PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnologo Gestión Administrativa del Sector Salud
- **Código del Programa de Formación:** 121104
- **Nombre del Proyecto:** Propuesta de Mejoramiento de los Procesos Administrativos de Atencion al Usuario en un Prestador de Servicio de Salud de la Ciudad de Popayán
- **Fase del Proyecto:** Ejecución
- Actividad de Proyecto: Implementar el Diseño de la Propuesta de Mejoramiento de los Procesos Administrativos
- **Competencia:**
  - 230101262 - Evaluar soportes de atención medica según manual técnico y normativa de salud
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
  - 576827 - 2. Gestionar el proceso de facturación y glosa cumpliendo con normatividad, contratación y generalidades de costos en salud.
  - 576826 - 3. Realizar procesos de auditoría de cuentas en la liquidación de los servicios de salud según normativa vigente y protocolos institucionales.
- **Duración de la Guía:** 168 horas
  - Horas trabajo directo: 126 Horas trabajo independiente: 42

2. PRESENTACIÓN

Con la siguiente guía de apendizaje, estimado aprendiz tendrá la capacidad y la habilidad para liquidar la prestación de los servicios de salud teniendo en cuenta los cambios que se han tealizado en el ámbito de salud, tanto con los lineamientos de los medelos de acuerdo de voluntades entre los entre EPS, IPS y proveedores del sector, los cuales están definidos en el Decreto 441 del 2022.



Ahora bien, una forma de garantizar el buen flujo de los recursos económicos por parte de las instituciones de salud es a través de buenos procesos de facturación, pues es a través de ésta que se asegura el pago de lo contratado con las EAPB antes llamadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), y se evitarán glosas por los

servicios prestados a las personas afiliadas a dicha empresa, asegurando así la estabilidad económica de las IPS.
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/21595/8/CamargoJorge_VargasCarlos_2021_Cuentasm%C3%A9dicasFacturaci%C3%B3nGlosas.pdf



El tipo de auditoría del cual realmente nos ocuparemos en este texto es la auditoría de cuentas médicas, un tipo de auditoría que, con el establecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), no se ha planteado realmente con unos parámetros claros y básicamente se ha orientado a un sistema de garantía de calidad de prestación de servicios de salud. Por otro lado, establece todo un sistema financiero en el que se habla de la descentralización técnica, administrativa y financiera de las entidades de salud, con la implementación de los sistemas de facturación y venta de servicios de salud, con unos manuales tarifarios para tal efecto. Esto, en un sistema donde se vende la prestación o atención de salud bajo un sistema de contratación, con el cual se dejan los ingresos de las entidades de salud, sujetas a una revisión de las cuentas producto de este proceso, en manos de los llamados auditores de cuentas médicas. Ellos deben tener amplios conocimientos de auditoría médica de calidad y un manejo apropiado de la facturación y las cuentas de salud, así como conocimiento de la aplicación de los manuales tarifarios, normatividad vigente del SGSSS. Leuro Martínez, M., Oviedo Salcedo, I. T.(2017). Auditoría de cuentas médicas. Ecoe Ediciones. https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=5943

La facturación y la auditoria de facturas y/o cuentas en el sector salud, es un proceso complejo que está regulado por una serie de normas, acuerdos y lineamientos que con las nuevas reformas que se están realizando en este momento se deben estudiar constantemente. Además, como bien sabemos, todas las acciones en la vida tienen un costo económico, personal o social, no siendo ajena a esta regla las actividades de salud tipo preventivas o resolutivas. El gran inconveniente de las instituciones de salud es que, no tienen una estructura de facturación adecuada o la información no se va actualizando conforme a las modificaciones en tecnologías y demás, lo que dificulta encontrar el punto de eficiencia a través del uso racional de los recursos disponibles. Así las cosas, con la realización de las actividades propuestas en esta guía, se pretende adquirir la competencia para liderar y gestionar las acciones alrededor del proceso de facturación y auditoría de cuentas médicas, a través del cual la IPS pueda tomar las decisiones gerenciales más acertadas.

Por ésta razón, te animo a tener la mayor disposición para apropiarte de todos los conocimientos necesarios a partir de diferentes técnicas que la instructora te sugerirá y con el trabajo en equipo como un arma muy valiosa para alcanzar el éxito, en tu camino formativo y laboral.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1.1 Actividades de Reflexión inicial

Comparte con tus compañeros las siguiente preguntas

1. ¿Por qué cree que es tan importante el proceso de facturación para un negocio?
2. ¿Qué fallas pueden suceder en el proceso de facturación?
3. ¿Qué consecuencias crees que traería estas fallas para la empresa?
4. Y por último comenta ¿Qué habilidades y actitudes, crees tú, debe tener una persona que tenga un cargo en las áreas financieras de una empresa?

Para ésta reflexión utilizaremos la técnica Philips 66, que será explicada por el instructor, luego cada equipo socializará sus aportes.

3.2 Actividades de contextualización e identificación de conocimientos necesarios para el aprendizaje

3.2.1. En este segundo momento de la guía, le invito a leer las siguientes preguntas, que tienen la intencionalidad de despertar el interés en el aprendizaje, la voluntad, la motivación, la indagación, la consulta y la investigación, sobre los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que son la base fundamental para el desarrollo de su ocupación:

1. ¿Qué entiende por facturación en salud?
2. ¿Qué es una glosa?
3. ¿Qué es auditoría de cuentas?
4. ¿cómo considera que es el proceso de facturación en una entidad de salud?

Luego de la revisión del documento MÉTODO DE ANÁLISIS Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y SU IMPACTO SOBRE LAS GLOSAS, experiencia del hospital civil de Ipiales, resumo ¿cuáles fueron las causas de fundamentales de la glosa y cuál creo que es la solución para cada una?
https://viasalud.co/metodo-analisis-solucion-problemas-impacto-las-glosas-experiencia-del-hospital-civil-ipiales/

3.2.2. Actividad de la competencia: Ejerce derechos fundamentales del trabajo en el marco de la constitución política y los convenios internacionales

3.2 Actividades de apropiación del conocimiento

Aprendiz, con el desarrollo de las siguientes actividades usted logrará: reconocer el manual tarifario a aplicar según el acuerdo de voluntades y tipo de servicios prestados, Facturar los servicios de salud según los

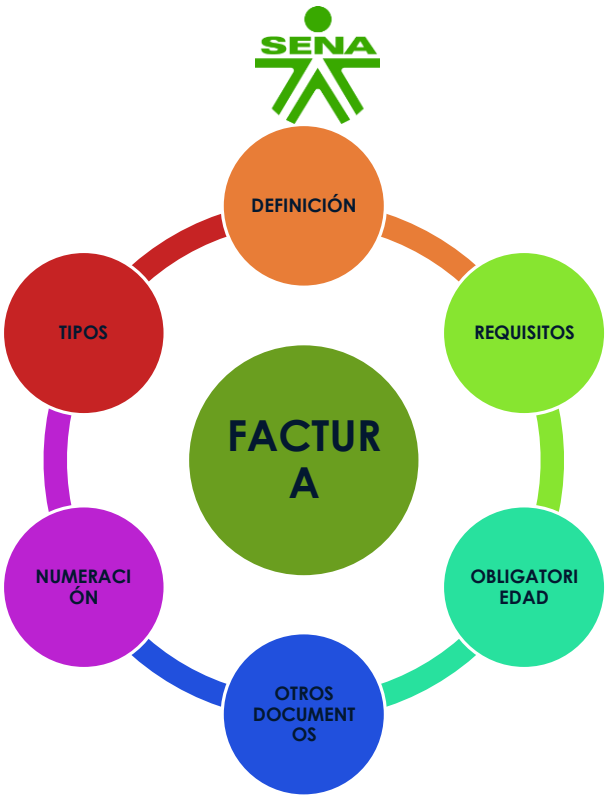
manuales tarifarios y acuerdos contractuales y Aplicar las listas de chequeo y demás instrumentos durante la auditoría al proceso de facturación para identificar inconsistencias en el proceso

3.3.2 El instructor le pedirá que analice la facturación, no como el simple hecho de emitir una factura, sino como un proceso; es decir una serie de actividades que organizada y sistemáticamente generan como resultado el cobro efectivo de los servicios. Para esto usted debe realizar una lectura del **documento ¨la facturación como proceso¨** (ver carpeta material de apoyo), en grupo de 5 aprendices implementando una estrategia didáctica donde se plasme la idea central del documento. Además, en papel periódico diseñarán el flujograma del proceso de facturación. Este será socializado en el ambiente y será escogido un equipo ganador. Este producto será parte del proyecto formativo en ejecución.

3.3.3. Realice una lectura crítica sobre algunos aspectos del proceso de facturación en cada uno de los centros de costos: Urgencias, Cirugía, hospitalización, consulta externa, y los centros de apoyo diagnóstico. Usted debe ser creativo y hacer de la lúdica y creatividad sus aliados para que el aprendizaje sea más ameno. *A partir de ésta actividad, redacte un ensayo (Min. 3 párrafos)* donde abordará el tema El proceso de Facturación, relación e importancia en la prestación del servicio y rentabilidad empresarial. Este ensayo lo compartirá con sus compañeros en el foro de discusión dispuesto por el instructor en la plataforma. **(Actividad de trabajo independiente)**

3.3.4. Traiga a la formación facturas legales expedidas por cualquier establecimiento comercial (supermercado, almacén, restaurante, estación de gasolina etc.) y revisando la norma que establece los requisitos legales de una factura (ver carpeta material de apoyo) usted reconocerá las partes de una factura. Además el instructor le facilitará facturas del sector salud para que usted observe y verifique el cumplimiento de lo establecido. El instructor le pedirá que investigue en la página web de la DIAN www.dian.gov.co las sanciones para entidades que no cumplen éstos requisitos.

Luego de la consulta de la norma vigente en Colombia (Ver material de apoyo) , el Código de Comercio y el capítulo III del Estatuto Tributario, y las demás normas relacionadas, realice un mapa conceptual donde relacione:



3.3.5. En salud las tarifas correspondientes al cobro de los servicios no es una actividad que queda a criterio del prestador. De acuerdo al tipo de atenciones y al plan de beneficios que le dé cobertura a la atención, reconozca con el instructor las normas que regulan los precios de las atenciones en el sector. Para su mayor comprensión, elabore un índice comparativo donde reconozca la estructura de los manuales tarifarios reglamentados por el acuerdo 256 de 2001, acuerdo 312 DE 2004 y el decreto 2423 del 2006; considerando capítulos, artículos y parágrafos básicos para la determinación de tarifas de servicios profesionales, derechos de sala, materiales de los procedimientos médicos- quirúrgicos, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y estancias.

3.3.6. El instructor le guiará en una lectura comprensiva de los mecanismos propuestos por las normas relacionadas para la liquidación de Cirugías, Estancia hospitalaria, Servicios de transporte medicalizado, y le orientará sobre la facturación de medicamentos y otros insumos no regulados por los manuales.

3.3.7. Describa en un flujograma de forma comparativa cual es el proceso para liquidar un procedimiento cruento y un procedimiento incruento según lo reglamentado por el acuerdo 256 de 2001, el acuerdo 312 DE 2004 y el decreto 2423 del 2006 en grupo de 4 aprendices y luego socialice con sus compañeros en la sesión presencial.

3.3.8. Usted diseñará cartillas y tablas con reglas resumidas de facturación en los diferentes servicios. Esta actividad se realizará en grupos de 5 aprendices. El producto será socializado y evidenciado en la plataforma.

***Mediante las actividades que siguen a continuación, usted podrá facturar los servicios de salud según los manuales tarifarios y acuerdos contractuales**

3.3.10. Proceso de Facturación

Liquide los casos según manuales tarifarios ISS y SOAT teniendo en cuenta los conocimientos obtenidos sobre cobros intrahospitalarios, ayudas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos de los manuales tarifarios ISS y SOAT.

- **CASO 1**

El señor HELVER PORFIRIO GOYENECHE, de 25 años, fue atropellado por una motocicleta placa CAC 204, con póliza de seguro obligatorio 37246589 de Seguros del Estado, en la ciudad de Facatativá el día 20 de septiembre de 2000. A las 8:00 de la noche fue llevado en forma inmediata al hospital de esta ciudad, donde es atendido de urgencia; el paciente está consciente, con hematoma frontal de 2X3 cm. y dolor a la palpación de miembro inferior izquierdo. Se realiza IDx de politraumatismo, TCE leve, Fx de fémur.
Se realiza Rx de cráneo que no muestra fisura ni Fx de bóveda craneana. Se realiza Rx de miembro inferior izquierdo que muestra fisura de tercio medio de fémur izquierdo, por lo que es valorado por el ortopedista de turno y se procede a inmovilizar.
Se deja en observación, con inmovilización y diclofenaco de 75mgs cada 6 horas, hasta las 8:00 de la mañana siguiente, cuando se observa paciente sin déficit neurológico donde se da la salida con AINES orales y control por la consulta externa.

a) Identifico la línea de pago para el caso clínico anteriormente mencionado
b) ¿Cómo se facturaría la estancia en este caso?
c) ¿Qué registros individuales de prestación de servicios se generarían?
d) Elaboro los Registros Individuales de Prestación de Servicios correspondientes que acompañaran la factura
e) Debe crear en Excel un formato de factura que contenga todos los requisitos legales antes estudiados, con base en el caso anterior.

*** Realizar procesos de auditoría de cuentas en la liquidación de los servicios de salud según normativa vigente y protocolos institucionales.**

3.3.11. Realice una lectura dirigida por el instructor de la normatividad relacionada con el proceso de auditoría de cuentas médicas y luego en grupos de 5 aprendices reflexiono sobre los siguientes conceptos, planteando ejemplos que faciliten su comprensión. Luego socializo en plenaria.

- Glosa justificada
- Glosa subsanable
- Glosa no subsanable
- Glosa no justificada
- Devolución.

3.3.12. En un mapa conceptual defina qué es auditoría de cuentas médicas, quién la realiza, qué tipos de auditoría existen y cuáles son los insumos o herramientas necesarios para una adecuada auditoría de cuentas?

3.3.13. Desarrolle:

- **CASO 2 :**

Eloisa María Fernández Gómez, es una paciente de 65 años quien consulta al servicio de urgencias de la IPS El Buen Paso.

Al ingreso presenta los documentos que la acreditan como afiliada a la EPS Con Salud, en calidad de pensionada y su cédula de ciudadanía 20.897.615.

Se procede a realizar el proceso de Triage encontrando una paciente en aceptables condiciones generales, quien refiere cuadro clínico de 8 horas de evolución de cefalea global que no cede con el consumo de acetaminofén, asociado a visión borrosa, dificultad para la marcha y emesis en 3 oportunidades.

Refiere como antecedentes Hipertensión Arterial diagnosticada hace 10 años en manejo con enalapril e hidroclorotiazida, hipercolesterolemia en manejo con hipolipemiante; al examen T/A: 220/110, F/C: 65 x min, F/R: 16 x min y Sat. de O2 de 90%; se realiza IDX: Hipertensión Arterial – Emergencia hipertensiva y Evento Cerebrovascular secundario. TRIAGE I

El funcionario de admisiones revisa con los datos suministrados por la paciente, la base de datos de la EPS Con Salud con la que se tiene contrato vigente por evento, previa autorización de la EPS y encuentra en la base de datos una persona de la misma edad, mismo nombre, pero cuyo documento de identidad tiene el número 20.897.651.

Se realiza el ingreso para la atención de urgencias, a las 14:00 del 22 de febrero de 2008. El médico urgentólogo procede a valorar la paciente, encontrando adicionalmente a lo mencionado en el Triage, a una paciente somnolienta, que presenta como datos positivos al examen físico, déficit neurológico, anisocoria y Glasgow de 13/15. Ingresa a observación y de acuerdo a las órdenes médicas, se canaliza, se administra oxígeno por Cánula a 2 Lt. /min, se inicia de acuerdo a las Guías de práctica clínica de la Institución el manejo de la Hipertensión Arterial, órgano blanco cerebro (Emergencia hipertensiva). Además de los paraclínicos básicos, el médico solicita TAC cerebral simple urgente, con el fin de descartar un proceso hemorrágico intracraneal que requiera procedimiento quirúrgico. A la hora de haber instaurado la terapia la paciente regula las tensiones arteriales, sin mejoría de su cuadro neurológico, encontrando deterioro del Glasgow a 11/15, el Reporte del TAC sugiere un hematoma subdural izquierdo importante; el paciente es interconsultado y valorado por el Servicio de Neurocirugía, quien conceptúa que la paciente debe ser llevada a cirugía de inmediato para drenaje del hematoma.

El paciente ingresa a salas de cirugía, realizando el procedimiento craneotomía + drenaje de hematoma subdural, sin complicaciones, sangrado mínimo; ingresa a recuperación y posteriormente a la Unidad de Cuidados Intermedios para monitoreo y vigilancia neurológica continuos. La paciente durante los dos días siguientes se recupera satisfactoriamente, recupera parcialmente su déficit neurológico, se toma TAC de cráneo simple de control, evidencia un pequeño hematoma subdural residual, se inicia terapia física y se continúa con el manejo de hipertensión. La paciente egresa al 5º día post operatorio, con fórmula, cuidados en casa, signos de alarma y control por consulta externa con medicina interna y neurocirugía.

EJERCICIO:

- Con base en este caso, y observando la reglamentación relacionada desarrolle un informe de auditoría administrativa que indique: **(Actividad para subir a la plataforma blackboard)**

1. Cuáles son los soportes que debe llevar esta factura, al menos 5

2. Que elementos se deben tener en cuenta, para evitar la glosa de la factura

3. Cuáles pueden ser las glosas más frecuentes en estos casos, sugiera posibles glosas y codifíquelas, al menos 3.

4. Elabore un esquema donde se identifique los pasos o trazabilidad de esta factura hasta su radicación en la EPS

5. Elabore un esquema de trazabilidad de una glosa, hasta su pago por parte de la EPS.

3.3.14. Actividad de la competencia: Ejerce derechos fundamentales del trabajo en el marco de la constitución política y los convenios internacionales

4. Actividades de transferencia de conocimiento.

4.1 El instructor suministrará algunos talleres para ser resueltos en clase e irá despejando dudas a medida que avanza el proceso.

4.2. Se propone adicionalmente la realización de la actividad didáctica “Alcance la estrella”, en la que cada integrante de los distintos equipos colaborativos debe responder una (1) o dos (2) de las preguntas formuladas respecto a los procesos y/o contenidos abordados en la guía en un tiempo máximo de 5 minutos.

4.3. Actividad de la competencia: Ejerce derechos fundamentales del trabajo en el marco de la constitución política y los convenios internacionales

Materiales de formación: (equipos/herramientas)	
Computador, Aula dotada con DVD o videobeam, televisor.	1 equipo de cómputo por cada grupo de trabajo TOTAL: 4
Resmas de papel carta, lapiceros, marcadores, expógrafos.	5 por equipo de trabajo
Ambiente requerido	
Aula dotada con televisor, DVD o videobeam	Ambiente de formación

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Tome como referencia la técnica e instrumentos de evaluación citados en la guía de Desarrollo Curricular

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento: Aplicación de pruebas de conocimiento específicas **Evidencias de Desempeño:** Elaboración de una factura **Evidencias de Producto:** Informe de auditoria administrativa de cuentas en salud	Identifica y clasifica al usuario en el acceso a los servicios de salud según nivel de atención del prestador. Reconoce el portafolio de servicios según lineamientos institucionales. Aplica principios éticos y legales en el manejo de la información (Historia Clínica). Identifica la red de prestación de servicios y los convenios inter-institucionales. Identifica los roles de los prestadores y aseguradores al momento de la liquidación de los servicios de salud según normativa y políticas institucionales. Reconoce el manual tarifario a aplicar según el acuerdo de voluntades y tipo de servicios a prestar Verifica los registros cargados al sistema según normatividad y acuerdos institucionales Revisa los soportes según normativa y acuerdos institucionales Realiza procesos de auditoría administrativa a los soportes de la atención, según protocolo institucional. Genera glosas internas a partir de los procesos de auditoría. Organiza	**CONOCIMIENTO:** Respuesta a preguntas sobre los temas tratados en la guía Cuestionario Estructurado de preguntas **PRODUCTO:** Informe de auditoría administrativa de cuentas en salud Listas de chequeo o rubricas

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

	cuentas médicas para gestionar el cobro cumpliendo normatividad y protocolos institucionales. Identifica los soportes esenciales de la factura según acuerdos contractuales y normativa vigente. Participa en los procesos administrativos para el cobro de los servicios de salud entre la entidad responsable del pago y la entidad que presta el servicio de salud. Gestiona los procesos administrativos entre la entidad responsable del pago y la entidad que presta el servicio. Organiza los diferentes formatos para soportar la cuenta de cobro de acuerdo a políticas institucionales y acuerdo de voluntades. Elabora, responde y envía glosas. Participa en los procesos de recobro en la prestación de los servicios. Realiza la conciliación entre glosas y cartera de la institución. Conoce los tipos de pago según principios contables. Aplica conceptos contables en la gestión de facturación de servicios de salud. Reporta información por centros de costos según servicios facturados. Clasifica los tipos de pago según principios básicos contables. Adjunta documentos contables que soportan los movimientos de facturación.	

	Identifica las normas y leyes fiscales vigentes aplicables al costeo en servicios de salud. Relaciona los costos indirectos de la organización asociados a la prestación del servicio según políticas institucionales. Presenta informes a partir de la gestión del proceso de facturación en salud. Implementa indicadores que evidencian la gestión del proceso de facturación. Identifica el protocolo institucional para el proceso de auditoría según normas vigentes. Organiza el plan de trabajo de la auditoría y los instrumentos necesarios. Aplica las listas de chequeo y demás instrumentos durante la auditoría al proceso de facturación para identificar inconsistencias en el proceso. Identifica las facturas que contienen inconsistencias a partir de normatividad y acuerdos de voluntades... Participa en la gestión para resolver inconsistencias o glosas generadas Documenta los procesos de auditoria administrativa realizada a las cuentas en salud	

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Manual:** Libro en que se compendia lo más sustancial de una materia.(RAE)
- **Tarifario:** Relativo a la tarifa.
- **Procedimientos:** Método de ejecutar algunas cosas.(RAE)
- **Acuerdo De Voluntades:** Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas.
- **Alta complejidad en Salud:** Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.
- **ARL:** Administradora de Riesgos Laborales.
- **Aseguradores**: Son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL).
- **Asistencia Domiciliaria:** Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin.
- **Atención de eventos catastróficos**: cubre eventos definidos como catastróficos (inundaciones, terremotos, etc.) con recursos específicos para tal fin y en forma complementaria al POS. Son financiados por el Fosyga mediante la subcuenta ECAT.
- **Atención De Urgencias:** Comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia.
- **Autorización:** Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago
- **Baja complejidad en Salud:** Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.
- **Clínica:** Establecimiento destinado a proporcionar asistencia o tratamiento médico a determinadas enfermedades.
- **Cobertura de riesgos laborales**: Cubre todo evento o enfermedad de origen ocupacional sin los límites del POS. Son garantizados por las Administradoras de Riesgos Laborales-ARL-.
- **CUPS:** Clasificación Única de Procedimientos en Salud.
- **Devolución**: Es una no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura
- **Entidades Responsables Del Pago De Servicios De Salud:** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.

- **Factura:** Cuenta en la que se detallan las mercancías compradas o los servicios recibidos, junto con su cantidad y su importe, y que se entrega a quien debe pagarla.
- **Facturación en Salud:** proceso contable que garantiza el adecuado desempeño financiero de cualquier institución del sector salud, considerando la estructura del sistema de salud, las modalidades de contratación específicas del sector, la complejidad del proceso de facturación, el conocimiento de los manuales tarifarios u otros factores relacionados.
- **Facturación:** Cantidad de dinero que suman todas las facturas emitidas por una empresa durante un período determinado de tiempo.
- ***FOSYGA***: Fondo de Solidaridad y Garantía.
- **Glosa:** Es una no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud.
- **Interconsulta:** es el acto de remitir a un paciente, mediante un parte interconsulta, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria tanto para su diagnóstico, su tratamiento como su rehabilitación.
- **Internación:** Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.
- **Intervención en Salud**: Es todo aquel esfuerzo que tiene como objeto promover buenos comportamientos relacionados con la salud (como, por ejemplo, realizar ejercicio físico) o prevenir o evitar malos comportamientos relacionados con la salud (por ejemplo, promoviendo la interrupción del consumo de tabaco o desalentando el consumo de sustancias ilícitas o el consumo excesivo de bebidas alcohólicas).
- **Mediana complejidad en Salud:** Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.
- **Modelo De Atención:** Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.
- **Pago Por Capitación:** Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.
- **Pago Por Evento:** Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.
- **Planes Adicionales de Salud**: financiados voluntariamente por los usuarios que deben complementar en el POS con prestaciones suntuarias o de mayor tecnología. Son los planes de medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de hospitalización y cirugía, provistos por empresas registradas para ese propósito.
- **Red De Prestación De Servicios:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional

orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

- **Referencia Y Contrarreferencia:** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.
- **Referencia:** Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.
- **Régimen Contributivo:** Es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios.
- **Régimen Subsidiado:** El Estado subsidia la afiliación a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir considerada pobre y vulnerable, quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema.
- **Respuesta a Glosas y Devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.
- **RIPS:** Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.
- **Salud:** es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión).
- **Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito** -SOAT-: Cubre eventos de origen en accidentes de tránsito hasta un monto determinado y en forma complementaria al POS. Provistos por compañías de seguros autorizadas hasta un monto definido después del cual son financiados por la subcuenta específica de atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito - ECAT- del Fosyga.
- **SISBEN:** El Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales. Es una herramienta que clasifica a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.
- **Subcuenta compensación:** Recauda el valor de la compensación en el régimen contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades obligadas a compensar derivadas de los descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores.
- **Subcuenta ECAT:** Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas.
- **Subcuenta promoción:** Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica – PAB.
- **Subcuenta solidaridad:** Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado. Los recursos que administra la subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable a éste régimen mediante un subsidio a la demanda consistente en el pago de la prima o UPC a las EPS del Régimen subsidiado.

- **Triage**: Es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.
- **UPC:** Unidad de Pago por Capitación.
- **47. Auditoria:** Proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados.
- **48. Auditoria de cuentas médicas**: Evaluación sistemática de la factura o documento equivalente, para verificar la coherencia entre los servicios contratados, los efectivamente prestados y lo cobrado.
  - **Cuentas:** es el nombre que se utiliza para registrar, en forma ordenada, las operaciones que diariamente realiza una empresa.
  - **Glosa:** Objeción a las cuentas de cobro presentadas por las Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: Empresas promotoras de salud - EPS, Administradoras del régimen subsidiado – ARS, Compañías de seguros, Direcciones seccionales de salud y otras IPS.
  - **Autorización:** Formalización con documento o generación de registro por la entidad pagadora para la prestación de servicios requeridos por el usuario, según lo pactado entre prestador y entidad responsable del pago. Si el pagador no se pronuncia dentro de los términos definidos en la norma, es suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.
  - **Respuesta a glosas y devoluciones:** Se interpreta en todos los casos como respuesta del prestador de servicios de salud a la glosa o devolución generada por el ente pagador**.**
  - **Devolución:** No conformidad que afecta totalmente la factura por prestación de servicios, hallada por el ente pagador en la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura.
  - **Conciliación:** La conciliación es un mecanismo de resolución de conflictos a través del cual, dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador.
  - **Contratación:** Es formalizar con apego a la ley la futura relación de trabajo para garantizar los intereses, derechos, tanto del trabajador como la empresa.
  - **Cartera:** Son las cuentas pendientes por cobrar que tienen las entidades.
  - **Cartera en mora:** Monto total de créditos que resulta de sumar la cartera vencida más la cartera en ejecución
  - **Cobro jurídico:** Son notificaciones de la demanda que envía el tribunal a través de un receptor judicial, informándole al deudor en que consiste la demanda en su contra y a su vez, entregándole hora y fecha en que tribunal se debe presentar.
  - **Factura**: Se utiliza para registrar contablemente, tanto las cantidades como los valores
  - correspondientes a los servicios vendidos a otras entidades, afectando lo correspondiente a la carga tributaria.
  - **Compromiso de pago:** Promesa de pago escrita que hace una persona (otorgante) a otro.(beneficiario). Originado en un contrato anteriormente celebrado por las mismas personas.
  - **Acuerdos de Pago:** Son las formulas o acuerdos entre el deudor y la entidad para fragmentar el pago de cada una de las facturas pendientes
  - **Certificación de Pago:** Es el soporte cuando se descargar del sistema cada uno de los diferentes pago realizado por las entidades prestadoras de servicio de salud
  - **Conciliación:** Proceso administrativo en el que las partes identifica sus diferencias y pactan sus posibles soluciones.
  - **Depuración:** Es el proceso administrativo que permite corregir las inconsistencia con el fin de mantener una información financiera real.
  - **Devolución:** Es una No conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud e impide dar por presentada la factura, durante la revisión preliminar. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.}}}}

- **Factura o documento equivalente**: Documento que representa el soporte legal de cobro de los servicios prestados, con obligados o no Obligados a facturar **(Estatuto tributario)**
- **Fosyga**: Fondo de Solidaridad y Garantía, Cuenta del Ministerio de la Protección Social, que maneja los recursos del Sistema.
- **Nota crédito**: Son todos los abonos efectuados por parte del banco por concepto de: descuentos de giros, pignoraciones, pagares, intereses a favor de la empresa, entre otros, pero que no se han cargado en nuestros libros.
- **Nota debito**: Son cargos efectuados por el banco a la empresa por concepto de: cobro de intereses, comisiones, efectos descontados devueltos, entre otros, que por no haberse recibido la información respectiva del mismo no se ha abonado en los libros de la empresa.
- **Objeción:** Facturas que han sido rechazadas por las E.P.S, por alguna causal de devolución.
- **Registro contable:** Asiento o notación contable que debe ser realizada para reconocer una transacción contable o un hecho económico que afecte al ente público, y atiende las normas generales de causación y prudencia.
- **Gestión:** Es coordinar todos los recursos disponibles para conseguir determinados objetivos, implica amplias y fuertes interacciones fundamentalmente entre el entorno, las estructuras, el proceso y los productos que se deseen obtener.
- **Costos:** Son los recursos incurridos en la producción, administración y venta de los productos o servicios

6. REFERENTES BILBIOGRÁFICOS

- Decreto 441 de 2023
- Resolución 3047 de 2008 Anexo técnico número 6
- Resolución 4331 de 2012 (Anexos técnicos 9 y 10)
- Decreto 2423 de 1996
- http://generalidades-del-costeo-hospit.webnode.com.co/facturacion/etapas-del-proceso-de-facturacion/
- http://www.consultorsalud.com/manual-tarifario-soat-2016-sector-salud
- https://lexsaludcolombia.files.wordpress.com/2010/10/tarifas-iss-2001.pdf
- http://dms2905.blogspot.com.co/2011/03/admision-del-paciente.html
- http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27905
- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204331%20de%202012.pdf

7. CONTROL DE DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	**Carlos David Castaño Soto** **Adriana Gutiérrez Peña**	**INSTRUCTORES TÉCNICOS**	**Regional Antioquia** **Regional Atlántico**	**27/10/2017**

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)	Dexy Domínguez Angarita Enrique Vanegas Baquero María Claudia Salinas	INSTRUCTORES TÈCNICOS	Regional Norte de Santander Magdalena Atlántico	10/05/2018	Revisión del diseño y ajustes del proyecto formativo
	Sandra Milena Enriquez Trochez	Instructor Tecnico	Regional Cauca Centro de Comercio y Servicios	19/06/2023	Revisión y ajustes al proyecto formativo y actualización a la normatividad legal vigente

PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnologo Gestión Administrativa del Sector Salud
- **Código del Programa de Formación:** 121104
- **Nombre del Proyecto:** Propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos de atencion al usuario en un prestador de servicio de salud de la ciudad de Popayán
- **Fase del Proyecto:** Ejecución
- **Actividad de Proyecto:** Implementar el diseño de la propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos
- **Competencia:** 220601044 - Monitorear sistemas de gestión de acuerdo con normativa y requerimientos técnicos
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
  - 576878 - 3. Verificar el cumplimiento de la gestión del sistema según procedimiento técnico
- **Duración de la Guía:** 20

2. PRESENTACIÓN

La auditoría debe ser entendida como un componente del Sistema Obligatorio Garantía de Calidad, junto con el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información a Usuarios, en el que ninguno tiene más importancia que otro. Dentro del sistema de garantía de calidad la auditoría se convierte en la herramienta fundamental para el logro a cabalidad de los demás componentes. Es importante que la institución tenga claro que la Auditoría para el mejoramiento de la calidad es toda una estrategia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y no debe confundirse con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) que es la forma a través de la cual se operativiza el modelo en una institución determinada.



FUENTE: E.S.E. HOSPITAL CRISTIAN MORENO PALLARES

Isaza Serrano, A. T. (2012). *Garantía de la calidad en salud: Cómo organizar una empresa del sector salud*. Ediciones de la U.. https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=5508

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 Actividades de Relexión Inicial



El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad tiene como objetivo central garantizar la calidad de la atención en salud como un mecanismo sistémico y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada, tomando como referente los componentes SOGC y los atributos de calidad que son: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad, acorde a la misión y visión de **Sinergia Salud**.

El PAMEC va más allá de una simple evaluación de calidad por lo cual se entiende como un proceso de autocontrol donde se otorga una gran importancia a las oportunidades de mejora pertinentes de intervención con ajustes y acciones necesarias que permitan superar las expectativas de los usuarios de los diferentes procesos de la prestación del servicio de salud. Son enmarcados en la resolución de habilitación y en estándares superiores de acreditación.

Sus objetivos específicos:

- Identificar oportunidades de mejora evaluando periódicamente la calidad de la atención.
- Identificar problemas reales o potenciales prioritarios.
- Implementar los planes de mejoramiento que requiera la organización.
- Evaluar la eficacia de los planes de mejoramiento implementados mostrando el impacto.

El programa se desarrolla mediante la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) ajustada a la Ruta Crítica que permite fundamentarse en dos pilares que son el mejoramiento continuo y la atención centrada en el usuario. La cual se muestra a continuación.

Ruta Crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad



Acorde con lo establecido en las pautas del Ministerio de la Protección Social, **Sinergia Salud** para la implementación del PAMEC ha definido regirse con los siguientes principios:

- **Promoción del autocontrol:** La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesaria, para que los procesos en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, brindando soluciones

oportunas y adecuadas a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

- **Trabajo en equipo:** El desarrollo del PAMEC implica, de manera fundamental, la participación de colaboradores de la organización de diferentes disciplinas y con diversos niveles de formación, en la constitución de equipos que asuman la responsabilidad de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.
- **Enfoque preventivo:** La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.
- **Confianza y respeto:** La auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento institucional.
- **Sencillez:** Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoria deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.
- **Confiabilidad:** Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.
- **Validez:** Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoria, deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

Equipo de Mejoramiento de Calidad:

Los líderes del equipo de mejoramiento son: Director de Unidad, Coordinador Administrativo, Enfermera de PyP de la Unidad, Médico de apoyo, Psicólogo de Unidad y Bacteriólogo /Odontólogo.

El enfoque del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se realiza en los siguientes procesos en las unidades básicas de atención:

- Sistema de información para la calidad.
- Programa de seguridad y seguimiento a riesgos.
- Estándares de acreditación.
- Satisfacción del uuario.

Para realizar un adecuado seguimiento al impacto del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se monitorea por indicador el cumplimiento acorde a cronograma de la ruta crítica del PAMEC, y cada unidad de **Sinergia Salud**, establece sus propios indicadores retadores acorde a la priorización de los proceso que quedaron en brecha, a los cuales se establece planes de mejoramiento con su respectiva medición del impacto de manera trimestral.

Tomado de: http://cms.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=46592

Detaller de la actividad: Teniendo en cuenta lo anterior de un ejemplo de IPS como se encuentra implementando el PAMEC en la anterior IPS, identifique cuales son los aspectos mas importantes a tener en cuenta en una auditoria de calidad, según su criterio.

La instructora realizara un foro en la platafora de Territorium para que participen de manera activa con sus compañeros e instructora.

3.2 Actividades de aprendizaje 1: Reconocer



La Guía Metodológica para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que se presenta en este documento es un abordaje básico de especial utilidad para quienes no han desarrollado el componente en su totalidad; se constituye en un esfuerzo más para establecer parámetros y unificar criterios en la materia, de manera que sea coherente con el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido por el Ministerio de la Protección Social.

El material presentado no debe ser considerado como una camisa de fuerza para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por el contrario, y en eso radica la importancia del documento, debe ser visto, como su nombre lo indica, como una guía que posibilite y facilite de manera integral el accionar de las organizaciones de salud, impulsando el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de tal forma que se genere valor agregado para los usuarios de los servicios y desde luego dentro de toda la organización.

Detalles de la Actividad:



Descripción de la Actividad

Leer el documento

Realizar cuadro sinoptico el cual sera sustentado en un video el cual subiran a una red social



Ambiente Requerido

Ambiente de formación presencial, por medio de TIC^s

Territorium



Materiales

Computadores

Internet

Celular

3.3 Actividades de aprendizaje 3: Relacionar la Seguridad del paciente con el PAMEC

“Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”1; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Proteción Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.



La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

Tomado de Guia Tecnica “Buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud” MPS 2010

Descripcion de las actividades:

Realizar la lectura de los siguientes documentos y de cada uno de ellos realizar un mapa mental donde se aplique cada uno propósitos de cada uno de ellos, luego de realizar los mapas mentales se harán sustentados en cualquier plataforma o redes sociales, donde se explica cada uno de ellos:

1. **Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia:** Su propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.
2. **Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010:** Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales.
3. **Herramientas para la seguridad del paciente:** herramientas para pormover la estrtaegia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.
4. **Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001 2010:** Su propósito es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos.
5. **Promoción de la cultura de seguridad del paciente:** Su propósito es integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora.

Por favor tener en encuenta y revisar el material de apoyo que se encuentra en la pagina del Ministerio de Salud y Protección Social, hay unos videos e información interesante que pueden tener en cuenta.
https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx

Detalles de la actividad



Descripción de la Actividad	Ambiente Requerido	Materiales
Realizar un video explicando en mapa mental de cada guia	Ambiente de formación presencial. Territorium	Computadores y Plataforma Territorium

3.4 Actividades de aprendizaje 4: Construir el PAMEC de la entidad de salud con enfasis en seguridad del paciente

El Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 establece la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en salud. Este Programa debe ser un "mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud"

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Los procesos de auditoría son obligatorios las Empresas Administradoras de Planes de beneficios (EAPB).

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de la entidad de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas. (Decreto 780,2016).

Descripción de la actividad:

En los grupos de trabajo y con la ayuda del video informativo que la instructora subirá a la plataforma de Territorium en la cual se da la explicación de como implementar el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), que deberán desarrollar como entrega de esta guía de aprendizaje.

Es importante, que tengan en cuenta el material de apoyo, para realizar el PAMEC con enfoque de seguridad del paciente.

Detalles de la actividad



4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento: Leer el documento Realizar cuadro sinoptico el cual sera sustentado en un video el cual subiran a una red social **Evidencias de Desempeño:** Realizar un video explicando en mapa mental de cada guia **Evidencias de Producto:** Realizar el PAMEC con enfoque de seguridad del paciente	● Argumenta la importancia del sistema integrado de gestión de calidad en los proceso de la organización ● Realiza acciones administrativas para gestionar la seguridad del paciente ● Participa activamente en el establecimiento y desarrollo de la cultura de seguridad del paciente según delegación ● Optimiza el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en los diferentes procesos que realiza según requerimientos institucionales ● Elabora informes de las auditorías según normas técnicas y protocolos establecidos	**Listas de Chequeo**

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACCESIBILIDAD. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD. Comprende todas aquellas acciones, políticas, incentivos, sanciones y normativas, tendientes a fomentar o resguardar la calidad, ya proveer a los alumnos, postulantes, diversas instancias privadas y públicas, comunidad internacional, gremios profesionales, académicos.

ATENCIÓN EN SALUD. Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

ATENCIÓN EN SALUD SEGURA. Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

ATENCIÓN INSEGURA. Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

AUDITORIA. Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar hasta qué punto cumplen las políticas, procedimientos o requisitos de referencia.

BARRERA DE SEGURIDAD. Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

CALIDAD. La calidad de la atención en salud se define como el logro de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos.

CERTIFICACIÓN. Proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos.

CÓDIGO DE ETICA. Conjunto de estándares para la construcción y funcionamiento de los principios de la moral aplicados a las acciones humanas.

COMPLICACIÓN. Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

CONFIABILIDAD. Cierto grado de seguridad de que un dispositivo o sistema opera exitosamente en un ambiente específico durante un cierto período.

CONFIDENCIALIDAD. Es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información. La confidencialidad ha sido definida por la Organización Internacional de Estandarización (ISO) como "garantizar que la información es accesible sólo para aquellos autorizados a tener acceso"

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación, programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes.

CONTINUIDAD. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

CULTURA. Es un conjunto de creencias básicas, construidas y compartidas en el tiempo, por un grupo de personas las cuales determinan su forma de pensar, sentir y obrar. Las dimensiones de la cultura son Invisible (conjunto de valores y principios que son comunes y compartidos en forma auténtica por sus integrantes). Visible (Las conductas o comportamientos característicos en esa organización).

EFECTIVIDAD. Concepto que involucra la eficiencia y la eficacia, consiste en alcanzar los resultados programados a través del uso óptimo de los recursos involucrados.

EFICACIA. Grado en el que una acción alcanza los resultados esperados. La eficacia consiste en concentrar los esfuerzos de una entidad en las actividades y procesos que realmente deben llevarse a cabo para el cumplimiento de los objetivos formulados.

EFICIENCIA. Es el logro de un objetivo al menor costo unitario posible. Se refiere al uso óptimo de recursos en programas, subprogramas y proyectos.

ERROR ASISTENCIAL. Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.

ESTANDAR. Expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio. Hay diferentes tipos de estándares de acuerdo hacia dónde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado.

EVENTO ADVERSO. Es la lesion o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE. Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE. Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

EVENTO CENTINELA. Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurencia.

FACTORES DE RIESGO. Manifestaciones o características medibles u observables de un proceso que indican la presencia de riesgo o tienden a aumentar la exposición. Los factores pueden ser internos o externos a la Entidad.

FOCALIZACIÓN. Centrar algo en un punto o aspecto determinados, generalmente cuando se considera más importante o relevante que otros.

GESTIÓN DE LA CALIDAD. Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad, incluye el establecimiento de la política, los objetivos, la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad.

GRADUALIDAD. Que ocurre en forma paulatina y progresiva en grados. Escalonado, progresivo, sucesivo, continuo, graduado, paulatino.

GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN. Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica.

ICONTEC. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, que mediante Decreto 2269 de 1993 es reconocido como el Organismo Nacional de Normalización.

INCIDENTE. Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

INDICADOR. Se refiere a la información numérica que cuantifica (mide) las dimensiones de entrada, salida y de desempeño de procesos, productos y servicios de la organización como un todo. Estas variables permiten medir, evaluar y comparar, cuantitativamente en el tiempo, su propio comportamiento y su posición relativa respecto de sus similares de otras realidades.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión.

MEJORA CONTINUA. Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

OPORTUNIDAD. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicio de salud que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o salud.

PARTICIPACIÓN. Tomar o recibir parte de algo, compartir, noticiar.

PRÁCTICA SEGURA. Intervención tecnológica y cintífica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

PERTINENCIA. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

POLÍTICA. Es una meta y las medidas prioritarias suficientes para conseguir esta meta. Política = Meta + Medida.

PROCESO. El concepto de proceso puede ser entendido como el conjunto de causas que provocan un o unos efectos.

PROTOCOLO. Es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio.

RIESGO. Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

SEGURIDAD. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

SENCILLEZ. Que no tiene composición, carece de ostentación o no ofrece dificultad.

SERVICIO. Los resultados generados por las actividades en la interrelación entre el proveedor y el cliente y por las actividades internas del proveedor para atender las necesidades del cliente.

TRIAGE. Sistema de clasificación de gravedad de los usuarios en los servicios de urgencias, el cual determina la urgencia de la prestación del servicio, al igual que los recursos necesarios para la prestación del servicio. Es un término de origen francés que significa clasificar para definir prioridades.

USUARIO. Es quién recibe el beneficio pretendido del producto sea o no el comprador del mismo (el paciente).

VALIDEZ. Aquello que es válido o formalmente adecuado, por ajustarse a las reglas, ya sean lógicas, matemáticas o legales.

VERIFICACIÓN. Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

6. REFERENTES BILBIOGRÁFICOS

Isaza Serrano, Alejandro Tadeo; Garantía de Calidad en Salud Como organizar una empresa del sector salud. Bogota. Ediciones de la U. 2018.

Ortiz González, Oscar y Ortiz Arciniegas Jaime. Sistemas de Gestión de Calidad. Teoría y Práctica bajo la norma ISO. Bogota. Ediciones ECOE. 2019.

Mejía Garcia, Baulio. Auditoria Medica. Para la Garantía de calidad en salud. Quinta edición. Bogotá. Edicion ECOE. 2009.

González Ortiz, O. C., Arciniegas Ortiz, J. A.(2020). Sistemas de gestión de calidad: teoría y práctica bajo la norma ISO. ISO 9001:2015, ISO 1400:2015, ISO 45001:2018. Ecoe Ediciones. https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=10908

Norma ISO 9001: 2008 - Sistema de Gestión de Calidad

Decreto 1011 de 2006

http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf

Observatorio de calidad de la atención en salud

http://201.234.78.38/ocs/public/ind_calidad/documentos.aspx http://www.transformacionproductiva.gov.co

Ministerio de Protección Social
http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec13321012010.pdf

La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos asociados. Lic. Sandor Luis Miranda.
Algunos Ejemplos de Mala Calidad en Salud -
http://www.gerenteweb.com/documentos/calidad/dc0909031.php

Historia de la Calidad http://www.youtube.com/watch?v=Qzgwoufal3g
Zamarrón, Beatriz (2009). Papeles de trabajo: Auditoría. Argentina: El Cid Editor

López Toledo, Marta Rosa; Martínez Calderín, Leidi Sara; Pérez Falco, Grisel (2009). Calidad en la auditoría: credibilidad y confianza en los auditores. Argentina: El Cid Editor

Video Auditoria de Calidad - http://www.youtube.com/watch?v=j4Gi7OSTNFE

Urquiza, R. Conceptos de Calidad en Salud (2004). Evid. actual. práct. ambul.; 7: 152-155.

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	**Sandra Milena Enriquez Trochez**	**Instructror en Salud**	**Regional Cauca Centro de Comercio y Servicios**	**10/10/2022**

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnologo Gestión Administrativa del Sector Salud
- **Código del Programa de Formación:** 121104
- **Nombre del Proyecto:** Propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos de atencion al usuario en un prestador de servicio de salud de la ciudad de Popayán
- **Fase del Proyecto:** Ejecución
- **Actividad de Proyecto:** Implementar el diseño de la propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos
- **Competencia:** 220601044 - Monitorear sistemas de gestión de acuerdo con normativa y requerimientos técnicos
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
  - 576878 - 3. Verificar el cumplimiento de la gestión del sistema según procedimiento técnico
- **Duración de la Guía:** 12
- **Instructora:** Sandra Milena Enriquez Tróchez

2. TALLER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar las barreras de seguridad necesarias.









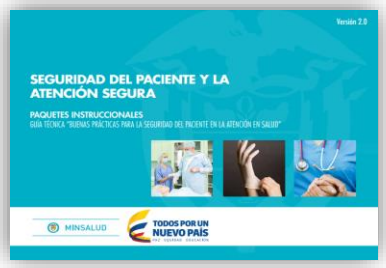
Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia:

Su propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.

Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001 2010:

Su propósito es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos.



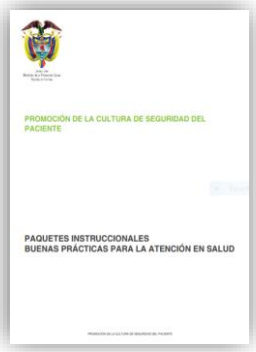


Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010:

Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales.

Promoción de la cultura de seguridad del paciente:

Su propósito es integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora.





Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud:

Ofrece una varidad de herramientas básicas a las cuales puede acceder el profesional de la salud involucrado en los temas de seguridad del paciente.

Estimado Aprendiz, en el siguiente espacio deberá desarrollar unas preguntas sobre la seguridad del paciente teniendo en cuenta la documentación que anteriormente se ha descrito.

La actividad se desarrolla de manera individual y se entrega a la instructora en el tiempo acordado.

¡Muchos Exitos para todos¡¡



1. ¿Qué es la Seguridad del Paciente y por que esta tan ligada al SOGCS?
2. Explique cuales son las practicas seguras en los procesos institucionales seguros
3. Un programa de seguridad del paciente que debe tener en cuenta
4. Que se debe tener en cuenta en los procesos de estandarización de porcedimientos de atención.
5. Explique cuales son las practicas seguras en los procesos asistenciales seguros y mecione un ejemplo en el cual se pueda aplicar.
6. Cuales son las estrategias para mejorar la actuación de los profesionales en la seguridad del paciente.
7. Como se puede involucar a los pacientes y familiuares en los procesos de segurida del paciente.
8. ¿Qué es una falla de la atención en salud?
9. ¿Que entiende como evento adverso, mencione un ejemplo?
10. ¿Que entiende como incidente, mencione un ejemplo?
11. Cuáles son los factores contributivos que predisponen a presentar una acción insegura y cómo se clasifican.
12. ¿Qué acciones se deben realizar ante la presencia de un evento adverso y de un incidente?
13. ¿Cuales son los Objetivos de la política de la seguridad del paciente?
14. ¿Cuál es la política nacional de seguridad del paciente?
15. ¿Cómo se construye la política institucional de seguridad del paciente?
16. La política institucional de Seguridad del paciente deberá estar coordinada con las líneas estratégicas en Seguridad del Paciente cuales son estas líneas estrtaegicas.
17. ¿Identifica la fundamentación teórica de la promoción de la cultura de seguridad del paciente?
18. ¿Es capaz de identificar cuáles son las acciones inseguras que predisponen a la falta de promoción de la cultura de seguridad del paciente?
19. ¿Señala los factores contribuyentes y su estrecha relación con las acciones inseguras antes mencionadas?
20. ¿Determina claramente las ventajas de los diferentes procesos de promoción de una cultura de seguridad del paciente, tales como la implementación de un proceso de atención centrado en el paciente y la familia en el caso de patologías crónicas, la importancia de un proceso de formación de enfermería como eje de implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente y la necesidad de formación específica para trabajar en grupos multidisciplinarios?
21. ¿Por qué es importante garantizar una correcta identificación de los pacientes?
22. ¿Cuáles son las fallas más comunes que conllevan a los errores en la identificación de los pacientes?
23. ¿Cuáles son las prácticas seguras más eficaces para evitar eventos adversos relacionados con la identificación del paciente?
24. ¿Cómo se implementan prácticas seguras para evitar errores en la identificación de los pacientes?
25. ¿Cuáles mecanismos de monitoreo y seguimiento son más eficaces para vigilar la implementación de prácticas seguras y el comportamiento de eventosadversos relacionados con la identificación del paciente?

Da lectura al siguiente Estudio de CASO:

Durante el turno de la noche del sábado, la enfermera nueva en el servicio, prepara los medicamentos y los deja todos en la misma bandeja en diferente posición para no confundirse: los de las camas A hacía arriba y los de las camas B hacia abajo. Ingresa a la habitación 305, en donde el bombillo de la habitación se encontraba Dañado.

Administró por error toda la medicación de un paciente a su compañero de habitación, por la oscuridad omitió identificar al paciente, no vio los nombres en la cabecera de la cama y confundió el orden de los medicamentos. El paciente no sufrió daños.

INVESTIGACIÓN: El comité de seguridad se reúne e inicia la investigación. A continuación, se describe:

El referente de seguridad llama a entrevista a la enfermera de turno para preguntar el desarrollo del evento interrogando de la siguiente forma:

Referente: ¿en este servicio cómo están identificados los pacientes?

Enfermera: los pacientes se identifican con manillas, pero en la entrega de turno me informaron que se acabaron, la mayoría de los pacientes del piso no tenían.

Referente: ¿solicitó las manillas?

Enfermera: hacia la media noche le pedí prestado a mi compañera del otro piso, pero se me pasó el tiempo y no las alcance a colocar.

Referente: ¿usted conoce el procedimiento y las fechas para la solicitud de las manillas?

Enfermera de turno: en este servicio es mi primer turno, no sé cómo se piden.

Referente: ¿los medicamentos que preparó para la administración fueron marcados con los nombres de los pacientes?

Enfermera de turno: no, solo los ordené por camas.

Referente: ¿al ingresar a la habitación, no había luz suficiente?

Enfermera: el bombillo estaba fundido, solo veía con la luz que entraba por la ventana.

26. Realice un análisis del caso, verifique cuales serian los actores contributivos e identique las causas
27. Identique en su IPS donde recibe atención, cuales son las estrtaegias para la seguridad del paciente y cual es su política.

"No te amargues con tu propio fracaso ni se lo cargues a otro. Acéptate ahora o seguirás justificándote como un niño. Recuerda que cualquier momento es bueno para comenzar y que ninguno es tan terrible para claudicar" Pablo Neruda

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ABECÉ

Monitoreo de la calidad: Resolución 256 de 2016

Que estableció la resolución 256 de 2016?

Es la resolución por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

La resolución 256 de 2016 derogó la resolución 1446 de 2006?

Sí la resolución 256 de 2016 derogó la resolución 1446 de 2006.

Quienes deben reportar los indicadores de la Resolución 256 de 2016?

Las disposiciones de esta resolución se aplicarán a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo.
Se excluye del ámbito de aplicación de la resolución 256 de 2016 a los Profesionales Independientes de Salud, a las Entidades con Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud y a las entidades de los Regímenes Especial y de Excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001.

Cuántos anexos técnicos tiene la resolución 256 de 2016?

La resolución 256 de 2016 cuenta con tres (3) anexos técnicos:

- Anexo técnico número 1: contiene los indicadores para el monitoreo de la calidad que aplicarán a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Las fichas técnicas de estos indicadores pueden ser consultadas a través del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud, en el siguiente enlace: http://calidadensalud.minsalud.gov.co/
- Anexo técnico número 2: define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Prestadores de Servicios de Salud)
- Anexo técnico número 3: define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios)

Cuántas partes tiene el anexo técnico No. 2 para los Prestadores de Servicios de Salud en la resolución 256 de 2016?

Tiene cuatro partes:

1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DEL ARCHIVO: es donde se define la estructura y especificación del nombre del archivo y el contenido del archivo.
2. CONTENIDO DEL ARCHIVO: El archivo de Reporte de Información para el Monitoreo de la Calidad en Salud (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Servicios de Transporte Especial de Pacientes), está compuesto por un único registro de control (registro tipo 1) utilizado para identificar la entidad fuente de la información y varios tipos de registros de detalle numerados a partir del registro tipo 2 que contienen la información solicitada así:

- Tipo 1 Registro de control Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Servicios de Transporte Especial de Pacientes
- Tipo 2 Registro de detalle de Oportunidad en citas Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Servicios de Transporte Especial de Pacientes
- Tipo 3 Registro de detalle de Satisfacción Global Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- Tipo 4 Registro de detalle de Programación de Procedimientos Quirúrgicos realizados en Quirófano Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

- Tipo 5 Registro de detalle de Eventos Adversos Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- Tipo 6 Registro de detalle de Urgencias (TRIAGE II) Obligatorio para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

3. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS: es en donde se definen las características y especificaciones técnicas de los archivos.
4. PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Si el reportante aún no tiene usuario, debe solicitarlo, previo registro de su entidad en el Sitio Web del SISPRO.

Cuál es el periodo de reporte y plazo para las EAPB, Prestadores de Salud (IPS y Servicios de Transporte Especial de Pacientes)?

Las entidades obligadas a remitir la información de acuerdo con lo dispuesto en el artículo anterior, deberán reportarla a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO de este Ministerio, en las fechas que se relacionan a continuación (SEMESTRALMENTE) así:

Fecha de corte de la información a reportar:
Primer semestre 2016 (de 2016-01-01 al 2016-06-30)
Plazo para enviar el archivo plano desde 2016-07-01 hasta 2016-07-31
Segundo Semestre 2016 (de 2016-07-01 hasta 2016-12-31)
Plazo para enviar el archivo plano a partir del 2017-01-01 hasta 2017-01-31 y así sucesivamente:

Es decir, primer día calendario del primer mes a reportar al último día calendario del último mes a reportar Primer día calendario del siguiente mes de la fecha de corte de la Información a reportar Último día calendario del siguiente mes de la fecha de corte de la Información a reportar.

Cuántas partes tiene el anexo técnico No. 3 para los Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB en la resolución 256 de 2016?

Tiene cinco partes:

1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS: es donde se define la estructura y especificación del nombre del archivo y el contenido del archivo.

2. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DEL ARCHIVO: en donde se define el nombre de los archivos de Reporte de Información para el Monitoreo

de la Calidad en Salud (EAPB) que debe ser enviado por las Empresas Administradoras de Planes y Beneficios (EAPB).

3. CONTENIDO DEL ARCHIVO: El archivo de Reporte de Información para el Monitoreo de la Calidad en Salud (EAPB), está compuesto por un único registro de control (registro tipo 1) utilizado para identificar la entidad fuente de la información y un registro de detalle tipo 2 que contienen la información solicitada así:

Registros:

- Tipo 1 Registro de control Obligatorio para EAPB
- Tipo 2 Registro de detalle de Autorizaciones de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Obligatorio para EAPB. Mediante el registro tipo 2, las entidades reportan el detalle de la información de autorizaciones de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Se debe reportar un registro tipo 2 por cada procedimiento quirúrgico o no quirúrgico de cada usuario en el periodo de reporte.

4. CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS: es en donde se definen las características y especificaciones técnicas de los archivos.

5. PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO, para que las entidades reporten la información desde sus instalaciones. Si el reportante aún no tiene usuario, debe solicitarlo, previo registro de su entidad en el Sitio Web del SISPRO.

Cómo se registra una entidad en PISIS?

Es necesario que la entidad ingrese al link:
http://web.sispro.gov.co/WebPublico/Entidades/RegistrarEntidad.aspx

En dónde se registra la solicitud de usuario?

Para llevar a cabo este procedimiento es necesario ingresar al link:
http://web.sispro.gov.co/Seguridad/Cliente/Web/RegistroSolicitudes.aspx

Los archivos a reportar deben venir firmados con firma digital?

Sí, los archivos deben venir con firma digital y ésta es un documento electrónico equivalente a la firma manuscrita (Ley 527 de 1999, así como las que las sustituyen o modifiquen) que garantiza la identidad del autor del documento y que este asume como propia la información que está firmando. Las entidades

que proveen firmas digitales deben estar autorizados por la Superintendencia de Industria y Comercio.

Cuáles son los indicadores que deben reportar los Servicios de Transporte Especial de Pacientes?

Los servicios de transporte especial de pacientes deben reportar de acuerdo a los servicios habilitados así:
• Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General (P.3.1)
• Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría (P.3.4)
Solo si tiene habilitados dichos servicios.
Los indicadores deben ser reportados a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), según anexo técnico No. 2 –Registro Tipo 1 y Registro Tipo 2

Cuáles son los indicadores que deben reportar las IPS?

El reporte depende de los servicios que la IPS tenga habilitados en el REPS. A continuación se listan los indicadores que requieren el reporte de los Prestadores de servicios de salud (Según Anexo Técnico No.2)

Registro Tipo 2-Registro de detalle oportunidad de citas:

- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General (P.3.1)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General (P.3.2)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna (P.3.3)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría (P.3.4)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología (P.3.5)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia (P.3.6)
- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General (P.3.7)
- Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía (P.3.8)
- Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear (P.3.9)
- Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II (P.3.10)
- Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Cataratas (P.3.11)
- Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Reemplazo de Cadera (P.3.12)

- Tiempo promedio de espera para la realización de Cirugía de Revascularización Miocárdica (P.3.13)

Registro Tipo 3-Registro de detalle satisfacción global:

- Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS (P.3.14)
- Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo (P.3.15)

Registro Tipo 4-Registro de detalle de programación de procedimientos quirúrgicos realizados en quirófano:

- Proporción de cancelación de cirugía (P.2.15)

Registro Tipo 5-Registro de detalle de Eventos Adversos:

- Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización (P.2.6)
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias (P.2.7)
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa (P.2.8)
- Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica (P.2.9)
- Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización (P.2.10)
- Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias (P.2.11)
- Tasa de ulceras por presión (P.2.12)

Registro Tipo 6-Registro de detalle de Urgencias Triage II

- Tiempo promedio de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage II (P.3.10)

Las EAPBs deben reportar los indicadores de oportunidad de citas?

No, los indicadores correspondientes a los tiempos promedios de espera NO requieren reporte de la EAPB a través de PISIS, estos indicadores serán calculados a partir del reporte realizado por los Prestadores de Servicios de Salud.

Las Entidades departamentales, distritales y municipales de Salud de salud tienen que reportar algún indicador?

No tienen que reportar ningún indicador a través de PISIS, todos los indicadores serán calculados a partir de fuentes integradas a SISPRO, información REPS e información suministrada por el Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo (CAC).

Qué códigos se deben utilizar para el reporte a PISIS de procedimientos quirúrgicos realizados en quirófano?

Se deben utilizar los códigos CUPS, para ello se deben consultar las tablas de referencia disponibles en SISPRO.

Cuál es la codificación vigente para diagnósticos?

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10

Cuál es y donde encuentro el separador de campos PIPE?

Regularmente los archivos CSV son guardados con separación de coma o punto y coma, y el pipe es otro tipo de carácter y se representa por el símbolo (|), el cual está al lado izquierdo del número 1 del teclado.
Otra forma de encontrar el caracter pipe es abriendo el Mapa de caracteres de Windows en la ventana Ejecutar (Windows + R) y abrir charmap y escoger el carácter pipe. O bien, usando la combinación Alt + 179.

Dónde se encuentra o se puede descargar la "Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS?

Los resultados de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS se encuentran disponibles en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, en el link:
http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/Resultados/EncuestadeEPS2015.aspx

Existe algún validador disponible para la información a reportar?

Sí la plataforma PISIS valida los archivos enviados conformados según la estructura de los anexos técnicos No, 2 y 3 y se realiza el proceso así:

- Primera validación: corresponde a la revisión de la estructura de los datos y se informa el estado de la recepción del reportante.
- Segunda validación: Una vez realizada en forma exitosa la primera validación se realiza el control de calidad de contenido en el aplicativo misional y se informa al reportante el resultado.

Cuando tengo varias sedes de atención en diferentes ciudades, se reporta un consolidado por ciudad bajo el código de la sede principal de la ciudad?

Cuando hay varias sedes de atención en diferentes ciudades se reporta un archivo consolidado **por ciudad bajo el código de la sede principal de la ciudad**. Para los registros Tipo 3 y Tipo 5 es un reporte único, es decir deben agregar los datos de las diferentes ciudades y reportarlos en el archivo con consecutivo 01

Los indicadores de tiempos promedios de asignación de cita se van a tomar desde que el usuario solicita la cita o desde que se abre la agenda?

Los tiempos promedios de espera para la asignación de citas se van a tomar desde que el usuario solicita la cita.

El indicador de oportunidad en la realización de ayudas diagnósticas, sólo lo reportan las IPS que realizan TAC y resonancia magnética nuclear?

Sí, solo lo reportan aquellas IPS que realizan TAC y Resonancia Magnética Nuclear

El reporte de los indicadores de calidad definidos en la Circular Única, se sigue realizando a la Superintendencia Nacional de Salud?

De acuerdo a lo definido en la Circular 012 de 2016, sólo las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales deben reportar información con respecto al Sistema de Información para la Calidad, las IPS y las EAPB solo deben reportar el seguimiento al PAMEC- Programa de Auditoria para el Mejoramiento a la Calidad.

El reporte de los indicadores de alerta temprana se sigue realizando?

De acuerdo a lo definido por la Superintendencia de Nacional de Salud en la Circular 012 de 2016, el reporte de los indicadores de alerta temprana quedó derogado. Estos fueron incluidos en la resolución 256 de 2016.

Para el reporte de los indicadores de la Resolución 256 de 2016 se requiere además de la firma digital del representante legal, la firma digital del contador?

Para la resolución 256 de 2016 se requiere solamente la firma digital del Representante Legal, NO se requiere la firma digital del contador.

Los indicadores de la Resolución 256 de 2016 deben ser firmados por el Representante Legal?

Sí, los archivos de reporte deben ser firmados con la firma digital del Representante Legal.

¿Cómo se pueden registrar los casos sin identificación: RC, TI, CC, PA o CD?

Se deben identificar con las siglas de MS (menor sin identificación) y AS (adulto sin identificación).

Quién tiene la responsabilidad de las capacitaciones o asistencias técnicas con respecto a la Resolución 256?

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 256 de 2016 en su artículo 8, el cual estable *"Este Ministerio suministrará asistencia técnica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios — EAPB, a las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, en relación con lo establecido en la presente resolución para el monitoreo de la calidad. A su vez, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, brindarán dicha asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud habilitados en su jurisdicción, destinatarios de esta resolución. Así mismo las EAPB, brindarán la referida asistencia técnica a los Prestadores de Servicios de Salud que hagan parte de su red".*

Es decir que el Ministerio de Salud y Protección Social realizará la asistencia técnica solo a las Direcciones Territoriales y a las EAPB, y estas últimas a su vez realizaran la asistencia técnica a los prestadores de Salud.

El Anexo técnico No. 3 requiere el detalle de las autorizaciones de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Lo anterior, ¿hace referencia a la cirugías mencionadas en el Anexo técnico No. 1, tales como: reemplazo de cadera, cataratas y revascularización miocárdica, o si en el Anexo técnico No.3 debe reportarse la totalidad de procedimientos?

Para el Anexo No.3 de la Resolución 256 de 2016, nos permitimos aclarar que la EAPB deberá reportar el detalle de las autorizaciones de **todos** los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. El Ministerio de Salud y Protección Social realizara el cálculo solo para los procedimientos trazadores (cataratas, revascularización miocárdica y reemplazo de cadera).

En cuanto a los indicadores de oportunidad de consulta, ¿la medición es en días calendario o en días hábiles?

Para los indicadores de oportunidad incluidos en la Resolución 256 de 2016 se tomará la medición con días calendario.

En el Registro Tipo 3: Registro de Detalle de Satisfacción Global: Se puede reportar los resultados de las encuestas que hemos reportado solo desde el 28 de marzo cuando se modificaron las preguntas en la encuesta de acuerdo con las variables que exige la Res. 0256?

Si, se reportaran los resultados de dichas preguntas conforme estas sean implementadas en sus encuestas. Sin embargo, para el segundo semestre se debe contar con la información en su totalidad.

En caso de que en el semestre no hayamos atendido pacientes debemos reportar la resolución 0256? Si es así qué y cómo debemos reportar?

Sólo deberán reportar el Registro Tipo 1.

¿Los resultados se utilizarán en los pasos de la ruta crítica del PAMEC, de la misma manera como se ha venido haciendo hasta la fecha y se debe enviar plan de mejora a la Superintendencia cada seis meses?

Las Resolución 256 de 2016 solo establece que los agentes deberán realizar estrategias de mejora frente a los resultados de los indicadores. El Ministerio de Salud y Protección Social publicará los lineamientos técnicos para el mejoramiento de los resultados de los indicadores.

Si soy una IPS que atiende pacientes que llegan por medicina prepagada, particulares y planes complementarios. ¿Cuál sería la indicación para el reporte?

Para aquellas IPS que atienden pacientes particulares, deben reportar el registro de detalle tipo 1 (Registro de control) y el resto de registros, de acuerdo al servicio que tengan habilitados. NO es necesario seguir enviando carta al Ministerio de Salud. Para los casos en que les apliquen los registros tipo 2 (oportunidad de citas), tipo 4(programación de cirugía) y tipo 6 (urgencias triage 2), cuando diligencien la variable "código EAPB", deberán consignar la palabra "NA" para los pacientes particulares.
Póliza: no se reportan pacientes de Póliza
Medicina prepagada: sí se reportan
Planes complementarios: si se reporta
ARL: si se reportan.

¿Debemos continuar reportando los indicadores de la Resolución 1552 de 2013?

La Resolución 256 de 2016 solo derogó la Resolución 1446 de 2006. La Resolución 1552 de 2013 continúa vigente.

¿Todos los indicadores de oportunidad para la atención , pasaron a ser entonces de experiencia de la atención según Resolución 256 y desaparece la clasificación como accesibilidad /oportunidad?

Sí, todos los indicadores de oportunidad de la atención quedaron agrupados en el dominio de Experiencia de la Atención.

Para la IPS de atención domiciliaria se debe realizar los indicadores de eventos adversos sobre caídas en el servicio de hospitalización y eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización?

Se deben reportar tanto las caídas de pacientes como las ulceras por presión en el caso en que el paciente de esté al cuidado de enfermería 24 horas por el programa. Para los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos deberán reportarse **para todo los casos** en el campo de hospitalización del anexo técnico 2 Registro Tipo 5.

¿En dónde puedo conseguir un modelo de archivo plano para poder generar la resolución 256?

El Ministerio de Salud y Protección Social no cuenta con un modelo de Archivo Plano. En el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud se encuentra un video explicativo de la resolución 256 de 2016 que la puede orientar: http://calidadensalud.minsalud.gov.co/

Los Eventos Adversos relacionados a la Administración de Medicamentos, que se presenten en servicios diferentes a Hospitalización y Urgencias, no se reportarán a través de la plataforma PISIS?

La Resolución 256 de 2016, en su anexo 2, registro tipo 5 de eventos adversos solo solicita reportar los eventos adversos relacionados a la administración de medicamentos que se presenten en el Servicio de Hospitalización y/o Urgencias. Los eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos que se presentes en otros servicios no se reportarán a través de esta Resolución. Sin embargo, la IPS deberá realizar la gestión y análisis de todos los eventos adversos que se presenten en los distintos servicios que tenga habilitados y realizar su debido reporte a farmacovigilancia.

Con respecto al Anexo #2 tipo de Registro 2 Oportunidad de citas, cuáles de las tres fechas que aparecen son obligatorias reportar?

Las tres fechas son obligatorias (Fecha de Solicitud, Fecha de asignación y Fecha deseada)

En referencia a la información del registro tipo 3 de detalle de satisfacción global, que para la evaluación de esta información se requiere modificar la encuesta y realmente no se tienen estos datos del primer semestre, ¿se debe hacer reporte?, y si es así se ¿reportaría en "0" y/o que se reporta?

Con relación a la pregunta numero 1 ¿Cómo calificaría los servicios recibidos en su IPS? Es importante recordar que, a la luz de lo reportado por la IPS a la Superintendencia Nacional de Salud frente a la tasa de Satisfacción Global, la cual construía su dato a partir de una calificación del servicio recibido, nos permitimos aclararle que mientras su IPS incluye los datos requeridos por la Resolución 256 en su cuestionario de evaluación, puede realizar una homologación de las variables utilizadas en su encuesta para obtener el dato a la primera pregunta. Ver ejemplo publicado en el video disponible: http://calidadensalud.minsalud.gov.co/

Con relación a la segunda pregunta, a la mayor brevedad deberá incorporar dichas preguntas en su encuesta y reportar lo que alcance a consolidar para el primer semestre. Los meses que no pudo recolectar dicha información dejaran en cero dichos campos. Para el reporte del segundo semestre de será obligatorio contar con esta información.

Si el paciente solicita varias consultas en el año por la misma especialidad (medicina general, ginecología, pediatría, medicina interna, obstetricia, cirugía general) pero por motivos diferentes, ¿debo reportar la oportunidad de cada una de las citas que solicitó le fueran asignadas?

Se reportará SOLO la cita de primera vez en el año por la especialidad que solicitó le fuera asignada la cita (medicina general, ginecología, pediatría, medicina interna, obstetricia, cirugía general).

¿Dónde puedo encontrar los códigos de las EAPB?

En el sitio web.sispro.gov.co, en el título de DATOS ABIERTOS se encuentran las tablas de referencia básica donde pueden ser consultadas todas las EPS, y Cajas de Compensación y Entidades de Medicina Prepagada.

¿Una IPS que solo presta servicio de Optometría y Fisioterapia debe reportar el Registro Tipo 2 Oportunidad de citas?

No debe reportar el Registro Tipo 2 Oportunidad de citas, porque este solo aplica para las IPS que tengan habilitado los servicios de medicina general, ginecología, pediatría, medicina interna, obstetricia y cirugía general.

En el Anexo #3, Registro Tipo 2 de Autorizaciones, ¿a qué hace referencia el Número de Autorización y la Solicitud de Origen?

La solicitud de origen hace referencia al mismo Número de radicado de la solicitud de la Autorización. En algunas EPS el número de autorización coincide con la Solicitud de origen. Las EAPB que no cuenten con el número de origen, deberán colocar el mismo número de autorización.

¿Continua el estándar de 3 días para la oportunidad de medicina general y odontología?

El decreto ley 019 establece metas de tiempos de espera para medicina general y odontología. El Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra construyendo la línea de base a partir del reporte de la Resolución 256 de 2016.

¿Debemos reportar usuarios que ingresan por SOAT?

Todo lo que se derive de las compañías de seguro esta por fuera del ámbito de aplicación definido en el artículo 2 de la Resolución 256.

El anexo técnico nos solicita el código de 6 caracteres de la EAPB del usuario, ¿qué información se registra para usuarios PARTICULARES?

Cuando se trate de usuarios particulares, deberá registrar la palabra "NA" para la variable de Código de EAPB

¿Cuál es el tamaño de muestra a utilizar para las encuestas de satisfacción?

La Resolución 256 por ahora no establece metodología para el calcular el número de pacientes (muestra) a quienes la IPS les realizaran la encuesta. Sin embargo por el momento pueden continuar con la metodología recomendada por la Circular única de la Superintendencia Nacional de Salud.

En el reporte del registro tipo 4 Programación de procedimientos quirúrgicos, ¿debo también reportar las cirugías que se realizan de Urgencias o de los pacientes hospitalizados?

Solo se reportarán las cirugías PROGRAMADAS, es decir las que se ordenen de servicios ambulatorios, como consulta externa. Las cirugías de urgencias o las derivadas de hospitalización NO se reportarán.

Para el reporte del registro tipo 4- Detalle de programación de procedimientos quirúrgicos realizados en el quirófano, ¿se debe reportar por acto quirúrgico (es decir procedimiento principal realizado al paciente) o por procedimiento (todos los procedimientos realizados a un paciente en un acto quirúrgico)?

Este reporte se realizará por procedimiento principal realizado al paciente.

¿Las prestaciones No POS relacionadas con CTC y fallos de tutelas deben ser reportadas en el anexo 3 (autorizaciones), o por el contrario la resolución busca que los servicios reportados sean únicamente aquellos POS contenidos en el CUPS?

El Anexo 3 de la Resolución 256 de 2016 solicita reportar los CUPS de los procedimientos establecido en la Resolución 4678 de 2015. Esta última en su artículo 4 establece: "Definición. La Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS corresponde al ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos y servicios en salud que se realizan en el país, en cumplimiento de los principios de interoperabilidad y estandarización de datos utilizando, para tal efecto, la identificación por un código y una descripción validada por los expertos del país, independientemente de la profesión o disciplina del sector salud que los realice, así como del ámbito de utilización de los mismos".

Es decir que deberán reportar los tiempos de autorización de todos los procedimientos que se encuentren definidos en la Resolución 4678 de 2015, independiente a si estos están incluidos o no dentro del POS.

Si no realice las preguntas del registro tipo 3 del anexo 2 en el primer semestre, qué debo reportar?

El Registro tipo 3, de Satisfacción global, del Anexo técnico número 2 debe diligenciarse en todo sus campos, si por alguna razón no realizó la encuesta deberá dejarlo en cero. Pero esto se aceptará solo en el primer reporte de 2016, para el reporte del segundo semestre 2016 y los demás serán obligatorios que todos los prestadores incluyan dichas preguntas en sus encuestas.

En el reporte de procedimientos quirúrgicos (registro tipo 4) cuando un paciente es reprogramado se debe colocar en realizo procedimiento quirúrgico = 2 (NO); sin embargo, si el procedimiento se reprogramó y se realizó durante el siguiente semestre, este paciente aparecería dos veces en el reporte, en la segunda vez aparecería con las nuevas fechas de programación y como realizado el procedimiento. ¿Cómo se hace el reporte en este caso?

Deberán quedar dos registros independientes, uno donde no se realizó el procedimiento, y el otro donde el procedimiento fue reprogramado y sí fue realizado.

En el Registro Tipo 2 del Anexo técnico #2 ¿Se debe registrar el total de citas y procedimientos no quirúrgicos de los pacientes atendidos durante los 6 meses del periodo?

Se debe reportar **solo la cita de primera vez en el año por la especialidad** (medicina general, medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología, obstetricia y odontología). Para el caso de las citas de Ecografía y Resonancia Magnética nuclear se deben reportar TODAS las citas.

Cuando no tengo datos en algunos usuarios como son la fecha de nacimiento, tipo de documento y fecha para la cual el usuario solicito que le fuera asignada la cita, que dato debo colocar, va en blanco, en cero?

Todos son datos obligatorios la entidad deberá reportarlos. PISIS no le permitirá, dentro de sus validaciones, que la fecha de nacimiento, tipo de documento y fecha queden en blanco o se diligencien en cero. Además esta resolución no permite el uso de comodines.

Qué significa este mensaje cuando envío el archivo: Error "Archivos Almacenados"

Los registros tipo 3 y 5 son institucionales, es decir únicos por entidad.

Los errores ocurren cuando las entidades reportan varios archivos y en cada archivo insertan un registro tipo 3 y uno tipo 5.
Por lo tanto, la instrucción es la siguiente:
1. Construir un único registro tipo 3 y un único registro tipo 5, que sean la suma de todas las encuestas de satisfacción y eventos adversos de la entidad.
2. Incluir este registro tipo 3 y tipo 5 en el archivo con consecutivo 01
3. Eliminar los registros tipo 3 y 5 de los demás archivos.

Si sale error al diligenciar el número de NIT en el registro de control, qué debo hacer?

Para el número de NIT que se diligencia en el registro de control, este debe ir SIN ceros a la izquierda. Solo el nombre del archivo es el que deberá diligenciarse con CEROS a la izquierda.

Fecha Julio 13 de 2017
Oficina de Calidad

Sistemas de Información Calidad en Salud Resolución 256/2016



@SENAComunica

www.sena.edu.co

GC-F-004v.08

GC-F-004v.08

Sistemas de Información Calidad en Salud Resolución 256/2016

Sandra Milena Enríquez Tróchez
Instructor Salud
Centro de Comercio y Servicios
Regional Cauca
2023

@SENAComunica
www.sena.edu.co

MARCO LEGAL

El Sistema de Información para la Calidad se encuentra actualmente regulado por el capítulo 5 del título I y parte 5 del decreto 780 de 2016. El artículo 2.5.1.5.1.

- El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un «Sistema de Información para la Calidad» con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia. (Decreto 780 de 2016)

MARCO LEGAL

El Sistema de Información para la Calidad se encuentra actualmente regulado por el capítulo 5 del título I y parte 5 del decreto 780 de 2016. El artículo 2.5.1.5.1.

- El mismo decreto define los principios y objetivos de este componente en sus artículos 2.5.1.5.2 y 2.5.1.5.3. Su reglamentación se da a través de la resolución 256 de 2016 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual, se dictan las disposiciones del Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

OBJETIVO

La resolución tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del SOGCS, y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud (Resolución 256 de 2016).

Con el Sistema de Información para la Calidad en Salud se espera que mediante indicadores se evalúe el desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que permita brindar una información objetiva a los ciudadanos con el propósito de garantizar su derecho a la libre elección de los prestadores de salud y aseguradores.



CAMPO DE APLICACIÓN

La Resolución 256 de 2016 aplica para

- **EAPB**
- **IPS**
- **Servicios de Transporte Especial de Pacientes**
- **Entidades Departamentales, Municipales y Distritales de Salud**
- **Instituto Nacional de Salud (INS)**
- **Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo.**

REPORTE DE INFORMACIÓN

El monitoreo de la calidad en salud se hará mediante un enfoque sistemático, que presenta un conjunto de indicadores trazadores agrupados en los dominios de efectividad, seguridad, gestión de riesgo y experiencia de la atención, presentes en los anexos 1, 2 y 3 de la Resolución 256 de 2016.

Las EAPB, Instituciones Prestadoras de Salud y de las de Servicio de Transporte Especial, harán el reporte de la información de los anexos 2 y 3 a través de la plataforma PISIS del SISPRO. Al igual que el INS y la Cuenta de Alto costo, quienes deberán remitir el reporte de información del anexo 1.

Enfoque del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

Incrementar los resultados favorables de la atención en salud del paciente y proteger a este de los riesgos asociados a dicha atención

Promover el mejoramiento de las instituciones que alcanzan el cumplimiento de estándares de excelencia a través de incentivos tanto de prestigio como económicos. Por otra parte, se promueve que cada uno de sus componentes aporte y contribuye a la funcionalidad del sistema.

La habilitación que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Enfoque del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las entidades que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para la calidad que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Objetivos del Sistema de Información



Monitorear

Hacerseguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen monitoreo y ajuste del SOGCS



Orientar

Contribuir a la orientación del comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad



Referenciar

Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



Estimular

Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos

Indicadores de Calidad



La definición de indicadores de calidad presentada desde el Sistema de Información para la Calidad es:

«Medida indirecta de la calidad que sirve para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar los procesos de mejora» (Ministerio de la Protección Social, 2011, p.9).

La expresión medida indirecta hace referencia a que la variación de la calidad puede estar afectada por diversos factores y no por uno solo, por tanto, su análisis debe ser multidimensional y causal.

Propósitos de Indicadores de Calidad

Los indicadores de calidad tienen varios propósitos, principalmente los asociados al Sistema de Información para la Calidad, sin embargo, es de aclarar que no todos los indicadores de calidad cumplen con los propósitos que a continuación se describen, algunos de los cuales, sólo pueden impactar uno de ellos.

Proveer información que sea trazadora de la calidad de la atención en el sistema y permita la referenciación a nivel nacional y/o internacional.

Promover procesos de mejoramiento en las instituciones.

Indicadores de Calidad

El sistema de información para la calidad utiliza dos tipos de indicadores, esto según la biblioteca de indicadores definida por el Ministerio de la Protección Social en el año 2011.

Indicadores basados en registros

El dato es fácilmente verificable y puede dar información sobre el comportamiento de la calidad en el sistema o en la institución.

Indicadores basados en la búsqueda activa

En los cuales se asume la existencia de grados variables de subregistro, pero que son altamente útiles para desatar procesos de mejoramiento de la calidad en las instituciones.

Propiedades Indicadores de Calidad

VALIDEZ	***CONFIABILIDAD***	***EFECTIVIDAD***
• La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad.	• Mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.	• Medida en la cual se constituya en medio para desatar procesos de mejoramiento de la calidad.

Información Indicadores de Calidad

La información se enviara al Ministerio de Salud por medio de la plataforma PISIS

Anexos Técnicos Resolución 256 del 2016

La resolución 256 de 2016 cuenta con tres (3) anexos técnicos:

1. Anexo técnico número 1: contiene los indicadores para el monitoreo de la calidad que aplicarán a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud, al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Las fichas técnicas de estos indicadores pueden ser consultadas a través del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud, en el siguiente enlace: http://calidadensalud.minsalud.gov.co/
2. Anexo técnico número 2: define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Prestadores de Servicios de Salud)
3. Anexo técnico número 3: define el contenido del reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios)

Anexos Técnicos Resolución 256 del 2016

ANEXO TÉCNICO No. 2

REPORTE DE INFORMACION PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD (PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD)

Las entidades obligadas a reportar, definidas en la presente resolución, deben enviar al Ministerio de Salud y Protección Social los archivos planos con la información para el monitoreo de la calidad en salud. Para tal fin, se definen cuatro temas:

1. **ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS.**
2. **CARACTERÍSTICAS DE LOS ARCHIVOS PLANOS.**
3. **PLATAFORMA PARA EL ENVÍO DE ARCHIVOS.**
4. **PERIODO DE REPORTE Y PLAZO.**

1 ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ARCHIVOS

a. Estructura y especificación del nombre del archivo.

El nombre de los archivos de Reporte de Información para el Monitoreo de la Calidad en Salud (Prestadores de Servicios de Salud) que debe ser enviado por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Servicios de Transporte Especial de Pacientes, debe

G R A C I A S

Línea de atención al ciudadano: 01 8000 910270
Línea de atención al empresario: 01 8000 910682

@SENAComunica

www.sena.edu.co

Liquidar con el Manual Tarifario SOAT



GC-F-004v.08

Liquidar con el Manual Tarifario SOAT

SANDRA MILENA ENRIQUEZ TRÓCHEZ
INSTRUCTOR SALUD
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA
2023

@SENAComunica
www.sena.edu.co

Manual Tarifario SOAT

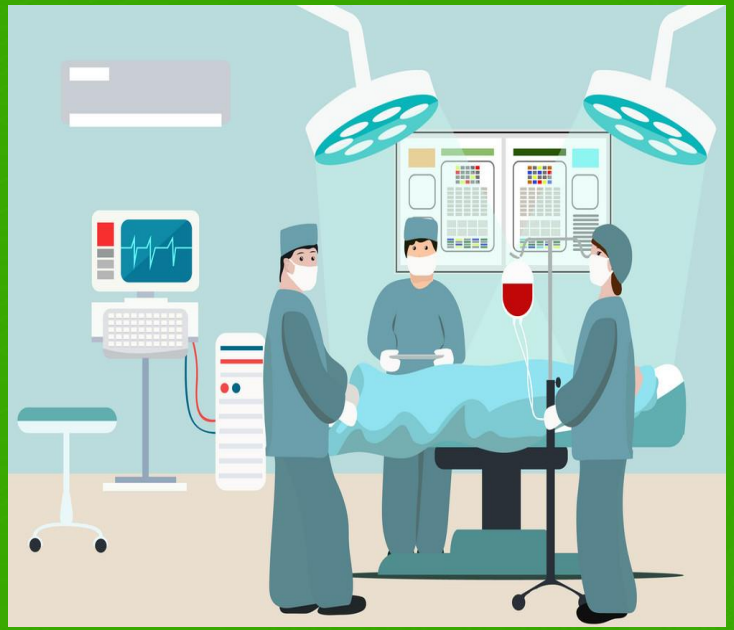
DECRETO 2423 DE 1996

Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.



Liquidación de una Cirugía

Capitulo III



INTRODUCCIÓN LIQUIDAR SOAT

En la siguiente explicación estimado aprendiz podrás aprender a facturar o liquidar cirugías de acuerdo al manual tarifario SOAT. Este manual tarifario era el Decreto 2423 de 1996, que actualmente se encuentra compilado en el anexo 1 del Decreto 780 de 2016.

Desde el punto de vista de los hospitales y clínicas, en donde se presta el servicio de cirugía (ya sea por urgencias, programada o de paciente hospitalizado) se entiende que esta área produce un gran porcentaje del total de los recursos financieros. Razón por la cual, además de lo obvio (personal asistencial calificado, perfecta adecuación de áreas físicas e insumos, etc.), se requiere de personal administrativo con los conocimientos necesarios para que los cobros ante las diferentes aseguradoras se hagan de manera correcta para evitar:

1) una subfacturación de recursos, y;
2) la glosa por parte de las entidades responsables del pago.

Desde el punto de vista de las entidades responsables del pago, se requiere personal que conozca cómo facturar y liquidar cirugías con el fin de evitar excesos en los cobros en los que los hospitales y clínicas podrían incurrir por una inadecuada interpretación o aplicación del manual tarifario, o simplemente, por una incorrecta parametrización de su sistema de información.

CONCEPTOS MANUAL SOAT

1. Vías de acceso y Región Operatoria

El anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016 (compilado de Decreto 2423 de 1996) no cuenta con un listado ni de vías de acceso ni de regiones operatorias.

En primer lugar, debido a que al anexo 1 es una compilación de lo contenido en el Decreto 2423 de 1996, es preciso aclarar que éste establecía que se debían tener en cuenta las definiciones, entre otras normas, de la Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS).

Por su parte, esta resolución en su artículo 23 contenía las siguientes definiciones:

Vía de acceso

Es la entrada quirúrgica a un órgano o región.

Región operatoria

Es la parte del cuerpo humano sobre la cual se practica una actividad o procedimiento quirúrgico.

Región operatoria

Es la parte del cuerpo humano sobre la cual se practica una actividad o procedimiento quirúrgico.

CONCEPTOS MANUAL SOAT

Ahora bien, de las definiciones dadas, es clara la diferencia entre vía de acceso y región operatoria. Esta diferenciación es importante tenerla en cuenta al momento de efectuar la ***liquidación de cirugías múltiples***, ya que todos los numerales relacionados con la liquidación de honorarios (cirujano, anestesiólogo y ayudante) hacen referencia a misma o diferente ***VÍA DE ACCESO***; por su parte, los numerales relacionados con la liquidación de derechos de sala y material quirúrgico hacen referencia a misma o diferente ***REGIÓN OPERATORIA***. Esto será más entendible cuando se aprendan los diferentes métodos de liquidación de cirugías.

CONCEPTOS MANUAL SOAT

2. Procedimiento cruento o incruento

El manual tarifario SOAT (Anexo técnico 1 de Decreto 780 de 2016) no define qué es una procedimiento cruento ni un incruento y no se encuentra en la legislación colombiana tales definiciones. Sin embargo, sí se utiliza esta diferenciación para determinar los valores de derechos de sala y material médico quirúrgico.

Solamente en el numeral 51 establece que *"Las intervenciones incruentas que demanden para su realización el uso de salas quirúrgicas o salas especiales dotadas para tal fin (cateterismo, reducción cerrada de fracturas y luxaciones, fotocoagulación de retina, algunos procedimientos endoscópicos, etc.)"*.

Para efectos de interpretación de este manual tarifario tomaremos los conceptos plasmados en el **proyecto de Decreto para sustituir el Decreto 2423 de 1996** que el Ministerio de Salud y Protección Social tenía previsto presentar:

*"**PROCEDIMIENTO CRUENTO**: se entiende como aquel que **se realiza a través de orificios artificiales realizados intencionalmente por el profesional de la salud interviniente**, generando soluciones de continuidad en los tejidos como parte principal de la intervención."*

*"**PROCEDIMIENTO INCRUENTO**: es aquel que se realiza **a través de orificios naturales**, sin generar soluciones de continuidad en los tejidos como parte principal de la intervención, tales como cateterismo, reducción cerrada de fracturas o procedimientos endoscópicos, entre otros."*

LIQUIDAR MANUAL SOAT

Paciente llega a cirugía se debe facturar



HONORARIOS CIRUJANO 1

HONORARIO ANESTESIOLOGO 2

MATERIALES CIRUGÍA 5

DERECHO DE LA SALA DE CIRUGÍA (G20-G23) 4

HONORARIO DE LA AYUDANTIA (G06-G23) 3

Liquidación de una Cirugía

CIRUJANO,
ANEATESIOLOGO,
AYUDANTIA



LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Los profesionales que generalmente intervienen durante un procedimiento quirúrgico son: ***el cirujano especialista, quien realiza la cirugía (ortopedista, cirujano plástico, etc.); el anestesiólogo, quien administra la sedación o la anestesia, y; el ayudante quirúrgico, que es un médico que asiste al cirujano.***

En lo sitios en que no haya especialistas, algunos procedimientos podrán ser realizados por médico general. Hasta aquí, estos son los servicios profesionales que son facturables.

Esta aclaración se hace, porque en la cirugía también intervienen ***enfermeras, instrumentadoras, circulantes, etc***, pero no son facturables sus servicios.



LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

TABLA 47.1.1. Servicios profesionales del cirujano o ginecoobstetra:		
39000	Grupo 02	2,93
39001	Grupo 03	3,57
39002	Grupo 04	4,31
39003	Grupo 05	5,86
39004	Grupo 06	7,68
39005	Grupo 07	9
39006	Grupo 08	10,44
39007	Grupo 09	12,76
39008	Grupo 10	15,71
39009	Grupo 11	17,62
39010	Grupo 12	19,63
39011	Grupo 13	21,48
39012	Grupo especial 20	25,43
39013	Grupo especial 21	33,1
39014	Grupo especial 22	38,67
39015	Grupo especial 23	60,73

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

1.4.2. Tabla de liquidación de honorarios de anestesiólogo

TABLA 47.1.2. Servicios profesionales del anestesiólogo:		
39100	Grupo 02	2,09
39101	Grupo 03	2,53
39102	Grupo 04	3,1
39103	Grupo 05	3,83
39104	Grupo 06	4,56
39105	Grupo 07	5,3
39106	Grupo 08	6,17
39107	Grupo 09	7,3
39108	Grupo 10	9,02
39109	Grupo 11	10,08
39110	Grupo 12	11,44
39111	Grupo 13	12,72
39112	Grupo especial 20	14,85
39113	Grupo especial 21	20,12
39114	Grupo especial 22	26,82
39115	Grupo especial 23	37,95
39116	Parto normal o intervenido (forceps o espátulas) y revisión de cavidad uterina	4,96

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

1.4.3. Tabla de liquidación de honorarios de ayudante ⇧

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**.

TABLA 47.1.4. Servicios profesionales de ayudantía quirúrgica:		
39117	Grupo 06	2,01
39118	Grupo 07	2,37
39119	Grupo 08	2,74
39120	Grupo 09	3,49
39121	Grupo 10	4,28
39122	Grupo 11	4,83
39123	Grupo 12	5,36
39124	Grupo 13	6,17
39125	Grupo especial 20	6,94
39126	Grupo especial 21	9,03
39127	Grupo especial 22	10,55
39128	Grupo especial 23	16,57

Liquidación de una Cirugía

DERECHOS SALA



https://www.clinicaunisabana.edu.co/noticias/detalle-de-noticias/noticia/la-seguridad-del-paciente-en-la-sala-de-cirugia/

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Derechos de Sala Manual SOAT

El manual SOAT clasifica las salas en dos categorías: la sala de cirugía destinada para procedimientos cruentos y la sala de procedimientos incruentos. Adicionalmente, para los procedimientos de obstetricia tiene destinada la sala de parto.

Derechos de sala de cirugía (procedimientos cruentos) → **Derechos de sala de cirugía (procedimientos cruentos)** → **Procedimiento cruento en sala de procedimientos incruentos** → **Derechos de sala de parto**

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

1.5.1. Derechos de sala de cirugía (procedimientos cruentos)

1.5.1.1. Tabla de liquidación

DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA		
39204	Grupo 02	4,84
39205	Grupo 03	5,97
39206	Grupo 04	7,61
39207	Grupo 05	10,45
39208	Grupo 06	15,13
39209	Grupo 07	16,88
39210	Grupo 08	18,51
39211	Grupo 09	21,1
39212	Grupo 10	28,08
39213	Grupo 11	29,95
39214	Grupo 12	31,47
39215	Grupo 13	33,16
39216	Grupo especial 20	34,82
39217	Grupo especial 21	36,51
39218	Grupo especial 22	38,34
39219	Grupo especial 23	48,07

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Los derechos de sala incluyen lo siguiente:
- utilización de la dotación básica del quirófano,
- los equipos con sus accesorios e implementos,
- el instrumental y la ropa reutilizable o desechable,
- los servicios de enfermería,
- esterilización,
- instrumentación,
- circulantes,
- sala de recuperación hasta por seis horas,
- drogas,
- medicamentos,
- soluciones
- oxígeno,
- gases anestésicos.



No se reconocerá valores adicionales por el empleo de accesorios e implementos de los equipos que se utilicen en la práctica de las intervenciones y procedimientos, aunque estos no sean reutilizables.

Las drogas, medicamentos y soluciones que se consuman durante el acto quirúrgico en las intervenciones cardiovasculares, clasificados en los grupos especiales 22 a 23 serán facturables, esta es la excepción a la regla.

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Derechos de procedimientos incruentos

En las intervenciones ***INCRUENTAS*** que demanden para su realización el uso de salas quirúrgicas o salas especiales dotadas para tal fin (cateterismo, reducción cerrada de fracturas y luxaciones, fotocoagulación de retina, algunos procedimientos endoscópicos, etc.), se reconocerá por el derecho a su uso, que comprende: la dotación básica, ropas de enfermería, un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento. (numeral 51 Decreto 780 de 2016 - Artículo 52 del Decreto 2423 de 1996).

Es decir, si el procedimiento es incruento, el valor de los derechos de sala será el 45% del valor del procedimiento.

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Procedimiento cruento en sala de procedimientos incruentos

En las intervenciones CRUENTAS que por concepto técnico-científico el médico las decide realizar en *"Sala Especial"*, aplica el porcentaje previsto por derechos de sala de procedimientos incruentos. En concepto 202034201514871 del 28 de septiembre de 2020, el Ministerio de Salud explicó lo siguiente:

"El Anexo Técnico 1 – Manual de Régimen Tarifario del citado Decreto (compilatorio del antiguo Decreto 2423 de 1996) establece en su numeral 51, que el uso de una sala especial para la realización de un procedimiento se reconoce mediante un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) del grupo quirúrgico al que corresponde el procedimiento realizado o de la tarifa integral establecida para dicho procedimiento, lo cual es aplicable a los procedimientos cruentos que, a criterio del profesional tratante, deban ser realizados en este tipo de sala."

Es decir, al realizarse un procedimiento cruento en una Sala Especial se debe verificar, en la tabla de liquidación de derechos de sala de cirugía, su valor y de éste se obtiene el 45% que corresponderá a los derechos de sala a facturar.

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Derechos de sala de parto

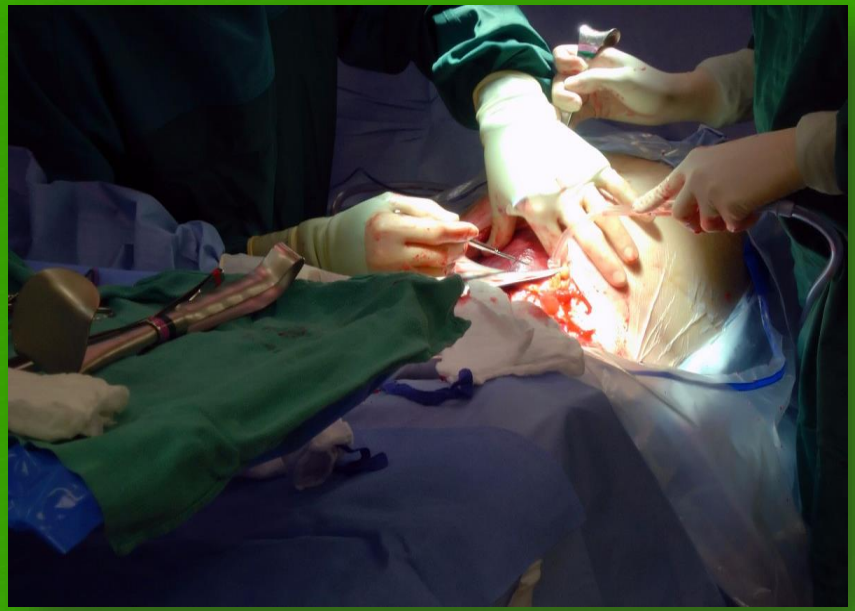
Los derechos de sala en la atención del parto comprenden: la dotación básica de la sala, los equipos, sus accesorios e implementos, instrumental, ropas reutilizables o desechables, los servicios de esterilización, instrumentación y enfermería, materiales, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno y gases anestésicos, sala de trabajo de parto, post-parto y de observación del recién nacido. Se reconoce el siguiente valor:

DERECHOS DE SALA DE PARTO ⇧		
39220	DERECHOS DE SALA DE PARTO	16,95

Este valor no aplica cuando el parto sea por operación cesárea, caso en el cual los derechos de sala de cirugía, se reconocerán de acuerdo con el grupo quirúrgico en que está clasificada.

Liquidación de una Cirugía

MATERIALES SUTURA



LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

El valor que se reconoce por concepto de material de sutura y curación utilizados en sala de cirugía incluye los siguientes elementos:
- Agentes y gases anestésicos que se consuman en quirófano y en sala de recuperación,
- agrafes,
- agujas de cualquier clase,
- algodón,
- aplicadores,
- apósitos,
- buretras,
- catéteres pericraneales,
- cera para huesos,
- cierres umbilicales,
- compresas,
- cotonoides,
- equipos de venoclisis,
- esparadrapo,
- esponjas (excepto de silicón),
- gasas,
- gelatinas absorbibles,
- guantes,
- hojas de bisturí,
- jeringas,
- llaves de dos o más vías,
- mechas,
- Oxígeno que se consuma en quirófano y en sala de recuperación,
- soluciones desinfectantes,
- suturas de cualquier tipo:
- Catguts,
- absorbibles sintéticas,
- no absorbibles, tales como:
- sedas,
- nylon,
- poliéster,
- polipropileno,
- acero inoxidable,
- torundas,
- vendajes.

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

De manera que estos elementos no son facturables en cirugías del grupo 13 hacia abajo, porque el valor a reconocer por este concepto se encuentra en el listado. Pero, si la cirugía es de grupos especiales (20, 21, 22 o 23), entonces, sí son facturables y se podrán cobrar de acuerdo al consumo demostrado en la hoja de gasto quirúrgico. Excepto, oxígeno, soluciones desinfectantes, agentes y gases anestésicos.

Ahora bien, se reitera que, todas **las drogas, medicamentos y soluciones** que sean utilizados en procedimientos quirúrgicos, **en cualquier sala, no son facturables**, ni los elementos que se utilicen para su aplicación. (numeral 55). **Solamente se pueden facturar, cuando la cirugía sea de grupos especiales 22 y 23 de la especialidad de cirugía cardiovascular.**

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT MATERIAL FACTURABLE

De acuerdo al numeral 56 (Artículo 57 del Decreto 2423 de 1996), los siguientes insumos utilizados en la práctica de cualquier intervención procedimiento médico-quirúrgico relacionado en los numeral 2 a 19 del anexo 1 del Decreto 780 de 2016 son facturables y no están incluidos en el material quirúrgico:

-algodón laminado
-bolsas colectoras de fluidos
-cánulas no reutilizables
-catéteres
-electrodos no reutilizables
-elementos ortopédicos
-clavos
-férulas
-grapas
-tornillos
-equipos de presión venosa central
-esponjas y bandas de silicón
-Injertos
-mallas
-marcapasos
-máscaras no reutilizables
-medias ortopédicas
-Ortesis
-placas
-Prótesis
-Sondas
-sustitutos del plasma
-tubos de cualquier clase
-Válvulas
-vendas de gasa
-vendas de yeso
-vendas elásticas
-y otros elementos de uso médico distintos a los definidos en numeral 54.6 de este Anexo

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Tabla de valores de material en sala de cirugía (procedimientos cruentos)

Este listado corresponde a los valores que se deben facturar de acuerdo al grupo quirúrgico que tenga asignada una cirugía. Es importante tener en cuenta que el listado de material de sutura y curación es hasta el grupo quirúrgico 13, por lo que las cirugías que tengan una clasificación mayor el material se factura por consumo, es decir, todos los materiales nombrados en el numeral 54.6 del anexo 1 del Decreto 780 de 2016 se facturan de acuerdo a lo soportado en la hoja de gasto.

TABLA 54.1. MATERIALES DE SUTURA, CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS		
39301	GRUPOS 02 - 03	2,28
39302	GRUPOS 04 - 05 - 06	4,27
39303	GRUPOS 07 - 08 - 09	9,92
39304	GRUPOS 10 - 11 - 12 - 13	15,72

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Valor de material en sala de procedimientos incruentos

En los procedimientos incruentos por concepto de material de sutura y curación, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, cualesquiera sea el grupo en el que esté clasificado, o su tarifa, cuando se trate de un procedimiento quirúrgico, se reconocerá:

MATERIAL EN SALA DE PROCEDIMIENTOS INCRUENTOS		
CODIGO	**DESCRIPCION**	**SMLDV**
39305	MATERIALES DE SUTURA Y CURACIÓN, MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES, OXÍGENO, AGENTES Y GASES ANESTÉSICOS	2,31

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Valor de material de procedimientos cuentos en sala de procedimientos incruentos

Por concepto de material de sutura y curación de procedimientos CRUENTOS realizados en sala de procedimientos incruentos o sala especial, el valor a facturar corresponde al que tenga asignado en el listado de material de cirugía (tabla 54.1 del anexo 1 del Decreto 780 de 2016 - Articulo 55 del Decreto 2423 de 1996) y no al valor del material para procedimientos incruentos, así lo indicó el Ministerio de Salud en concepto 202034201514871 del 28 de septiembre de 2020:

"El Anexo Técnico 1 – Manual de Régimen Tarifario del citado Decreto (compilatorio del antiguo Decreto 2423 de 1996) establece en su numeral 51, que el uso de una sala especial para la realización de un procedimiento se reconoce mediante un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) del grupo quirúrgico al que corresponde el procedimiento realizado o de la tarifa integral establecida para dicho procedimiento, lo cual es aplicable a los procedimientos cruentos que, a criterio del profesional tratante, deban ser realizados en este tipo de sala.“

"No obstante, ***los materiales de sutura, curación, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, que se consuman durante el procedimiento y la recuperación de la intervención o procedimiento cruento, se reconocerán de acuerdo con el grupo en que esté clasificado y con las tarifas asignadas en el numeral 54.1 del mismo anexo.***"

LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Material para parto, legrado obstétrico y ginecológico

El manual tarifario SOAT indica que: *"En los procedimientos obstétricos de parto, legrado uterino obstétrico y ginecológico, el valor del material de sutura y curación, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno y agentes anestésicos que se consuman en la atención del procedimiento está incluido en los derechos de sala.*

Es decir, en sala de parto no es facturable el concepto de "material de sutura y curación" como en una cirugía normal.

Liquidar Cirugía SOAT

Cirujano
- Art.48
- Según Grupo Quirúrgico

Anestesiólogo
- Art 48
- Según el grupo Quirúrgico.

Ayudantía
- Art. 48
- Se cobra a partir del G6

Derechos Sala
- Art. 49
- Según el Grupo

Materiales
- Art. 55
- Buscamos Grupo

CÁLCULO:

Factor x SMLDV = Valor en pesos del procedimiento

Valor a ajustar = Resultado se ajusta a centena más próxima (a partir de 50 se aproxima a la centena superior y hasta 49 a la inferior).

PASOS PARA LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Paso 1. CODIGO: Identifica el código del procedimiento quirúrgico realizado por el cirujano.

Paso 2. GRUPO QUIRÚGICO: Busca en el manual tarifario cuál es el grupo quirúrgico con el que se encuentra clasificado el procedimiento quirúrgico.

Paso 3. AÑO Y SMLDV: Identifica el año en que se está realizando o realizó la cirugía y busca el valor del Salario Mínimo Legal Diario Vigente (SMLDV) de ese año.

PASOS PARA LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT



Paso 4. CIRUJANO: Para conocer cuál es el valor de los honorarios del cirujano debes averiguar, en la tabla de "Liquidación de honorarios de cirujano", cuantos Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes (SMLDV) tiene asignados el grupo quirúrgico de la cirugía (obtenido en el paso 2) y lo multiplicas por el valor del SMLDV (obtenido en el paso 3). El valor obtenido lo redondeamos a la centena más cercana.

PASOS PARA LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Paso 5. ANESTESIOLOGO: Para conocer cuál es el valor de los honorarios del anestesiólogo debes averiguar, en la tabla de "Liquidación de honorarios de anestesiólogo", cuantos Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes (SMLDV) tiene asignados el grupo quirúrgico de la cirugía (obtenido en el paso 2) y lo multiplicas por el valor del SMLDV (obtenido en el paso 3).

Si lo que estás facturando es un parto debes buscar el código y valor asignado para la anestesia de este procedimiento, ya que no aplica el valor asignado al grupo quirúrgico.

El valor obtenido lo redondeamos a la centena más cercana.

PASOS PARA LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Paso 6. AYUDANTE: Si el procedimiento tiene asignado grupo 5 o menor, **no aplica el cobro de ayudantía**. Si es de grupo 6 en adelante, para conocer cuál es el valor de los honorarios del ayudante debes averiguar, en la tabla de "Liquidación de honorarios de ayudante", cuantos Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes (SMLDV) tiene asignados el grupo quirúrgico de la cirugía (obtenido en el paso 2) y lo multiplicas por el valor del SMLDV (obtenido en el paso 3).
El valor obtenido lo redondeamos a la centena más cercana.

PASOS PARA LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Paso 7. SALA: Con respecto a la sala debes primero identificar si el procedimiento es cruento o incruento, para así determinar qué sala es:

1) Si el procedimiento es incruento y se realizó en sala de cirugía, debes buscar en la tabla de derechos de sala de cirugía la cantidad de SMLDV asignados y multiplicarlos por el valor del SMLDV, si;

2) es un procedimiento cruento realizado en sala especial debes buscar en la tabla de derechos de sala de cirugía la cantidad de SMLDV asignados, multiplicarlos por el valor del SMLDV y al valor resultante obtener el 45% que corresponderá al valor de la sala, y si;

3) es un procedimiento incruento, debes buscar en la tabla de derechos de sala de cirugía la cantidad de SMLDV asignados, multiplicarlos por el valor del SMLDV y al valor resultante obtener el 45% que corresponderá al valor de la sala

Si se trata de la facturación de un parto, deber buscar la cantidad de SMLDV que tiene asignada la sala de parto y multiplicarla por el valor del SMLDV.

El valor obtenido lo redondeamos a la centena más cercana.

PASOS PARA LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Paso 8. MATERIAL: El listado de material de sutura y curación va desde el grupo 02 al grupo 13. De manera que, en los grupos especiales (20, 21, 22 y 23) no existe un valor para este concepto, razón por la cual se pagará por consumo, de acuerdo a la hoja de gasto, los insumos del artículo 55 parágrafo 5 (numeral 54.6 del anexo 1 del Decreto 780 de 2016). Ahora, para las cirugías que tiene asignados un grupo del 02 a 13, debes primero identificar si el procedimiento es cruento o incruento, para así determinar qué valor de material aplicar:

1) Si el procedimiento es cruento debes identificar cuantos SMLDV tiene asignados el grupo quirúrgico del procedimiento en la tabla de material de sutura y curación y multiplicarlos por el valor del SMLDV;

2) Si es un procedimiento incruento debes buscar el valor en SMLDV a facturar por concepto de material y curación para procedimientos incruentos y multiplicarlos por el valor del SMLDV.

Si se trata de la facturación de un parto este concepto **no se factura** porque se encuentran incluidos en los derechos de sala.

¡importante! En este paso debes también tener en cuenta el material facturable previsto en el artículo 57 del Decreto 2423 de 1996 (numeral 56 del Decreto 780 de 2016).

El valor obtenido lo redondeamos a la centena más cercana.

PASOS PARA LIQUIDAR CIRUGÍA MANUAL SOAT

Paso 9. TOTAL CIRUGÍA: Sumando los valores obtenidos en cirujano, anestesiólogo, ayudante, sala y material, ya tienes el total de la cirugía.



EJEMPLO LIQUIDACIÓN CIRUGÍA

CARDIORRAFIA GRUPO: SMLV:

COD SOAT	SERVICIO	FACTOR	SMLV * FACTOR	APROXIMA
	HON. CX			
	HON. ANEST			
	HONO. AYUDA			
	DERECHO SALA			
	MATERIALES CX			
			TOTAL	

EJEMPLO LIQUIDACIÓN CIRUGÍA

NEUMORRAFIA GRUPO: SMLV:

COD SOAT	SERVICIO	FACTOR	SMLV * FACTOR	APROXIMA
	HON. CX			
	HON. ANEST			
	HONO. AYUDA			
	DERECHO SALA			
	MATERIALES CX			
			TOTAL	

EJEMPLO LIQUIDACIÓN CIRUGÍA

Cierre evisceración **GRUPO:** **SMLV:**

COD SOAT	SERVICIO	FACTOR	SMLV * FACTOR	APROXIMA
	HON. CX			
	HON. ANEST			
	HONO. AYUDA			
	DERECHO SALA			
	MATERIALES CX			
			TOTAL	

G R A C I A S

Línea de atención al ciudadano: 01 8000 910270
Línea de atención al empresario: 01 8000 910682

@SENAComunica

www.sena.edu.co

Manual Tarifario SOAT



@SENAComunica

www.sena.edu.co

GC-F-004v.08

GC-F-004v.08

Manual Tarifario SOAT

SANDRA MILENA ENRIQUEZ TRÓCHEZ
INSTRUCTOR SALUD
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA

Manual Tarifario SOAT

DECRETO 2423 DE 1996

Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.



MANUAL SOAT

Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.





MANUAL SOAT



Accidentes de Transito



Atención Inicial de Urgencias



Desastres Naturales



Atentados Terroristas



ECAT EVENTOS CATASTRÓFICOS



Cuando el contrato así lo requiera.



MANUAL SOAT

DECRETO 2423 DE 1996



APLICACIÓN Y OBLIGATORIEDAD

CAPÍTULO I



DEFINICIONES

CAPÍTULO II



NOMENCLATURA Y CLASIFICACIÓN

CAPÍTULO III



EXAMENES, PROCEDIMENTOS LABORATORIO CLÍNICO

CAPÍTULO IV



TARIFAS ESTANCIA HOSPITALARIA

CAPÍTULO V

MANUAL SOAT

Liquidación de intervenciones quirúrgicas y procedimientos contemplados en el Capítulo 3 del Manual Tarifario

1. NEUROCIRIGÍA (Art. 3)

- 1. ÓRGANOS INTRACRANEALES (1101 – 1166)
- 2. DERIVACIONES (1220–1262)
- 3. RAQUIS Y MÉDULA ESPINAL (1301-1389)
- 4. PARES CRANEANOS (1401–1409).
- 5. NERVIOS Y GANGLIOS SIMPÁTICOS (1501–1503).
- 6. PLEJOS (1601-1620)

2. Oftalmología (Art. 4)

- 1. APARATO LAGRIMAL (2101-2143)
- 2. PÁRPADOS (2210-2273
- 3. CONJUNTIVA (2301-2313)
- 4. ÓRBITA (2401-2433)
- 5. GLOBO Y MÚSCULOS OCULARES (2501-2542)
- 6. CÓRNEA Y ESCLERÓTICA (2601-2644)
- 7. IRIS Y CUERPO CILIAR (2701-2732)
- 8. CÁMARA ANTERIOR Y RETINA (2801-2814).
- 9. CRISTALINO Y CUERPO VÍTREO (2901-2908)

3. Otorrinolaringología (Art. 5)

- 1. OÍDO EXTERNO (3101-3122).
- 2. OÍDO MEDIO Y MASTOIDES (3201-3240).
- 3. OÍDO INTERNO (3301-3311).
- 4. NARIZ Y SENOS PARANASALES (3401-3469).
- 5. LARINGE Y TRÁQUEA (3501-3586).
- 6. FARINGE, AMIGDALAS Y ADENOIDES (3601-3672)

MANUAL SOAT

Liquidación de intervenciones quirúrgicas y procedimientos contemplados en el Capítulo 3 del Manual Tarifario

4. Glándulas Tiroides y Paratiroides(Art. 6)

- 1. GLÁNDULAS TIROIDES Y PARATIROIDES (4101-4130)

5. Cardiovasculares (Art. 7)

- 1. VASOS SANGUÍNEOS PERIFÉRICOS (5101-5172)
- 2. SISTEMA LINFÁTICO (5201-5232)
- 3. VASOS SANGUÍNEOS DE LA CABEZA, DEL CUELLO Y DE LA BASE DEL ENCÉFALO (5301-5350)
- 4. VASOS SANGUÍNEOS INTRAABDOMINALES (5401-5444)
- 5. VASOS INTRATORÁCICOS (5501-5551)
- 6. CORAZÓN Y PERICARDIO INCISIÓNES EN CORAZÓN Y/O PERICARDIO (5601-5682)
- 7. OTROS PROCEDIMIENTOS DIRIGIDOS AL CORAZÓN (5701-5711)

6. Intervenciones Tórax (Art. 8)

- 1. PARED DEL TÓRAX, PLEURA Y MEDIASTINO (6101-6120)
- 2. BRONQUIOS (6201-6223)
- 3. PULMÓN (6310-6331)
- 4. ESÓFAGO (6401-6461)
- 5. LARINGE Y TRÁQUEA (3501-3586).

MANUAL SOAT

Liquidación de exámenes y procedimientos de diagnóstico y tratamiento del Capítulo 4

El capítulo IV contiene los artículos del número 21 al número 39 así:

21. Laboratorio clínico.
22. Anatomopatología.
23. Radiología.
24. Medicina nuclear.
25. Procedimientos de Nefrología y Urología.
26. Procedimientos de Neurología.
27. Procedimientos de Cardiología y Hemodinámica.
28. Procedimientos de Neurología.
29. Procedimientos de Otorrinolaringología.
30. Procedimientos de Oftalmología.
31. Procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación.
32. Procedimientos de Banco de Sangre.
33. Procedimientos de Ecografía, Vasculares no invasivos y Resonancia magnética.
34. Estudios de Genética.
35. Procedimientos de Oncología.
36. Procedimientos de Alergología.
37. Procedimientos de Psiquiatría y Psicología.
38. Procedimientos de Salud oral.
39. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos:
    1. Ginecobstetricia.
    2. Ortopedia y Traumatología.
    3. Cirugía de Mano.
    4. Cirugía Plástica.
    5. Cirugía General.
    6. Dietética.
    7. Trabajo Social.
    8. Otros.

MANUAL SOAT

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS

Estancia hospitalaria

Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento disponible como cama hospitalaria para la atención de un paciente durante veinticuatro (24) horas, y comprende:



- Médico hospitalario.
- Enfermera.
- Auxiliar de enfermería.
- Dotación básica de elementos de enfermería.
- Material de curación.
- Alimentación adecuada al estado del paciente (excluye soporte nutricional).
- Suministro de ropa de cama.
- Aseo.
- Servicios públicos de energía eléctrica.
- Servicios y recursos de la entidad hospitalaria para comodidad del paciente.

MANUAL SOAT

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS

ARTÍCULO 40: La estancia en todos los casos comprende los siguientes servicios básicos
ARTÍCULO 41: La estancia en Instituciones hospitalarias para cuidado del paciente crónico somático
ARTÍCULO 42: La estancia en la Unidad de Trasplante
ARTÍCULO 43: Estancia Unidad de Cuidados Intensivos
ARTÍCULO 44: La estancia en la Unidad de Cuidado Intermedio
ARTÍCULO 45: La estancia en la Unidad de Quemados
ARTÍCULO 46: Para el reconocimiento de las estancias hospitalarias que se contraten
ARTÍCULO 47: De acuerdo con la anterior clasificación, se aplicará a la estancia, las siguientes tarifas en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes.

MANUAL SOAT

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS

ARTÍCULO 48: Reconocer en Salarios Mínimos Legales Diarios Vigentes para los servicios profesionales
ARTÍCULO 49: En las intervenciones y procedimientos quirúrgicos cruentos, los derechos de sala de cirugía
ARTÍCULO 50: Los derechos de sala en la atención del parto
ARTÍCULO 51: Por los derechos de sala de recuperación
ARTÍCULO 52: Las intervenciones incruentas que demanden para su realización el uso de salas quirúrgicas
ARTÍCULO 53: Por derechos de sala de yesos, en los procedimientos ortopédicos
ARTÍCULO 54: En los servicios de urgencias y consulta externa los derechos de sala

MANUAL SOAT

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS

ARTÍCULO 55: Los materiales de sutura, curación, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos.
ARTÍCULO 58: Por el cual se definen las tarifas de los Derechos De Sala En Hemodiálisis.
ARTÍCULO 59: Se reconocerá para el cobro de oxígeno.
ARTÍCULO 60: Atención prehospitalaria.
ARTÍCULO 61: Las actividades de control y seguimiento PyP
ARTÍCULO 62: Señálese para la atención paciente psiquiátrico Hospital al Día.
ARTÍCULO 63: Cuando se requiera la movilización de pacientes en ambulancia
ARTÍCULO 64: Señalase para los conjuntos de atención integral.
ARTÍCULO 65: Si como resultado de una intervención o procedimiento practicado Complicaciones.

MANUAL SOAT

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS

ARTÍCULO 66: En Municipios donde no estén vinculados, en ejercicio, profesionales en todas o algunas áreas de salud

ARTÍCULO 67: Examen anatomoptológico extracción o cirugía

ARTÍCULO 68: Las suturas simples

ARTÍCULO 69: La vía de acceso para la práctica de un acto quirúrgico

ARTÍCULO 70: Los servicios profesionales de cirujano, anestesiólogo y ayudante quirúrgico, en las intervenciones bilaterales.

ARTÍCULO 71: En las intervenciones múltiples que practique un mismo cirujano en un acto e igual vía

ARTÍCULO 72: En las intervenciones múltiples que practique un mismo cirujano en un acto y diferente vía

ARTÍCULO 73: En las intervenciones múltiples que practiquen dos o más cirujanos de distinta especialidad

MANUAL SOAT

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS

ARTÍCULO 74: Manejo donante vivo, o cadáver
ARTÍCULO 75: La consulta preanestésica y prequirúrgica de las intervenciones clasificadas en los Grupos 02 y 03.
ARTÍCULO 76: El reconocimiento de interconsulta
ARTÍCULO 77: Cuando un paciente hospitalizado para intervención quirúrgica, presente complicación médica
ARTÍCULO 78: La fototerapia del recién nacido está incluída en la tarifa de la estancia
ARTÍCULO 79: La utilización del equipo de rayos láser en los procedimientos quirúrgicos
ARTÍCULO 80: En los procedimientos de toma de biopsias y en las endoscopias
ARTÍCULO 81: Las tarifas establecidas en este Decreto para los procedimientos de diagnóstico y tratamiento definidos en el Capítulo II

MANUAL SOAT

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS

ARTÍCULO 82: Los servicios profesionales de los especialistas, diferentes a los comprendidos en la estancia
ARTÍCULO 83: La Unidad de Cuidado Intermedio
ARTÍCULO 84: Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de salud
ARTÍCULO 85: No se reconocerán valores adicionales cuando las intervenciones horas nocturnas, dominicales y festivos
ARTÍCULO 86: Recargo de zonas orden publico.
ARTÍCULO 87: Servicios con tarifas propias
ARTÍCULO 88: Vigencia
ARTÍCULO 89: Los valores resultantes de la aplicación de las tarifas contenidas en el presente decreto deberán ajustarse a centena más próxima.

G R A C I A S

Línea de atención al ciudadano: 01 8000 910270
Línea de atención al empresario: 01 8000 910682

@SENAComunica

www.sena.edu.co

Estancia Hospitalaria



www.sena.edu.co

Estancia Hospitalaria



SANDRA MILENA ENRIQUEZ TRÓCHEZ
INSTRUCTORA RED SALUD
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA
2023

Manual SOAT

DECRETO 2423 DE 1996
Capitulo V
Decreto 780 del 2015



SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS CAPITULO V

Estancia hospitalaria
Es el conjunto de recursos físicos, humanos y de equipamiento, disponibles como cama hospitalaria para la atención de un paciente durante veinticuatro (24) horas, y comprende:

- ***Medico hospitalario***
- ***Enfermera***
- ***Auxiliar de enfermería***
- ***Dotación básica de elementos de enfermería***
- ***Material de curación***
- ***Alimentación adecuada al estado del paciente (excluye soporte nutricional)***
- ***Suministro de ropa de cama***
- ***Aseo***
- ***Servicios públicos de energía eléctrica***
- ***Servicios y recursos de la entidad hospitalaria para comodidad del paciente***

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS CAPITULO V

PARÁGRAFO 1: Se entiende como dotación básica de elementos de enfermería, aquella utilizada por este personal, durante la realización de actividades relacionadas con control de signos vitales, valoración de talla y peso, administración de medicamentos por vía tópica y oral, así como los elementos de protección personal necesarios para el manejo de pacientes aislados o de cuidado especial.

De este concepto se excluyen, los elementos y materiales utilizados en la administración de medicamentos por vía parenteral y la realización de limpieza y curación de heridas.

PARÁGRAFO 2: Por material de curación se entiende todos los suministros que se utilizan en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS *CAPITULO V*

PARÁGRAFO 3: Adicional a la tarifa de la estancia, durante los días que al paciente se le realicen curaciones, como parte del tratamiento de su complicación, por concepto de materiales se reconocerá diariamente la suma de :

39300	Materiales de curación por complicaciones intrahospitalarias	1,58	46200

Este valor se reconocerá únicamente en los siguientes casos :

a. Pacientes que en el postoperatorio se complican con fascitis necrosante, fístulas, osteomielitis y abscesos de pared abdominal, o se les realice curación en abdomen abierto
b. b. Pacientes con quemaduras o heridas traumáticas que presenten pérdida de sustancias
c. Pacientes con escaras de decúbito, úlceras isquémicas o gangrena gaseosa.

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS *CAPITULO V*



Los traslados de pacientes dentro del área hospitalaria deben ser reportados con el fin de poder ser liquidados de acuerdo a la norma que establece que el día del traslado se factura la estancia de mayor valor.

La dotación básica de elementos de enfermería

Es la utilizada por este personal durante la realización de actividades relacionadas con la higiene del paciente, control de signos vitales, valoración de talla y peso, administración de medicamentos por vía tópica y oral, así como los elementos de protección personal necesarios para el manejo de pacientes aislados o de cuidado especial

SERVICIOS INTRAHOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS ESTANCIAS, SERVICIOS PROFESIONALES, DERECHOS DE SALA, MATERIALES, SUMINISTROS Y EQUIPOS CAPITULO V

NIVELES DE ATENCIÓN HABITACIONES

Para el reconocimiento y pago de las estancias hospitalarias que se contraten, se tendrán en cuenta, la siguiente clasificación de las instituciones:

1. ***Instituciones de Primer Nivel***
2. ***Instituciones de Segundo Nivel***
3. ***Instituciones de Tercer Nivel***



Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

TIPOS DE HABITACIONES MANUAL SOAT

Habitación unipersonal
Habitación bipersonal
Habitación de tres camas
Habitación de cuatro ó mas camas



Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

ESTANCIAS		
1. MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA, GINECO OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA		
INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL		
38111 Habitación unipersonal	6,52	190.800
38112 Habitación bipersonal	6,12	179.100
38113 Habitación de tres camas	4,96	145.100
38114 Habitación de cuatro ó mas camas	4,56	133.400
INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL		
38121 Habitación unipersonal	9,23	270.100
38122 Habitación bipersonal	8,4	245.800
38123 Habitación de tres camas	7,14	208.900
38124 Habitación de cuatro ó mas camas	5,87	171.800
INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL		
38131 Habitación unipersonal	12,89	377.200
38132 Habitación bipersonal	11,03	322.700
38133 Habitación de tres camas	9,17	268.300
38134 Habitación de cuatro ó mas camas	8,26	241.700

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

4. UNIDAD DE TRASPLANTE		
38435 Sala especial	17,06	499.200
5. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO		
INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL		
38525 Sala especial	49,71	1.454.500
6. UNIDAD DE QUEMADOS		
INSTITUCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL		
38625 Cuidado intermedio	26,64	779.500
38635 Cuidado intensivo	49,71	1.454.500

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

INCUBADORA





Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

VISITA MÉDICA INSTRAHOSPITALARIA

Son los honorarios del especialista que tiene bajo su cuidado un paciente que esta hospitalizado para manejo quirúrgico obstétrico, o no quirúrgico.



Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

39130	Atención diaria intrahospitalaria, por el especialista tratante, del paciente no quirúrgico u obstétrico
39131	Atención diaria intrahospitalaria, por el médico general tratante, del paciente no quirúrgico u obstétrico
39136	Atención intrahospitalaria especializada de psiquiatría (semanal)
39149	Atención diaria intrahospitalaria por el especialista tratante del paciente quirúrgico y obstétrico

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

Estancia en Urgencias

URGENCIAS	
INSTITUCIONES DE PRIMER NIVEL	
38915	Sala de Observación
INSTITUCIONES DE SEGUNDO NIVEL	
38925	Sala de Observación
INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL	
38935	Sala de Observación

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

Estancia en Urgencias

Cuando la permanencia en la sala de observación de urgencias sea inferior a & horas se reconocerán los valores señalados para los códigos 38915-38925.

Cuando superan las 6 horas se reconocerán los valores señalados para habitación de 4 camas o mas camas; según el Nivel de la IPS, es decir se tomaran en cuenta los códigos 38114-38124-38134.


SENA
GRACIAS
Línea de atención al ciudadano: 01 8000 910270
Línea de atención al empresario: 01 8000 910682
@SENAComunica
www.sena.edu.co

Ayudas Diagnosticas SOAT



www.sena.edu.co



Ayudas Diagnosticas SOAT

SANDRA MILENA ENRIQUEZ TRÓCHEZ
INSTRUCTORA RED SALUD
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CAUCA
2023



Manual Tarifario SOAT

DECRETO 2423 DE 1996
Capitulo IV

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV



SMLVD	FACTOR	VALOR DEL SERVICIO
SMLV/30	Decreto 2423/96	(SMLVD*FACTOR)

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

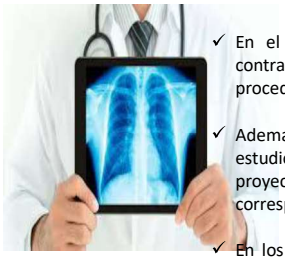
LABORATORIO CLÍNICO
Art. 21

CÓDIGO	SERVICIO	FACTOR
19237	Colesterol HDL	0,84
19267	Coprológico	0,33
19509	Hemoclasificación (grupo sanguíneo y factor RH)	1,06



Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

RADIOLOGÍA



- ✓ En el Artículo 23 de radiología se facturan los medios de contraste, catéteres o similares utilizados en la realización del procedimientos radiográficos.
- ✓ Además adicionar los códigos 21601 o 21602 según el caso, para estudios realizados con equipos portátiles. La toma de proyecciones adicionales se debe liquidar con el código correspondiente.
- ✓ En los casos en que el radiólogo no realice la correspondiente lectura del estudio, al valor estipulado para cada examen, se le descontará el veinticinco por ciento (25%)

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

RADIOLOGÍA

1. Huesos
2. Tórax
3. Abdomen
4. Exámenes Especiales
5. Otros procedimientos intervencionistas y/o terapéuticos
6. Portátiles
7. Tomografía Computarizada

Parágrafo 1. Lectura del radiólogo (descontar 25%).

Parágrafo 2. Medios de contrastes, catéteres.

Parágrafo 3. Honorarios ayudas espaciales



Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

ARTÍCULO 24: Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales diarios vigentes para estudios y procedimientos de Medicina Nuclear

1. ***Sistema Endocrino***
2. ***Sistema Hematopoyético y Linfático***
3. ***Sistema Gastrointestinal***
4. ***Sistema Nervioso***
5. ***Sistema Cardiovascular***
6. ***Sistema Respiratorio***
7. ***Sistema Genitourinario (Nefrología)***
8. ***Sistema Osteoarticular***
9. ***Otros***



Fuente: Medicina Nuclear Centro Medico Imbanaco CMI

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV



ARTÍCULO 24: Las tarifas establecidas en Salarios Mínimos Legales diarios vigentes para estudios y procedimientos de Medicina Nuclear

PARÁGRAFO: Los estudios y tratamientos en los que para su realización, se utilice Iodo, Talio, Cobalto y Galio, con excepción de los contenidos bajos los códigos 22101 y 22103, el valor de estos radioactivos se reconocerá de acuerdo con su consumo, por el precio comercial de catálogo para venta al público, fijado por la autoridad competente.

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

ARTÍCULO 25: Las tarifas establecidas en SMLDV para exámenes y procedimientos de nefrología y urología.
ARTÍCULO 26: Las Tarifas establecidas en SMLDV para Exámenes y Procedimientos de Neumología.
ARTÍCULO 27: Las tarifas establecidas en SMLDV para exámenes y procedimientos de Cardiología y Hemodinamia.
ARTÍCULO 28: Los exámenes y procedimientos de Neurología.
ARTÍCULO 29: Las tarifas establecidas en SMLDV para Otorrinolaringología.
ARTÍCULO 30: Las tarifas establecidas en SMLDV para oftalmología.
ARTÍCULO 31: Las tarifas establecidas en SMLDV para Medicina Física y Rehabilitación

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

ARTÍCULO 32: Las tarifas establecidas en SMLDV para los procedimientos de Banco de Sangre.

1. ***Procesamiento de Sangre y Derivados.***
2. ***Aplicaciones de Sangre y derivados.***

PARÁGRAFO 1: El valor de la pruebas de laboratorio clínico que de acuerdo con el Decreto 1.571 de 1.993, se practiquen a la unidad de sangre o componentes previa a su transfusión, está incluído en la tarifa de procesamiento; igualmente el correspondiente a la bolsa recolectora.

Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

Para procedimientos del ***Banco de Sangre (art.30)***, los exámenes de laboratorio que se practican a la unidad de sangre o sus componentes están comprendidos dentro de la tarifa.

Se factura la bolsa recolectora, el equipo de administración de sangre o sus derivados y todos los elementos utilizados en las feresis. Se debe facturar la aplicación y las unidades utilizadas en cada paciente.



Liquidación de Exámenes y Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento del Capítulo IV

ARTÍCULO 32: Las tarifas establecidas en SMLDV para los procedimientos de Banco de Sangre.

PARÁGRAFO 2: El equipo para administración de sangre o sus derivados, así como los elementos que se requieran en la práctica de la Féresis, se reconocerán hasta por el precio comercial de catálogo para venta al público fijado por la autoridad competente.

Féresis: Procedimiento en el que se extrae sangre, se separa parte de la sangre, como las plaquetas o los glóbulos blancos, y el resto de la sangre se devuelve al donante. También se llama aféresis.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Procedimiento

Sala Especial



Procedimientos Sala Especial Capítulo V

Ocasionalmente, en los hospitales y clínicas, teniendo en cuenta criterios técnico-científicos, el médico cirujano decide no hacer uso de la sala de cirugía o quirófano para realizar un procedimiento quirúrgico, sino que utiliza una sala especial o sala de procedimientos incruentos, como se conoce en el manual SOAT.

Este manual tarifario, aunque sin definirlos, establece una diferenciación entre procedimientos **cruentos** y procedimientos **incruentos**. Sin embargo, de manera general, se entiende que los primeros son aquellos realizados por vía abierta y con derramamiento de sangre. Ahora bien, los procedimientos quirúrgicos del manual SOAT se encuentran en los numerales 02 al 19 del anexo técnico 1 del Decreto 780 de 2016, que contiene el Manual de Régimen Tarifario (compilatorio del anterior Decreto 2423 de 1996).

Procedimientos Sala Especial Capítulo V

Con respecto a la facturación de procedimientos incruentos en sala especial, la oficina jurídica y apoyo legislativo del Ministerio de Salud (Ahora Ministerio de Salud y Protección Social), mediante nota interna GSS-2598, con respecto a la aplicación del artículo 52 del Decreto 2423 de 1996 (Numeral 51 del anexo 1 del Decreto 780 de 2016), explicó lo siguiente:

*"A la luz de la disposición anterior, por vía de interpretación, conceptúa esta Oficina: Que cuando se trata de **intervenciones incruentas** clasificadas por grupos quirúrgicos establecidas en el capítulo III, los derechos de sala corresponderán al 45% sobre la totalidad de los derechos de sala reconocidos para el grupo quirúrgico, en el entendido de que por tratarse de intervención incruenta no se incurre en todos los gastos y costos que genera la realización de una intervención cruenta de esa categoría..."*

Procedimientos Sala Especial Capítulo V

De manera que su facturación no presenta dudas ya que los honorarios se facturan en la medida que el servicio de cada profesional se haya prestado y se requiera dicho recurso (anestesiólogo y ayudante).

Los derechos de sala, acorde con el numeral 51 del manual SOAT (artículo 52 del Decreto 2423 de 1996), se facturan al 45% del valor que tenga en el listado correspondiente. El material de sutura y curación, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, cualquiera sea el grupo en el que esté clasificado el procedimiento quirúrgico, se factura con el valor del código 39305, en este ítem no se tiene en cuenta el grupo quirúrgico que tiene establecido.

Procedimientos Sala Especial Capítulo V

ARTÍCULO 52: Las intervenciones incruentas que demanden para su realización el uso de salas quirúrgicas o salas especiales dotadas para tal fin (cateterismo, reducción cerrada de fracturas y luxaciones, fotocoagulación de retina, algunos procedimientos endoscópicos, etc.), se reconocerá por el derecho a su uso, que comprende: la dotación básica, ropas de enfermería, un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) adicional de acuerdo con el grupo quirúrgico o la tarifa establecida para cada procedimiento.

Procedimientos Sala Especial Capítulo V

PARÁGRAFO 2: En los procedimientos incruentos a que se refiere el Artículo 52 de esta Decreto por concepto de material de sutura y curación, drogas, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos, cualesquiera sea el grupo en el que esté clasificado, o su tarifa, cuando se trate de un procedimiento del Capítulo IV , se reconocerá:

39305	Materiales de sutura y curación, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos	2,31	67.600

Procedimientos Sala Especial Capítulo V

Ahora, con respecto a la facturación de procedimientos **cruentos** en sala especial o sala de procedimientos incruentos, surge la duda ya que los numerales del manual SOAT contemplan la realización de procedimientos incruentos en sala de procedimientos incruentos y no de procedimientos cruentos en esa sala. Cada entidad da una solución, de acuerdo a su criterio y experiencia, a esta situación provocando glosas o dejando de facturar.

En unos casos, porque habiendo sido realizada la cirugía en sala especial, se facturaba como si fuera realizada en sala de cirugía y en otros, se facturaba la sala como incruenta (al 45%) y los materiales del código 39305.

Procedimientos Sala Especial Capítulo V

ARTÍCULO 49: En las intervenciones y procedimientos quirúrgicos cruentos, los derechos de sala de cirugía que comprenden: la dotación básica del quirófano, los equipos, sus accesorios e implementos, instrumental, ropa reutilizable o desechable, los servicios de enfermería, esterilización, instrumental, circulantes y recuperación hasta seis (6) horas se reconocerán según el grupo de clasificación de la intervención o procedimiento quirúrgico realizado así:

Procedimientos Sala Especial Capítulo V

DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA

39204	Grupo 02	4,84	141.600
39205	Grupo 03	5,97	174.700
39206	Grupo 04	7,61	222.700
39207	Grupo 05	10,45	305.800
39208	Grupo 06	15,13	442.700
39209	Grupo 07	16,88	493.900
39210	Grupo 08	18,51	541.600
39211	Grupo 09	21,1	617.400
39212	Grupo 10	28,08	821.600
39213	Grupo 11	29,95	876.300
39214	Grupo 12	31,47	920.800
39215	Grupo 13	33,16	970.300
39216	Grupo especial 20	34,82	1.018.800
39217	Grupo especial 21	36,51	1.068.300
39218	Grupo especial 22	38,34	1.121.800
39219	Grupo especial 23	48,07	1.406.500

Procedimientos Sala Especial Capítulo V

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de concepto 202034201514871 del 20 de agosto de 2020, resolvió la inquietud, en los siguientes términos:

"El Anexo Técnico 1 – Manual de Régimen Tarifario del citado Decreto (compilatorio del antiguo Decreto 2423 de 1996) establece en su numeral 51, que ***el uso de una sala especial para la realización de un procedimiento se reconoce mediante un valor equivalente al cuarenta y cinco por ciento (45%) del grupo quirúrgico*** *al que corresponde el procedimiento realizado o de la tarifa integral establecida para dicho procedimiento,* ***lo cual es aplicable a los procedimientos cruentos que, a criterio del profesional tratante, deban ser realizados en este tipo de sala****.*
"No obstante, ***los materiales de sutura, curación, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos,*** *que se consuman durante el procedimiento y la recuperación de la intervención o procedimiento cruento,* ***se reconocerán de acuerdo con el grupo en que esté clasificado y con las tarifas asignadas en el numeral 54.1 del mismo anexo****."*

Procedimientos Sala Especial Capítulo V

De manera que, la facturación de procedimientos cruentos en sala especial o de procedimientos incruentos se realiza como si fuera realizada en sala de cirugía, pero al final debemos calcular el 45% del valor de la sala, porque los otros ítems: cirujano, anestesiólogo, ayudante y material de sutura y curación se facturan de manera normal, sin aplicar ningún porcentaje que reduzca su valor.

Procedimientos Sala Especial Capítulo V



- HONORARIOS CX
- DERECHO SALA
- MATERIALES CX

G R A C I A S

Línea de atención al ciudadano: 01 8000 910270
Línea de atención al empresario: 01 8000 910682

@SENAComunica

www.sena.edu.co