maxilar, es de $2.071.465

ARTÍCULO SÉPTIMO. ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES GERIÁTRICOS O CON DIAGNÓSTICO CÁNCER, SIDA Y ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA: Considérese como la atención médica integral a los beneficiarios que por recomendación y/o prescripción médica especializada requieren hospitalización en centros especializados (Unidades de Cuidado Crónico, Centros Geriátricos). Se reconocerá anualmente como suma máxima, hasta

CATEGORIA (Valor en $)			
A	B	C	D
3.864.274	3.959.297	4.022.646	4.224.787

PARÁGRAFO PRIMERO: Para pacientes geriátricos que requieren cuidado especial en Centros Hospitalarios especializados previa a la autorización del SENA se deberá contar con la orden del especialista (Geriatra o Internista).

PARÁGRAFO SEGUNDO: Las tarifas que se cancelarán a los Hogares Geriátricos estarán reguladas según clasificación del Capítulo I de la presente resolución, de acuerdo con los servicios de baja complejidad donde está incluida la estancia. Una vez superado el tope anual la diferencia entre el valor reconocido a las entidades contratadas y el tope del beneficiario se entenderá como excedente, al cual se le aplicará el artículo décimo de la presente resolución.

ARTÍCULO OCTAVO. PRÓTESIS, VÁLVULAS Y MARCAPASOS. Los suministros de prótesis, elementos ortopédicos (placas, tornillos, férulas, clavos, grapas), válvulas y marcapasos, utilizados en la práctica de cualquier intervención o procedimiento médico- quirúrgico y en el

manejo ambulatorio u hospitalario del paciente, serán reconocidos hasta por el precio de factura de compra y/o de acuerdo a contratos vigentes en cada Regional. El SENA reconocerá el 100% del valor de estos conceptos.

CAPÍTULO III.

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

ARTÍCULO NOVENO. Del presupuesto asignado para el Servicio Médico Asistencial se podrá destinar a nivel nacional en cada regional hasta un 10%, para la realización de programas de promoción y prevención en las siguientes áreas:

a) Atención materno-lnfantil: control, crecimiento y desarrollo,

b) Programas preventivos para crónicos: Cáncer, Cardiovasculares, Diabetes, Insuficiencia renal crónica.

c) Programa para la prevención de Cáncer de Seno, Cérvix y Próstata.

d) Fomento de estilos de vida saludables.

e) Salud Oral: Prevención oral dentro de la consulta realizada por el odontólogo

general del SENA.

f) Programa Nacional de Educación Sexual y Reproductiva.

PARÁGRAFO PRIMERO: Para el desarrollo de estos programas se deberá tener en cuenta el Perfil Epidemiológico de cada una de las regionales y plantear estrategias las cuales deberán ser desarrolladas por el equipo médico del SENA. Para la ejecución de programas de promoción y prevención se tendrá en cuenta la Norma Técnica para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años, Decreto 3039 de 2007 y normas complementarías.

PARÁGRAFO SEGUNDO: La anterior disposición no deroga ni modifica en parte alguna el contenido de lo dispuesto en el artículo 2o del Acuerdo 011 de 2010, que establece la exclusión de tratamientos de fertilidad y cualquier tratamiento dirigido a la concepción.

Las Direcciones Regionales darán prioridad al manejo integral de patologías crónicas tales como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 1 y 2 y Enfermedad Renal Crónica con el fin de realizar actividades que faciliten ei diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, la reducción de su duración y daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte e impactando en la calidad de vida y disminución en la progresión hacia patologías de alto costo.

Concordancias

Circular SENA 111 de 2019

CAPÍTULO IV.

OTRAS DISPOSICIONES.

ARTÍCULO DÉCIMO. La liquidación de las tarifas de medicina se efectuará por la presente resolución, y cuando se generen excedentes, por servicios prestados a los beneficiarios que superan los topes previstos en esta resolución, se liquidarán teniendo en cuenta el salario devengado por el funcionario o mesada del pensionado de la siguiente forma:

Hasta cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales devengados: 4% a cargo del servidor público o pensionado y 96% a cargo del SENA.

Más de cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales devengados: 8% a cargo del servidor público o pensionado y 92% a cargo del SENA.

El plazo máximo para el pago de los excedentes será de hasta treinta y seis (36) meses, para empleados públicos, trabajadores oficiales y pensionados de la entidad.

PARÁGRAFO: El valor base para liquidación de excedentes a cargo de los pensionados será el valor total de su mesada pensional, es decir la suma de la mesada reconocida por las Administradoras de Fondos de Pensiones o Colpensiones, más el valor a cargo del SENA.

PARÁGRAFO SEGUNDO: <Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 2181 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> El cobro de los excedentes generados en el año 2019 por tratamientos ambulatorios de cada beneficiario del Servicio Médico Asistencial del SENA tendrá el siguiente límite máximo:

1. $5.000.000 anuales, para cada beneficiario cuyo servidor público por el cual está afiliado tenga una asignación mensual equivalente a cinco (5) o más SMLMV.

2. $4.700.000 anuales, para cada beneficiario cuyo servidor público por el cual está afiliado tenga una asignación mensual inferior a cinco (5) SMLMV.

El límite indicado en los dos numerales anteriores se incrementa y actualiza automáticamente cada año, a partir de la vigencia 2020, con el mismo porcentaje del IPC certificado por el DAÑE al 31 de diciembre del año anterior

Notas de Vigencia

- Parágrafo adicionado por el artículo 1 de la Resolución 2181 de 10 de diciembre de 2019, 'por la cual se adiciona un parágrafo al artículo décimo de la Resolución 1262 de 2016, mediante la cual se actualizaron las tarifas y topes de prestación de servicios médicos y odontológicos para el SENA'.

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO. REEMBOLSOS. Únicamente se autorizarán cuando las cuantías sean superiores al 5% del salario mínimo legal vigente, solamente se reconocerá cuando el servicio no este contratado y/o en casos de urgencias certificadas por los especialistas o en su defecto de la entidad hospitalaria.

Toda solicitud de reembolso debe ser legalizada dentro de los 30 días calendario siguientes, contados a partir de la fecha de cancelación de la misma, previo visto bueno del médico/odontólogo del Servicio Médico Asistencial de la Dirección General del SENA o regional respectiva.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO. Las exclusiones contempladas en el Acuerdo 30 de 1988 continúan vigentes.

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO. Las tarifas reconocidas en esta resolución aplicarán únicamente para los contratos que se suscriban a partir de la fecha de su expedición. La Secretaría General gestionará los ajustes técnicos y administrativos necesarios para la aplicación de esta resolución.

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO. Las tarifas y topes de la presente resolución se ajustarán automáticamente el 1o de enero de cada año, con el IPC certificado por el DAÑE para el 31 de diciembre del año anterior.

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO. La presente resolución rige a partir de su fecha de publicación y deroga en su totalidad las disposiciones que le sean contrarías, en particular la Resolución 1684 de 2013, la Resolución 2327 de 2013 y la Resolución 2416 de 2014.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C.

HERNANDO ALFONSO PRADA GIL

Director General del SENA

Disposiciones analizadas por Avance Jurídico Casa Editorial Ltda.
Normograma del Sena
ISSN Pendiente
Última actualización: 31 de diciembre de 2020

