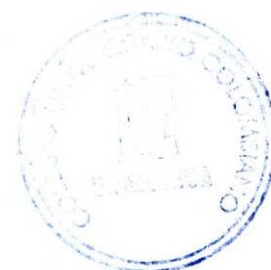


00815

**RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN LEGAL SANITARIA PARA
INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

**NATALIA ANDREA DIAZ SUAREZ
LUIS ALFONSO ISAZA SANDOVAL
DEISSY ALICIA MATEUS BELTRAN**



**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C.**

2.000

**RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN LEGAL SANITARIA PARA
INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

Monografía presentada como requisito parcial para optar el Título de Odontólogo

**NATALIA ANDREA DIAZ SUAREZ
LUIS ALFONSO ISAZA SANDOVAL
DEISSY ALICIA MATEUS BELTRAN**

**DIRECTORES
DR. JAIRO FORERO
Asesor Científico**

**DRA. ELBA MARIA BERMUDEZ
Asesor Metodológico**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFÉ DE BOGOTÁ D.C.**

2.000

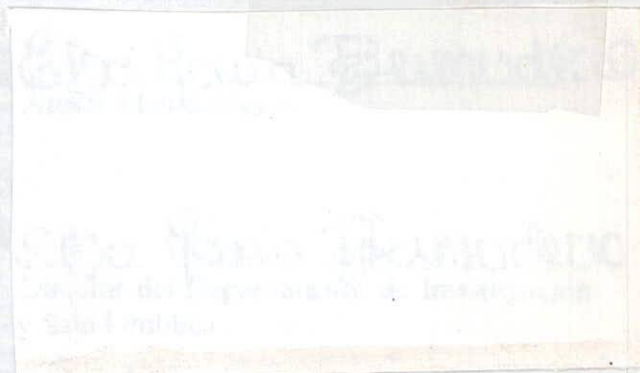
AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Dra. ELBA MARIA BERMUDEZ, Odontóloga Maestría en Administración de Salud y Coordinadora del Departamento de Investigación Salud Pública Colegio Universitario Colombiano, por su valiosa colaboración durante la realización de esta monografía, quien no solo se limitó a ser nuestra asesora sino también nuestra consejera, dándonos lecciones de vida para nuestro desarrollo personal y profesional, además se convirtió en nuestro ejemplo de lo que es un verdadero odontólogo talentoso, consagrado y amante de su profesión.

El trabajo de Grado RECOLECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE ÍNDICES EN EPIDEMIOLOGÍA Elaborado por NATALIA ANDREA DIAZ SUAREZ, LUIS ALFONSO ISAZA SANDOVAL y DEISSY ALICIA MATEUS BELTRAN, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el Título de Especialistas en Odontología.

Director de la Investigación



SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C., JUNIO DEL 2.000

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. JUSTIFICACIÓN	3
2. PROPÓSITO	4
3. OBJETIVO	5
3.1. OBJETIVO GENERAL	5
3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO	5
4. SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES	6
4.1. DEFINICIÓN	6
4.2. OBJETIVOS	6
4.3. CARACTERÍSTICAS	6
4.4. CAMPO DE APLICACIÓN	7
4.5. FORMULARIO DE AFILIACIÓN ARTÍCULO 18 DECRETO 1772 DE 1.994	8
5. RIESGOS PROFESIONALES	9
5.1. ACCIDENTES DE TRABAJO	10
5.2. ENFERMEDAD PROFESIONAL	10
5.3. COTIZACIONES	11
5.4. COTIZACIONES PARA ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO	11
5.5. AUTOLIQUIDACIÓN	12
5.6. DISTRIBUCIÓN DE LAS COTIZACIONES	12
5.7. INGRESO BASE LIQUIDACIÓN	13
5.8. BENEFICIOS	13
5.8.1. Servicios de prevención	13
5.8.2. Prestaciones asistenciales	14
5.8.3. Prestaciones económicas	14
5.8.3.1. Incapacidad temporal	14
5.8.3.2. Incapacidad parcial	15
5.8.3.3. Pensión de invalidez	15
5.8.3.4. Pensión de sobrevivientes	15
5.8.3.5. Pensión especial	16
5.9. PENSIONES Y PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES	17
5.9.1. Actividades ARP	17
5.9.2. Actividades de los empleadores	18
5.9.3. Actividades de los trabajadores	18

5.10. VIGILANCIA Y CONTROL	18
5.11. EMPRESAS DE ALTO RIESGO	19
6. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD OCUPACIONAL	19
6.1. LEY NOVENA DE 1.979	19
7. SALUD OCUPACIONAL	20
7.1. RESOLUCIÓN 02013 DE JUNIO 6 DE 1986	20
8. TABLA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES DECRETO 1832 DE 1.994	21
9. TABLA DE COTIZACIONES MÍNIMAS Y MÁXIMAS ARTÍCULO 13, DECRETO 1772 DE 1994.	23
10. TABLA DE CLASES DE RIESGOS ARTÍCULO 26, DECRETO 1295 DE 1.994	23
11. TABLA DE CLASES DE RIESGOS	23
12. RESOLUCIÓN 2546	24
12.1. GENERALIDADES	24
12.1.1. Objeto	24
12.1.2. Campo de aplicación	24
12.1.3. Definiciones	24
12.2. CAPITULO II DE LOS DATOS	25
12.2.1. Obligatoriedad de registro individual de atención.	25
12.2.2. Identificación de la información	27
12.2.3. Datos de consulta	27
12.2.4. Datos de los procedimientos	27
12.2.5. Datos de los procedimientos de laboratorio clínico, patológico y Radiología simple.	28
12.2.6. Datos de la hospitalización.	28
12.2.7. Datos de los recién nacidos	28
12.2.8. Datos de las urgencias	29
12.2.9. Datos de atención de salud	29
12.2.10. Datos de las codificaciones de uso común.	29
12.3. CAPITULO III PROCEDIMIENTOS DE LOS DATOS DE INFORMACIÓN PARA DATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.	29
12.3.1. Procesos de información para los datos de prestación de servicios	29
12.3.2. Procesos de informáticos en las entidades administradoras de Planes de beneficios.	30
12.3.3. Procesos informáticos	31
12.3.4. Actualización de la información epidemiológica	31
12.3.5. Registros individuales de atención de salud y el proceso de Facturación institucional	32
12.4. CAPITULO IV DISPOSICIONES FINALES	32
12.4.1. Término de aplicación.	32
12.4.2. Reserva, custodia y conservación de los datos.	32

12.4.3. Sanciones	33
12.4.4. Vigencia	33
13. PREGUNTAS Y RESPUESTAS RELACIONADAS CON EL MANEJO DE INFORMACIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD DEL SIIS	33
13.1. FRANJA COMÚN Y EL ARCHIVO PLANO	33
13.1.VARIABLES Y CAMPOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN	36
13.2.CODIFICACIÓN DE USO COMÚN.	41
13.3.RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS	44
13.4.RELACIÓN CON EL PROCESO DE FACTURACIÓN	46
13.5.PAPEL QUE CUMPLE LOS ORGANISMOS DE DIRECCIÓN	47
13.6.TRANSITORIEDAD PARA LA APLICACIÓN DE NORMAS.	48
13.7.INFORMACIÓN DE VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA.	49
13.8.HERRAMIENTAS DE SOFTWARE PARA EL MANEJO OPERATIVO	49
14. RESOLUCIÓN No. 2542 (SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN PARA EL S.G.S.S.).	50
14.1.CAPITULO I AMBITO Y DEFINICIONES	50
14.2.CAPITULO II DE LOS DATOS	51
14.3.CAPITULO III RESPONSABILIDADES DE LOS INTEGRANTES DEL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN	52
14.4.CAPITULO IV DE LAS ORGANIZACIONES Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN.	56
14.5.DISPOSICIONES FINALES.	59
15. RESOLUCIÓN No. 2390 (DATOS MÍNIMOS, RESPONSABILIDAD Y FLUJO DE INFORMACIÓN SOBRE AFILIACIÓN AL S.G.S.S.S.	59
15.1.CAPITULO I GENERALIDADES	59
15.2.CAPITULO II TIPO, FORMATO Y CODIFICACIÓN DE LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN.	61
15.3.CAPITULO III FORMATO DE LOS DATOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.	61
15.3.1. Información del cotizante	62
15.3.2. Información del Beneficiario	62
15.3.3. Novedad del ingreso	62
15.3.4. Actualización de datos y novedades del retiro, reingreso, traslado De afiliado.	62
15.3.4.1. Código y valor.	62
15.3.5. Actualización de datos y novedades de retiro, traslado, suspensión y desafiliación.	63
15.3.5.1. Código y Valor.	63
15.3.6. Información de empleadores	64

15.4.CAPITULO IV TIPO, FORMATO, CODIFICACIÓN DE LOS DTOS. DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.	65
15.5.CAPITULO V. FLUJO DE INFORMACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.	65
15.6.CAPITULO VI. FLUJO DE INFORMACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.	68
15.7.CAPITULO VIII. ASPECTO ADMINISTRATIVO PARA LA REMISIÓN DE INFORMACIÓN.	74
15.8.CAPITULO IX. DISPOSICIONES FINALES.	72
16. RESOLUCIÓN No. 1995 DE 1999 (NORMAS PARA EL MANEJO DE HISTORIAS CLÍNICAS)	72
16.1.CAPITULO I. DEFINICION Y DISPOSICIONES GENERALES	73
16.1.2. Características de la Historia Clínica	75
16.1.3. Obligatoriedad del registro	76
16.2.CAPITULO II DILIGENCIAMIENTO	76
16.3.CAPITULO III ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.	79
16.4.CAPITULO IV COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS.	82
17. RESOLUCIÓN 04252 DE 1997 (NORMAS TÉCNICAS, CIENTÍFICAS Y ADMINISTRATIVAS QUE CONTIENE LOS REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SALUD)	83
17.1.ARTICULO I DEFINICIÓN Y CAMPO DE APLICACIÓN	84
17.2.ARTICULO II REQUISITOS ESENCIALES.	84
17.3.ARTICULO III ADOPCIÓN DEL FORMATO	85
17.4.ARTICULO IV AUTORIDADES COMPETENTES PARA RECIBIR Y REGISTRAR.	85
17.5.ARTICULOS V DE LA REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN A NIVEL NACIONAL.	86
17.6.ARTICULO VI DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD.	87
17.7.ARTICULO VII REQUISITOS PARA SER I.P.S.	87
17.8.ARTICULO VIII LA ADECUACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE INSTITUCIONES.	89
17.9.ARTICULO IX DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES.	89
17.10. ARTICULO X VERIFICACIÓN	90
17.11. ARTICULO XI PLAN DE VISITAS	90
17.12. ARTICULO XII PLAN DE CUMPLIMIENTO	91
17.13. ARTICULO XIII VIGENCIA.	91
18. DECRETO 2753 DE 1997 (NORMAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS PRESTADORES DE SALUD).	92
18.1.DEFINICIÓN	92
18.2.ARTICULO II MODALIDADES DE PRESTACIÓN DE	

SERVICIOS	93
18.3.ARTICULO III DE LA COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS	93
18.4.ARTICULO IV DEL DISEÑO DE LOS SERVICIOS	94
18.5.ARTICULO V DE LA CALIDAD DEL SERVICIO	95
18.6.ARTICULO VI DEL REGISTRO DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD	95
18.7.ARTICULO VII CLASIFICACIÓN SEGÚN TAMAÑO Y COMPLEJIDAD.	96
18.8.ARTICULO VIII RECURSO HUMANO	96
18.9.ARTICULO IX SEGURIDAD DEL USUARIO	97
18.10. ARTICULO X DE LA CONTRATACIÓN	97
18.11. ARTICULO XI VIGILANCIA	98
18.12. ARTICULO XII TRANSITORIO	98
18.13. ARTÍCULO XIII DE LAS SANCIONES	99
18.14. ARTÍCULO XIV	99
19. BIOSEGURIDAD	100
19.1.NORMAS	100
19.2.MANEJO DE LOS DESECHOS	100
19.3.MANEJO Y RECOLECCIÓN DE LOS DESECHOS	101
19.4.EXPOSICIONES	101
20. DEFINICIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN	102
CONCLUSIONES	103
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

En este documento pretendimos hacer la recolección de datos, normas y decretos mínimos requeridos para las instituciones, con el fin de mejorar la calidad en la prestación del servicio en salud, al cual tenga acceso todo el personal como medio de consulta, para lo cual estudiaremos el Sistema General de Riesgos profesionales, que es el conjunto de entidades, normas y procedimientos destinados a proteger a los trabajadores; decretado en la Ley Novena de 1979 y en la Resolución 02013 de 1986.

Las normas de Bioseguridad realizando una evaluación de la tecnología biomédica que disminuya los riesgos de contaminación, decretado en la Resolución 970 del 3 de Octubre de 1997. La auditoría Médica que es la evaluación de la atención en salud. Con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios reglamentado en el decreto 2174. El Sistema Integral de Información nos brinda información confiable y oportuna, que permita a los organismos de dirección, vigilancia y control conocer el funcionamiento del sistema, decretado en las siguientes resoluciones: 2546 por la cual se determinan los datos mínimos de información sobre afiliación en el SGSSS. 2540 por la cual se reglamenta el Sistema Integral de Información SIIS. 1995 por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia Clínica. 00365 4 de Febrero de 1999 por la cual se adopta la clasificación única de los procedimientos en salud para su

identificación y denominación. 1830 por la cual se complementa y ajusta la clasificación Internacional de Enfermedades de la cual trata la resolución 2546 en los artículos 6,7,9 y 10; Resolución número 04252 del 14 de Noviembre de 1997 y Decreto 2753 del 13 de Noviembre de 1997.

1. JUSTIFICACIÓN

La inexistencia de un documento que recopile toda la información acerca de las normas decretadas para una adecuada prestación del servicio de salud, con el fin de recolectar la diferente información para brindar un soporte a las instituciones educativas.

2. PROPOSITO

Reunir la información legal sanitaria, para dar a conocer a los estudiantes empleados y personal administrativo de la institución las normas básicas para la prestación del servicio de salud y para que haya un documento que nos identifique y nos brinde la información básica para brindar salud en los términos de calidad y eficiencia de acuerdo con la ley.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las normas de seguridad en salud, con el fin de proponer una recolección de información, la cual sirva para un adecuado funcionamiento legal de una institución educativa prestadora de salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Brindar información al personal para el diligenciamiento de los Registros Individuales de Atención en Salud RIAS.
- Conocer las normas de seguridad que rigen una Institución.
- Ampliar la información acerca de las normas legales que rigen una institución.

4. SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES

4.1. DEFINICIÓN

Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores.

4.2. OBJETIVOS

- Establece actividades de Promoción y Prevención con el fin de mejorar las condiciones del trabajador.
- Fijar la prestación de atención, de salud y económicas por la incapacidad temporal.
- Realizar el pago a los afiliados, de las prestaciones económicas por incapacidad permanente, parcial o invalidez.

4.3. CARACTERISTICAS

- Controlado por el Estado.
- A las entidades administradoras les compete la afiliación y administración.
- Empleadores y trabajadores deben afiliarse al sistema.
- El empleador tendrá la libertad para la selección de la Entidad Administradora.

- La relación laboral, implica la obligación de pagar las cotizaciones, por parte del empleador.
- La cobertura se inicia el día calendario siguiente al de la afiliación.

4.4. CAMPO DE APLICACIÓN

Rige a todas las empresas del Territorio Nacional,

Excepto:

- ◆ Miembros de fuerzas militares y de Policía Nacional.
- ◆ Miembro no remunerado de las Corporaciones públicas.
- ◆ Afiliados del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magistrado.
- ◆ Empresas que estén en concordato.
- ◆ Los Servidores Públicos de la Empresa Colombiana de Petróleo.

Afiliación:

a. De forma obligatoria

- ◆ Trabajadores dependientes Nacionales o extranjeros.
- ◆ Jubilados o pensionados.
- ◆ Los estudiantes que deben ejecutar trabajos que signifiquen fuentes de Ingreso para la respectiva Institución, cuya actividad formativa se requiere para la culminación de sus estudios.

- ◆ Estudiantes de Establecimientos públicos o privados, por los accidentes que puedan sufrir con ocasión de sus estudios. De forma voluntaria

b. De Forma Voluntaria

Los trabajadores Independientes.

4.5. FORMULARIO DE AFILIACION (Artículo 18 Decreto 1772 de 1994)

- ◆ Lugar y fecha
- ◆ Nombre, Razón social y Nit del empleador.
- ◆ Dirección de la empresa.
- ◆ Actividad de la empresa.
- ◆ Si el empleador suministra el transporte.
- ◆ Razón social y Nit de la entidad ARP a la cual se afilia.
- ◆ Razón social y Nit de la entidad a la cual se desafilia.
- ◆ Firma empleado o Representante legal.

ANEXOS

- ◆ Nombres, Identificación, sexo, edad, cargo, salario.
- ◆ Datos del cónyuge, hijos, Beneficiarios, su edad y sexo.

5. RIESGOS PROFESIONALES

Son los accidentes de trabajo. O Enfermedad profesional.

Clase I	Riesgo Mínimo.
Clase II	Riesgo Bajo.
Clase III	Riesgo Medio.
Clase IV	Riesgo Alto.
Clase V	Riesgo Máximo.

La Clasificación sirve. Como base para la afiliación.

- ◆ Actividades de alto Riesgo (artículo 1º Decreto 1281)
- ◆ Trabajos de minería.
- ◆ Trabajos que impliquen la exposición a altas temperaturas.
- ◆ Exposición a Radiaciones o Ionizantes.
- ◆ Sustancias cancerígenas.
- ◆ Alto Riesgo para Servidores Públicos (Artículo 2º Decreto 1281)
 - a) En el D.A.S.
 - ◆ Detectives en sus distintos grados.
 - b) Rama Judicial
 - ◆ Jurisdicción penal como.
 - ◆ Magistrados
 - ◆ Jueces Regionales y penales.

◆ Fiscales.

3. Ministerio Público

Procuradores

Funcionarios

En la unidad Administrativa de la Aeronáutica civil

Cuerpo de bomberos.

5.1. ACCIDENTES DE TRABAJO

Se considera accidente de trabajo:

- Ejecución de ordenes aún fuera de trabajo
- Durante el traslado de los trabajadores de su residencia al lugar de trabajo o viceversa.

No se considera

- Actividades diferentes tales como recreativas, deportivas o culturales así se produzcan durante la jornada laboral (Art. 21 ley 50 del 90)
- El sucedido fuera de la Empresa durante permisos.

5.2. ENFERMEDAD PROFESIONAL

Por el medio que se ve obligado a trabajar.

Para determinación causa – efecto, según (Art. 3º. Dec. 1832/94) se identifica:

- La presencia de un factor de riesgo ocupacional
- La presencia de una enfermedad diagnosticada.

No existe relación causa – efecto, entre factores de riesgo en el sitio de trabajo, con la enfermedad diagnosticada cuando se determine:

- Que la enfermedad estuviere desde antes de iniciar a trabajar.
- La exposición ha sido insuficiente para causar la enfermedad.

5.3. COTIZACIONES

- Trabajadores independientes.

La base para cualquier cotización es calcular, se ha establecido que sea el salario mensual, que no podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente, ni superior a 20 salarios mínimos legales mensual vigente.

La remuneración del salario integral se calculará sobre el 70% de dicho salario, según (Art. 11, Decr. 1771).

- Monto de las cotizaciones:

El monto a cargo de los empleadores, no podrá ser inferior al 0.48% ni superior al 8.7% de la base de la cotización de los trabajadores.

5.4. COTIZACIONES PARA LAS ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO

- Para periodistas será el sueldo mensual vigente más el 0.5%.

- Rama judicial y Ministerio Público, corresponde a 6 puntos más a lo establecido por ley 100 de 1993 (3.5%) para un total de 9.5%.
- El DAS, Aeronáutica Civil, Bombero, corresponde al 8.5%, adicional para un total de 11.5%

5.5. AUTOLIQUIDACIÓN

Los empleadores tienen la función de realizar la autoliquidación de la cotización a su cargo.

5.6. DISTRIBUCIÓN DE LAS COTIZACIONES

- a. El 94% para cubrir las contingencias derivadas de los Riesgos Profesionales o para atender las prestaciones económicas y de salud.
- b. El 5% para programas, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- c. El 1% para el fondo de riesgos profesionales.

◆ NOVEDADES

Es la cobertura del sistema General de Riesgos Profesionales a partir del día calendario siguiente al de la afiliación el empleado.

Se considera novedades.

- Ingreso del trabajador
- Incapacidad
- Vacaciones
- Licencia
- Modificación del salario
- Traslado
- Cambio de nombre o razón social
- Cambio de actividad económica

5.7. INGRESO BASE DE LIQUIDACIÓN

- Para accidentes de trabajo:

Es el promedio de los seis meses anteriores o fracción de meses.

- Para enfermedad Profesional:

Es el promedio del último año o fracción de año.

5.8. BENEFICIOS

5.8.1. Servicios de Prevención

- Asesoría técnica básica para el diseño de programas de salud.
- Capacitación de primeros auxilios
- Fomento de estilos de trabajo y de vida saludable.

5.8.2. Prestaciones Asistenciales

- Asistencia médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica.
- Hospitalización
- Odontológico
- Diagnóstico y tratamiento
- Prótesis
- De accidente o enfermedad profesional
- Urgencias serán prestadas por cualquier institución con cargo a los servicios generales de riesgos profesionales.

5.8.3. Prestaciones Económicas

5.8.3.1. Incapacidad temporal:

Le impide desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado y recibirá un subsidio equivalente al 100% de su salario base de cotización, desde el día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo o se diagnostique la enfermedad profesional, hasta el momento de su rehabilitación y se considera por un periodo de 180 días que podrán ser prorrogados por un periodo que no supere otros 180 días y si no se rehabilita se inicia un procedimiento para determinar la invalidez.

5.8.3.2. Incapacidad permanente parcial:

Es la disminución parcial pero definitiva, igual o superior al 5% pero inferior al 50% de su capacidad laboral.

La remuneración equivalente al salario o renta que ganaba antes del accidente o enfermedad.

Todo incapacitado permanente tendrá derecho a que se le reconozca una indemnización en proporción al daño sufrido a cargo de la E.A.R.P. en una suma no inferior a un salario base de liquidación ni supere a 24 veces su salario.

5.8.3.3. Pensión de invalidez:

Cuando pierde el 50% o más de su capacidad individual.

Cuando la invalidez es superior al 50% e inferior al 66% tendrá derecho a una pensión equivalente al 60% de ingreso base de liquidación.

Cuando es superior al 66% tendrá derecho al 75% del ingreso base de la liquidación.

Cuando se requiere de auxilio de otras personas para sus funciones elementales de su vida, el monto aumenta en un 15%.

5.8.3.4. Pensión de sobrevivientes:

Si muere el afiliado tendrá derecho a la pensión las personas:

- Esposo/a o compañero/a que halla convivido por lo menos dos (2) años.
- Hijos menores de 18 años

- Hijos mayores de 18 años hasta los 25 años incapacitados para trabajar por sus estudios.
- A falta de compañero e hijos serán beneficiarios los padres si dependían económicamente de este.
- A falta de padres serán beneficiados los hermanos inválidos si dependían económicamente de éste.

El monto de pensión de sobreviviente será:

- Muerte del afiliado el 75% del salario base.
- Muerte del pensionado por invalidez el 100%.

La pensión de invalidez de sobrevivientes se ajustara anualmente.

- Auxilio Funerario:

Equivalente al valor del último salario base de liquidación.

5.8.3.5. PENSIONES ESPECIALES

- Los trabajadores con 500 semanas en el ejercicio de actividades de alto riesgo para la salud, tendrá derecho a la pensión especial de vejez, cuando reúnan los siguientes requisitos:
 1. 55 años de edad.
 2. Cotizar 1.000 semanas.
- Pensiones especiales:

- Los bomberos
 - Los fiscales que laboren en cuerpo de seguridad
 - El DAS
 - La rama judicial
 - Magistrados
 - Procuradores
 - Cuerpos de seguridad
 - Aerocivil
 - Servidores públicos de Inravisión y Telecom
- Determinación de la invalidez
 1. Por el I.S.S., compañía de seguros.
 2. En caso de controversia:
 - Juntas regionales de calificación de invalidez
 - En segunda instancia. La junta Nacional de calificación de invalidez.

5.9. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LOS RIESGOS PROFESIONALES

5.9.1. Actividades de las A.R.P.

- Vigilancia
- Asesoría Técnica de programas de salud
- Capacitación básica de primeros auxilios

- Fomento de Estilo de trabajo y vida saludable
- Llevar estadística de los accidentes de trabajo
- Dar a conocer a los empleados los riesgos de trabajo.

5.9.2. Actividades de los empleadores:

- Programas de salud ocupacional
- Prevención de riesgos profesionales
- Capacitar empleados en materia de salud ocupacional
- Informar todo accidente de trabajo
- Llevar estadísticas de trabajo.

5.9.3. Actividades de trabajadores

- Cumplir las normas
- Participar en la prevención
- Programas de capacitación

5.10. VIGILANCIA Y CONTROL

El gobierno nacional la ejerce y corresponde hacer vigilancia y control.

5.11. EMPRESAS DE ALTO RIESGO

Son las que manejan sustancias altamente tóxicas explosivas, material radioactivo.

Complejo mecanizado, construcción, fundición, perforación.

Distribución de energía.

6. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE SALUD OCUPACIONAL

- Dos representantes del ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Subdirector de Salud ocupacional del Ministerio de Salud.
- Jefe de dependencia competente de salud ocupacional o de I.S.S. o R.P.
- Jefe de Instituto Nacional de Salud.
- Uno de las Entidades Administrativas de R.P.
- Dos empleadores
- Dos trabajadores.

6.1. LEY NOVENA DE 1979

Salud ocupacional. La cual reglamenta preservarse, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones.

Las empresas deberá adoptar medidas efectivas para la promoción y prevención de la salud de los trabajadores.

Su prevención y conservación de tareas de interés social y sanitaria.

7. SALUD OCUPACIONAL

Objeto

- ◆ Prevenir todo daño para la salud en el trabajo.
- ◆ Prevenir contra riesgos relacionados con agentes físicos, químicos que afecten la salud.
- ◆ Proteger a los trabajadores contra radiaciones.

7.1. RESOLUCIÓN 02013 DE JUNIO 6 DE 1986

Se reglamenta la Organización funcionamiento de Comités de Medicina, higiene y Seguridad Industrial. Hoy denominado Comité Paritario.

El Comité es un organismo de Promoción y Vigilancia.

El comité está compuesto por representantes del empleador y trabajadores de la empresa.

Su periodo de duración es de dos años.

8. TABLA DE ENFERMEDADES PROFESIONALES
(Decreto 1832 de 1994)

1. Silicosis (Polvo de Sílice).
2. Silicoantracosis (Polvo de carbón y sílice).
3. Asbestosis (Polvo de asbesto).
4. Talcosis (Manipulación de polvos de talco).
5. Siderosis (Polvo de óxido de hierro).
6. Britosis (Polvo de óxido de bario).
7. Estañosis (Polvo de óxido de estaño)
8. Calicosis (Polvo de Calao o polvo de caliza).
9. Bisinosis (Polvo de Algodón).
10. Bgazosis (Bagazo de caña de azúcar).
11. Enfermedad Pulmonar por polvo de Cáñamo.
12. Tabacosis (polvo de tabaco).
13. Saturnismo (Plomo y sus compuestos).
14. Hidragirismo (Mercurio y sus amalgamas).
15. Enfermedades causadas por el Cadmio y sus compuestos.
16. Manganísmo (Maganeso y sus compuestos)
17. Cromísmo (Cromo y sus compuestos).
18. Beriliosis (Berilio y sus compuestos).
19. Enfermedades producidas por el Vanadio o sus compuestos.
20. Arsenísmo (Arsénico y sus compuestos).

21. Fosforismo (Fósforo y sus compuestos).
22. Fluorosis (Flúor y sus compuestos).
23. Clorismo (Cloro y sus compuestos).
24. Enfermedades producidas por radiaciones ionizantes.
25. Enfermedades producidas por radiaciones infrarrojas (Catarata)
26. Enfermedades producidas por radiaciones ultravioleta (conjuntivitis y lesiones de córnea).
27. Enfermedades producidas por iluminación insuficiente: fatiga ocular, nistagmus.
28. Enfermedades producidas por otros tipos de radiaciones no ionizantes.
29. Sordera profesional.
30. Enfermedades por vibración.
31. Calambre ocupacional de mano o antebrazo.
32. Enfermedades por temperaturas.
33. Enfermedades por temperaturas altas.
34. Catarata profesional
35. Síndromes por alteraciones barométricas.
36. Nistagmus de los mineros.
37. Otras lesiones osteo – musculares y ligamentosas.
38. Enfermedades infecciosas y parasitarias en trabajo con exposiciones a riesgos biológicos.
39. Enfermedades causadas por sustancias químicas y sus derivados.
40. Asma ocupacional y neumonitis inmunológica.

41. Cáncer de origen ocupacional

42. Patológicas causadas por estrés en el trabajo.

**9. TABLA DE COTIZACIONES MÍNIMAS Y MÁXIMAS
(Art. 13 del Decreto 1772 de 1.994).**

CLASE DE RIESGO	VALOR MINIMO	VALOR INICIAL	VALOR MAXIMO
I	0.348%	0.522%	0.696%
II	0.435%	1.044%	1.653%
III	0.783%	2.436%	4.089%
IV	1.740%	4.350%	6.960%
V	3.219%	6.960%	8.700%

**10. TABLA DE CLASES DE RIESGOS
(Artículo 26 del Decreto 1295 de 1994)**

CLASE	RIESGO
CLASE I	RIESGO MÍNIMO
CLASE II	RIESGO BAJO
CLASE III	RIESGO MEDIO
CLASE IV	RIESGO ALTO
CLASE V	RIESGO MÁXIMO

12. RESOLUCIÓN 2546

Por la cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

12.1. GENERALIDADES

12.1.1. Objeto

Definir los datos sobre prestaciones de salud, su estructura y características; establecer los procedimientos para su generación, actualización y administración.

12.1.2. Campo de aplicación

Será objeto de aplicación y obligatorio cumplimiento por parte de: Organismos de dirección, vigilancia y control del S.G.S.S.S.; las E.P.S. y las A.R.S.; los prestadores del servicio de salud; las compañías de seguridad que expide el SOAT y demás instituciones de salud y seguridad social en salud.

12.1.3. Definiciones

Se adoptan las siguientes definiciones para el Sistema Integral de Información del S.G.S.S.S.

- Fuentes de los datos sobre prestaciones de salud:

Es el proceso de atención en salud a una persona usuaria, de la cual se hace un registro de datos en la historia clínica y se genera un registro individual al de la atención.

- Procesos Informáticos:

- Actualización: consiste en el registro primario del dato, la modificación, eliminación y el ingreso de datos a medios magnéticos y electrónicos.
- Administración de datos: consiste en la conservación y depuración y eliminación de la información de las bases de datos del sistema.
- Transferencia de datos: es el envío de los datos utilizando un medio de comunicación magnético o electrónico.
- Disposición de datos: Consiste en la oferta de información de dominio público en medios masivos de comunicación.

12.2. CAPITULO II DE LOS DATOS

12.2.1. Obligatoriedad del Registro Individual de atención.

Los prestadores del servicio de salud en el sistema integral de información (s 11) deben diligenciar los registros individuales de atención (RIA), como soportes únicos de información de la atención.

- Entidades Administradoras de planes de beneficencia:

Son todas aquellas entidades responsables de la atención de salud de una población específica, en razón de un plan de aseguramiento o por disposición del sistema.

- Contenidos mínimos de datos sobre prestaciones de salud

Son un conjunto de datos cuya denominación, estructura y características se han unificado y estandarizado para todos los integrantes del sistema.

- Registro Individual de Atención:

Conjunto de datos relativos a las atenciones individuales de consulta, procedimiento, hospitalización, antes de urgencias y acciones de prevención.

Los datos de consulta son aplicables a consulta médica general especializada odontología general y especializada y a las consultas realizadas por otros profesionales de la salud.

Los datos de procedimientos son aplicados a procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos.

Los datos de hospitalización provienen de la hospitalización médica, quirúrgica y obstétrica.

Parágrafo 1. Las administradoras de planes de beneficios sólo podrán solicitar documentos soportes de la prestación del servicio de salud para solicitar su pago.

Parágrafo 2. Los prestadores de servicios, dentro de su propio sistema de información.

12.2.2. Identificación de la Información

Los prestadores de servicio de salud y las entidades administradores de planes de beneficios deben identificar los R.I.A. de acuerdo con la siguiente definición y estructura: Anexo No. 1.

12.2.3. Datos de consulta

Los prestadores de servicio de salud deberán general el registro individual de consulta con los datos de identificación del prestador y del usuario, de acuerdo con la siguiente estructura de características: Anexo No. 2.

12.2.4. Datos de Procedimientos

Los prestadores de servicio de salud deberán generar el registro, indicarán los procedimientos con los datos de investigación del prestador y del usuario, de acuerdo con la siguiente estructura y características. Anexo No. 3.

12.2.5. Datos de los procedimientos de laboratorio clínicos, patológicos y radiología simple.

Los prestadores de servicio de salud deberán generar el registro individual de procedimientos de laboratorio clínico y de patología con los datos de identificación del prestador y del usuario, de acuerdo con la siguiente estructura y características. Anexo No. 4.

12.2.6. Datos de la Hospitalización

Los prestadores de servicio de salud deberán generar el registro individual de hospitalización con los datos de identificación del prestador y del usuario, de acuerdo con la siguiente estructura y características. Anexo No. 5.

12.2.7. Datos de los recién nacidos

Los prestadores de servicio de salud deberán registrar los datos relativos a la condición de la madre y del recién nacido, encadenados a los datos de hospitalización, cuando ésta ha sido para atención obstétrica, de acuerdo con las siguientes estructuras y características. Anexo No. 6.

En el caso de parto múltiple se debe registrar los datos de condición de recién nacido para cada niño (a).

12.2.8. Datos sobre atención de urgencias.

Los prestadores de servicios de salud deberán generar el registro individual de urgencias, con los datos de identificación del prestador y del usuario, de acuerdo con la siguientes estructura y característica. Anexo No. 7.

12.2.9. Otros datos sobre atenciones de salud:

Los datos y soportes de otros componentes de la atención, tales como: los medicamentos, los dispositivos, (prótesis, material de osteosistemas, injertos, válvulas) y otros necesarios para la atención; hacen parte de la factura.

12.2.10. Datos de las codificaciones de uso común.

Las codificaciones de uso común serán únicas para todos los integrantes S.G.S.S.S. El Ministerio de Salud mantendrá actualizada las codificaciones.

12.3. CAPITULO III. PROCEDIMIENTOS INFORMÁTICOS PARA LOS DATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

12.3.1. Procesos informáticos para los datos de prestación de servicio:

Los prestadores de servicios son responsables de los siguientes procesos informáticos:

1. En la actualización de datos, deben: i) estandarizar las formas de registro manual o automatizado. ii) Hacer el registro de los datos simultáneamente con la presentación de la atención (R.I.A.) y iii) Garantizar la confiabilidad y validez de los datos sobre prestaciones de salud.
2. En la validación de los datos, previamente a su transferencia debe verificarse la consistencia de éstos.
3. En la transferencia de datos administradoras de planes de beneficios, deben enviar los registros individuales de atención junto con la respectiva factura, a las entidades administradoras de planes y beneficios, dentro del mes siguiente de la prestación de atención de salud.

12.3.2. Procesos informáticos en las entidades administradoras de planes de beneficios.

Dichas entidades están obligadas a garantizar la confiabilidad y calidad de la información sobre prestación de salud.

Las direcciones departamentales, distritales y locales de salud que actúan como administradoras, deben llevar a cabo los mismos procesos informáticos para la población vinculada y las atenciones cubiertas con recurso de oferta.

Los procesos informáticos manejan datos sobre prestaciones de salud por eventos catastróficos y accidentes de tránsito.

12.3.3. Para los anteriores efectos, los administradores de planes de beneficios son responsables de los siguientes procesos informáticos.

1. En la actualización de datos: dichas entidades deberán transferir los datos de las atenciones prestadas en el mes inmediatamente anterior.
2. En la validación de los datos: el Ministerio de Salud, a través de Administrado fiduciario del fondo de solidaridad y garantía – Fosyga, debe: verificar la procedencia y periodos informados: solicitar a las entidades administradoras la información que no ha sido enviada y que las tablas de datos estén diligenciadas completamente.
3. En la organización de la información para ser enviada al Ministerio de Salud: se enviará trimestralmente a cada dirección departamental de salud.
4. En la transferencia de datos, al Ministerio de Salud: debe generar periódicamente la información consolidada y agrupada, a nivel nacional.

12.3.4. Actualización de la información epidemiológica

Las direcciones departamentales y distritales de salud deben informar a las entidades administradoras de planes y beneficios, los casos firmados de las patologías de control, que fueron notificadas por los prestadores como casos presuntivos.

12.3.5. Registros Individuales de atención y el proceso de Facturación Institucional:

Los prestadores del servicio de salud deben acompañar la factura para efectos del pago, con los respectivos registros individuales de atención y también acompañados de un documento firmado por el representante legal.

Las entidades administradoras de planes de benéficos, recibirán archivos en medios magnéticos o electrónicos, cuando éstas sean ilegibles o presente defectos físicos.

Las instituciones a las que no se les hayan aceptados los activos, dispondrían de cinco (5) días hábiles para efectuar correcciones solicitadas.

12.4. CAPITULO IV DISPOSICIONES FINALES.

12.4.1. Término de Aplicación

Las entidades a las que se refiere la presente resolución deben responder por la reserva, custodia y conservación contará con un plazo de seis (6) meses a partir de la fecha de su expedición para dar cumplimiento a sus disposiciones.

12.4.2. Reserva, custodia y conservación de los datos

Las entidades a las que se refiere la presente resolución deben responder por la reserva, custodia y conservación de los datos de prestación de servicios de salud que generen y/o usen.

12.4.3. Sanciones

La entrega no oportuna y la falta de veracidad de la información, acarreará sanciones establecidas en el Artículo 173 de la Ley 100 de 1.993.

12.4.4. Vigencia

La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

13. PREGUNTAS Y RESPUESTAS RELACIONADAS CON EL MANEJO DE INFORMACIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD DEL SIIS.

13.1. FRANJA COMÚN Y EL ARCHIVO PLANO

¿En qué consiste la estabilización de datos de prestaciones de salud?

La estabilización de datos consiste en:

- Determinar los datos mínimos para responder a las necesidades.
- Establecer la longitud de los datos
- Establecer los valores normales
- Establecer una estructura única del archivo de datos.
- La estabilización es importante para facilitar el flujo de información.

¿Cómo operará la franja común de información?

La informática que será dispuesta en la franja común será manejada a través de mecanismos de comunicación masiva, mecanismo tecnológico que el ministerio de salud tiene disponible conjuntamente con las direcciones seccionales de salud.

¿Que es un archivo plano?

Es un archivo que tiene una estructura de campos definidos para cada registro.

¿Por que la estructura del archivo plano que se envía de una IPS A LA EPS es diferente al archivo que se envía de la EPS al ministerio de salud?

Por que algunos datos que conforman el registro individual de atención completo a los que captan la EPS/ARS de manera más confiable en el momento de la afiliación, que la IPS durante la prestación del servicio de salud.

¿Un registro individual de atención (RIA) es equivalente a un formato de registro?

A nivel operativo las instrucciones pueden registrar la atención de salud en formatos (formularios) para la recolección de información manual. – El tipo de características de los formatos (formularios) deben responder a las necesidades institucionales, de acuerdo con la organización funcional para sus proceso de atención.

¿Se debe diligenciar un registro por cada procedimiento repitiendo la identificación del usuario y el número de la factura?

Si, por cada atención prestada.

¿Se debe expedir una factura diferente por cada procedimiento durante una misma atención?

Una facultad puede contener las atenciones de salud de un mismo individuo o de varios individuos (según sea el esquema de facturación). Un número de factura puede aparecer en varios registros individuales de atención, lo que expresa que dichos registros individuales de atención que tiene un mismo número de factura están siendo cobrados bajo una misma factura.

¿Cuál es el modelo operativo para la transferencia de datos en el Sistema?

El modelo operativo establece que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen la obligación de reportar las atenciones de salud prestadas a los distintos tipos de usuarios con dos fines fundamentales: Cobrar la atención a la entidad respectiva y reportar la información sobre prestaciones de salud que el sistema requiere.

13.2. VARIABLES Y CAMPOS DEFINIDOS EN LA RESOLUCIÓN.

¿Es necesario diligenciar la discapacidad para todos los pacientes que se atienden en una institución?

No, solamente debe ser diligenciada para aquellos usuarios cuya discapacidad sea evidente en el momento de la atención.

¿Cómo se maneja el tipo y grado de discapacidad?

El tipo y grado de discapacidad debe diligenciarse solo cuando el médico detecte una discapacidad evidente en la persona.

¿El número de autorización que se asigna por una EPS / ARS es de más de 5 dígitos, que se hace en este caso?

Dependiendo de la composición del código este nunca debe sobrepasar cinco dígitos. Algunas EPS manejan el número de autorización compuesto con el código de la EPS, con el código de la IPS o con el código del procedimiento autorizado, en este caso no es necesario utilizar dicha composición dentro del número de autorización porque dichos datos son variables establecidas en el registro individual de atención.

¿La variable **CANTIDAD** en la estructura de procedimientos en qué casos se utiliza?

La cantidad de procedimientos se utiliza solo cuando se realizan procedimientos de un mismo tipo en una misma sesión o durante un mismo día.

¿Una glucometría cómo se registra y si durante el día se realizan diez mediciones se generaría diez registros individuales de atención?

La glucometría es un procedimiento que puede requerir varias mediciones, en este caso se registra como un solo procedimiento.

¿En los procedimientos de laboratorio es necesario registrar el diagnóstico previo?

En los exámenes de laboratorio no hay diagnóstico previo.

¿Al llenar los registros es necesario llevar un orden de los procedimientos y actividades?

No se requiere ningún orden en el archivo plano.

¿Cuáles procedimientos son de protección y cuáles de detección?

Los procedimientos de protección específica o de detección temprana están contemplados dentro de los cubrimientos del plan obligatorio de salud POS. Como ejemplo de procedimientos de protección específica (vacunación, fluorización, sellantes, entre otros) y de detección temprana (citologías con fines de detección de cáncer cervicouterino, test de hiperlipidemia, entre otros).

¿Las vacunas especiales que aplican a un paciente determinado, como se deben reportar?

Todos los procedimientos deben ser reportados en los registros individuales de atención.

¿Los procedimientos de medicina nuclear se incluyen en imagenología?

Los procedimientos de medicina nuclear que tiene que ver con imágenes son imagenología y deben ser clasificados como tales.

¿Ecocardiografía, procedimientos de cardiología no invasiva (pruebas de esfuerzo, Holter, Electrocardiograma de señal promediada, etc.), los demás procedimientos diagnósticos, tanto de electrofisiología como hemodinámica considerados invasivos,

se incluyen en la exclusión con relación a diagnóstico previo y diagnóstico posterior?

Son procedimientos de alta complejidad que requiere diagnóstico previo y posterior.

¿Los puntos o separaciones que existen en los códigos de identificación hacen parte del número de identificación del paciente?

Los números de identificación siempre deben manejarse como alfanuméricos porque es un campo clave de la base de todos. Las comas, puntos o guiones en código son máscaras para presentar el dato.

¿La resolución 2546 de 1998, incluye la estructura de laboratorio clínico, rayos X y patología y en la resolución 1832 de 1999 ya no aparece. Sólo se debe manejar una estructura de archivo o siguen siendo dos?

Se debe manejar un solo archivo plano con la estructura de procedimientos para la generación de información de cualquier procedimiento.

¿Por qué no manejaron todo con códigos numéricos, algunos quedaron con letras?

Todos los códigos deben ser alfanuméricos.

¿La clínica está ubicada en zona de frontera y a veces atendemos pacientes de otros países. A estos paciente qué municipio y qué departamento les colocó como lugar de residencia?

En este caso se consideran como pacientes particulares que deben codificarse con el departamento y municipio de residencia de fault (por defecto).

¿Las empresas que pagan los servicios de sus empleados a las IPS independientemente del sistema de seguridad social regido por la Ley 100, este tipo de usuarios sería PARTICULAR u OTRO?. Por ejemplo, en Bavaria sus empleados están inscritos en el Seguro Social, pero adicionalmente si desean pueden ser atendidos en clínicas privadas por médicos particulares y los paga Bavaria.

Cuando la atención es pagada en forma particular por la empresa o por el usuario, el tipo de afiliado es particular. Cuando la atención es reconocida por la EPS, cubriendo el plan de beneficios de POS contributivo el tipo de afiliado es contributivo.

¿Los formatos entregados por el Ministerio de Salud son de obligatorio cumplimiento?

Los formatos entregado por el Ministerio de Salud, son ejemplos que deben ser educados a la propia operación de las IPS.

¿Cómo se registra la variable conducta?

La variable conducta corresponde a las decisiones que un profesional puede tomar en la atención de un paciente.

¿Qué diferencia existe entre USUARIO Y PACIENTE?

Usuarios es cualquier persona que utiliza servicios del Sistema General de Seguridad Social.

Mientras que el paciente es el usuario que demanda servicios para resolver su problema de salud.

13.3. CODIFICACIONES DE USO COMÚN

¿Qué es la CUPS?

La sigla CUP es utilizada para denominar la clasificación única de procedimientos en salud.

¿Cuáles son los códigos de las entidades de medicina preparada y quién entrega los códigos?

Las empresas de medicina prepagada son codificadas por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud dispondrá las tablas a través de Internet y de las direcciones departamentales de salud.

¿Cómo se registran los medicamentos dentro del nuevo esquema del SIIS?

Los registros individuales de atención no contemplan datos sobre medicamentos. Estos deben ser reportados en la factura tal como lo hacen actualmente las IPS.

¿La codificación y denominación de medicamentos esenciales, de que trata la Resolución 1830 en el Artículo 70, deroga el Acuerdo 83, que había de los medicamentos del POS?

No, la resolución 1830 es la codificación de los medicamentos.

Este listado de medicamentos esenciales es que debe ser adoptado por el POS y asumido por todas las entidades de planes de beneficio (EPS, entidades de medicina prepagada, etc.).

Los medicamentos incluidos en el acuerdo 83 del 97 son los considerados esenciales para el SGSSS.

¿Quién codifica las patologías en las instituciones prestadoras de servicios?. ¿Cómo se hace para soportar esta labor?. ¿No hay disponibilidad de libros para la codificación?

Debe ser responsabilidad del personal de salud, que se entiende directamente responsable de determinar el diagnóstico o de realizar el procedimiento de salud para su codificación, actualmente se están entregando las resoluciones 945 y 365 de 1999.

¿Por qué en la tabla de ocupaciones aparecen las trabajadoras sexuales, pero las amas de casa y los estudiantes no están incluidos en la tabla?

Los trabajadores sexuales son definidos como ocupación por los dientes gremios internacionales que así lo disponen. La ocupación es toda actividad que genera ingreso económico.

¿Cómo se codifican las profesionales de salud como médico y odontólogo general en la tabla de especialidades?

La tabla de especialidades corresponde a las especialidades de salud aprobada por el ICFES. Si no se encuentra en dicha tabla la especialidad de diligencia con cero (0).

13.4. RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS

¿Cuándo una IPS es la encargada de tomar una muestra y otra IPS es la que la procesa, quién debe diligenciar el registro individual de atención?

El registro individual de atención debe ser realizado por quien realiza la atención y se convierte en soporte de la facturación de quien sobre la atención.

¿Cómo es el proceso de la organización y actualización de la información por parte de las administradoras de planes de beneficios?

El proceso de organización y actualización por parte de estas instituciones consiste en la recepción en los datos de cada uno de los prestadores de servicios de salud.

¿Qué tienen que hacer los administradores de planes de beneficios (ARS, EPS, DDS, DLS y las que se asimilan) par manejar la información de prestaciones de salud?

La información enviada por los prestadores de servicio de salud sobre atenciones debe alimentar, en las EPS/ARS y las que se asimilen, la base de datos de prestaciones de salud de sus afiliados y en los organismos de dirección y compañías aseguradas de SOAT las bases de datos de atenciones.

¿Cómo deben enviar los datos los administradores de planes de beneficios?

Los datos deben ser enviados de acuerdo como se establecen en los Art. 12°, 13° y 14° de la resolución 1832 a la dirección de sistemas de información del Ministerio de Salud.

¿Cómo se maneja la información de entidades de medicina prepagada?.

Las entidades de medicina prepagada de igual forma deben recibir, organizar y entregar al SGSSS la información sobre las atenciones realizadas a la población.

¿Cuándo un usuario de la atención paga particularmente pero esta afiliado a una EPS o una ARS que información se debe diligenciar obligatoriamente en la identificación?.

Cuando es particular no es necesario diligenciar tipo de usuario, tipo de afiliado y el código de la entidad asegurada.

¿Cuándo a una institución ingresa un paciente politraumatizado derivado de un accidente de tránsito y la cuenta la paga SEGUROS LA PREVISORA (SOAT) y el resto la paga FIDUSALUD, que tipo de usuario sería?.

Los registros individuales de atención de las personas atendidas de accidente de tránsito, deben llevar todos los datos establecidos en la resolución, solo que la factura se le dirijan a los respectivos pagadores del accidente de tránsito.

En el caso de accidentes de tránsito, si es muy importante en donde este afiliado el usuario y que tipo de usuario es.

¿Cuándo se realiza una cirugía de urgencias, cuales RIAS se generan?

Se generan los siguientes registros individuales: El registro individual de la urgencia, el registro de la consulta inicial de urgencias (puede haberla o no dependiendo de las condiciones en que llega el paciente), puede que le hagan interconsulta, puede que le hagan procedimientos propios de urgencias.

13.5. RELACIÓN CON EL PROCESO DE FACTURACIÓN

¿Cuándo un usuario recibe atenciones que deben ser pagadas por varios administradores de planes de beneficios, cómo se entrega los registros individuales de atención?

Cuando el evento de salud es facturado a más de un administrador de planes de beneficios la factura solo debe contener la atención cobrada a dicho administrador.

¿Cuál es el soporte básico del proceso de facturación de servicios de salud?

Como parte de la dinámica de SGSSS y de las relaciones contractuales entre el administrador del plan de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud

es indispensable un proceso de facturación de servicios de salud donde el prestador de servicios deberá enviar los registros en medio magnético.

¿Cuándo la atención se realiza mediante la contratación percápita cómo se maneja la información de prestaciones?

En este caso las IPS deben entregar las informaciones de las prestaciones de salud mes a mes, en la misma forma.

¿El suministro de oxígeno al paciente cómo se puede registrar?

El suministro de oxígeno es un producto que va registrado dentro de la factura como producto, cantidad y valor.

13.6. PAPEL QUE CUMPLEN LOS ORGANISMOS DE DIRECCIÓN

¿Las direcciones locales y departamentales de salud qué función cumplen dentro del SIIS?

Las direcciones locales y departamentales cumplen dos funciones básicas:

1. Como administrador del plan de beneficios de la población y subsidiada por fuera del POS, debe recibir la información de las IPS, validarla, reconocer los pagos, organizarla y entregarla al Ministerio de Salud.

2. Como organismo de dirección y control debe recibir de las IPS la información de las atenciones particulares y enviarla al Ministerio de Salud.

13.7. TRANSITORIEDAD PARA LA APLICACIÓN DE LAS NORMAS

¿Qué va a pasar con la información de morbilidad del segundo semestre de 1.999?

Con respecto a la información de morbilidad del segundo semestre de 1.999 necesaria para conocer el estado de salud de la población en el ámbito nacional, departamental o local, esta será la obtenida a partir de la información que entreguen los administradores de pagos de beneficios durante el segundo semestre de 1.999.

¿Durante el periodo de prueba (transición) hasta el 31 de diciembre de 1.999, se codificarán los procedimientos con los manuales tarifarios vigentes. Como el manual de ISS contempla una codificación de siete (7) dígitos, cómo se maneja esta codificación frente a la resolución 1832 de 1999, de la cual la codificación de procedimientos es de seis (6) dígitos?.

Como en el ISS la máxima longitud del código de procedimiento es 7 dígitos, se debe enviar la información del Código del procedimiento en dicha longitud.

13.8. INFORMACIÓN DE VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA

¿Cómo se va a manejar la información de vigilancia en salud pública?

Con respecto al modelo de vigilancia en salud pública (enfermedades de notificación obligatoria, mortalidad evitable, coberturas, enfermedades crónicas, factores de riesgo, entre otras), esta se debe seguir manejando tal como está establecido según la normatividad vigente establecida por el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Promoción y Prevención.

13.9. HERRAMIENTAS DE SOFTWARE PARA EL MANEJO OPERATIVO

¿El Ministerio de Salud cuándo va a entregar Software SIAGHO?

Con respecto al software SIAGHO el Ministerio de Salud, contrató la autorización de dicho producto para que cumpla con los requerimientos del sistema integral de información y el cambio de milenio, dicho software se espera entregar antes de terminar el presente año.

¿Se va a entregar software a las direcciones departamentales y locales de salud para el manejo de información de prestaciones?

Sí, se tiene previsto que antes de terminar el presente año se empiece a entregar el software para realizar la administración de la información a nivel territorial.

14. RESOLUCIÓN No. 2542

(Sistema Integral de Información para el S.G.S.S.S.)

Por la cual se reglamenta el Sistema Integral de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SIIS.

14.1. CAPITULO I. AMBITO Y DEFINICIONES

Artículo 1º - Ambito de aplicación: La presente resolución reglamenta: a) los datos que debe manejar el Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud que son generados por sus diferentes integrantes, su denominación, estructura y sus características; b) Los mecanismos operativos para la transferencia para los datos; c) La disposición y administración de los datos; y d) Las responsabilidades que asumen cada uno de los integrantes del SGSSS en el Sistema Integral de Información.

Artículo 2º - Definición: Adóptase como definición del Sistema Integral de Información del SIIS, el conjunto interrelacionado de usuarios, normas, procedimientos y recursos del sistema.

14.2. CAPITULO II. DE LOS DATOS

Artículo 3º - Estandarización de datos en el Sistema – Las instrucciones objeto de la presente reglamentación están obligadas a manejar y disponer los datos requeridos por el Sistema.

- **Afiliación e identificación de la población** – Volumen, estructura y dinámica de la elegibilidad y afiliación de la población al régimen contributivo y subsidiado.
- **Financiamiento:** Volumen, estructura y dinámica de los recaudos, asignaciones, pagos e inversiones por todas las fuentes de financiamiento del SGSSS.
- **Prestación de servicios de salud:** Volumen y estructuras de las atenciones de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- **Estado de Salud:** Volumen y estructura de la morbilidad, mortalidad y discapacidad de la población.
- **Factores de riesgo:** Volumen y características de los factores de riesgo del comportamiento biológico del ambiente.
- **Participación social:** Volumen, estructura e identificación de las organizaciones, de los espacios y las acciones de participación social.
- **Instituciones:** Volumen, estructura, identificación y características generales de las instituciones de dirección, administración y presentación de servicios de salud.
- **Mercados de servicio de salud:** Volumen, estructura y características de la oferta de servicio de salud.

- **Planeación:** Planes, programas, proyectos, actividades y recursos del sistema.
- **Regulación:** Normas, metodologías, guías, estándares, procedimientos y protocolos.

Artículo 4º - Transferencia de datos y disposición para su uso – Los datos relativos a la afiliación, el financiamiento, de prestación de servicios de salud, el estado de salud y de las instituciones se generan a partir de las operaciones y transacciones propias del sistema y la transferencia para la disposición seguirá el flujo establecido para las mismas.

14.3. CAPITULO III. RESPONSABILIDADES DE LOS INTEGRANTES DEL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN.

Artículo 5º - Responsable por la calidad, cobertura y oportunidad de los datos que genera – Responder por la reserva, custodia y conservación de los datos que generen y usen.

Artículo 6º - Del Ministerio de Salud – Este, en relación con el Sistema Integral de Información, es responsable de:

Definir los estándares de los datos para todo el Sistema.

Suministrar los datos sobre los procesos operativos que son de su competencia.

Vigilar y controlar el flujo de los datos generados por los procesos operativos que impliquen transacciones directas con otros integrantes del Sistema.

Incentivar la integración fundamental de los procesos de información en el Sistema.

Mantener la información desagregada, consolidada y analizada para todo el territorio nacional y disponerla para su utilización.

Artículo 7º - De las direcciones departamentales, distritales y municipales – Las direcciones departamentales, distritales, municipales, en relación con el Sistema Integral de Informaciones, están obligadas a:

Suministrar los datos sobre los procesos operativos que son de su competencia.

Difundir y ofrecer asistencia técnica a quienes lo requieren sobre: la aplicación de las normas y estándares de datos definitivos por el Ministerio de Salud, el funcionamiento del Sistema Integral de Información, los requerimientos de desarrollo, organizaciones y tecnológicos para responder a las exigencias del sistema.

Mantener la información desagregada, con solidez y analizada de su ámbito territorial.

Permitir la consulta de la información organizada y consolidada de su ámbito territorial a las EPS, ARS e IPS.

Artículo 8º - De las entidades administradoras – Las entidades de aseguramiento, administradoras del régimen subsidiado y las que asumen transitoriamente la administración de planes de beneficios, en relación con el Sistema Integral de Información están obligadas a:

Suministrar al Sistema Integral de Información los datos sobre los procesos operativos que son de su competencia.

Validar los datos, según los parámetros de control y organización.

Ajustar sus requerimientos de datos a los estándares de datos y regulaciones que establezca el Ministerio de Salud al respecto.

Permitir y facilitar a los organismos de dirección y control del SGSSS, el acceso a sus bases de datos que sean materia de conocimiento y control.

Artículo 9º - De los prestadores de Servicios de Salud – Estos en relación con el Sistema Integral de Información, están obligados a:

Contar con mecanismos confiables para el registro primario de los datos sobre prestaciones de salud.

Contar con mecanismos para la transferencia, en medio magnético o electrónico, de los datos de las atenciones de salud.

Hacer la notificación inmediata de las patologías de control que defina el ministerio de Salud.

Registrar los datos relativos a la anterior de salud según los estándares definidos por el Ministerio de Salud.

Suministrar y reportar los datos sobre los procesos operativos que son de su competencia.

Permitir el acceso a los registros individuales de atención y a otros registros de salud, que requieran los organismos de dirección y control, así como las EPS, ARS, direcciones departamentales y locales para sus procesos de verificación y auditoría sobre las prestaciones de servicios contratados.

Artículo 10º - De las compañías aseguradoras que manejen el seguro obligatorio de accidentes de tránsito – SOAT – Todas las compañías aseguradoras del territorio

nacional, que manejen el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, deben suministrar los datos establecidos sobre prestaciones de salud en caso de accidente de tránsito.

Artículo 11° - De la supervivencia Nacional de Salud – La Superintendencia Nacional de Salud cumplirá los requerimientos de datos que se definan en el Sistema Integral de Información y se generen de manera sistemática.

Artículo 13° - De los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud – Los afiliados tienen la obligación de suministrar los datos que las entidades administradoras, requieran en el desarrollo de sus procesos propios del aseguramiento y de prestación de los servicios de salud.

Los usuarios de los servicios de salud deben suministrar, a los prestadores, la información verás, clara y completa de su estado de salud.

14.4. CAPITULO IV. DE LAS ORGANIZACIONES Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN.

Artículo 14° - De la dirección y el control del Sistema Integral de Información - El Ministerio de Salud ejercerá la Dirección del Sistema Integral de Información, a través de la Dirección de Sistemas de Información.

El control sobre la calidad de los datos y la información, el cumplimiento de los estándares relativos a su generación, transferencia y disposición, lo ejercerá el Ministerio de Salud a través de las dependencias responsables de los procesos de afiliación, financiamiento, prestación de servicios de (promociones y prevención y de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), vigilancia en salud pública y desarrollo institucional.

Artículo 15° - Del Comité de Sistemas de Información – El Ministerio de Salud, las direcciones departamentales y distritales de salud y las direcciones locales de salud de los municipios de categoría especial o primera, deberán conformar en sus respectivas instituciones, un Comité de Sistemas de Información que sirva de mecanismo de integración y participación organizada de todos los integrantes del SGSSS.

Parágrafo 1 – El Comité de Sistemas de Información del Ministerio de Salud, asesorará a los organismos competentes, cuando estos lo requieran en materia de regulación de la información.

Parágrafo 3 – La estructuración, organización y funcionamiento de los comités de sistemas de información, será establecida por el Ministerio de Salud.

Artículo 16° - De las disposiciones de la información – Para la disposición de la información, el Ministro de Salud reglamentará la definición, estructura y características de los datos del Sistema Integral de Información.

Artículo 17° - De la administración de la Red de Información en Salud – REDINSA – y de las bases de datos que la conforman. Estará a cargo de cada una de las direcciones departamentales, distritales y locales de salud en su ámbito territorial y en el ámbito nacional será responsabilidad del Ministerio de Salud a través de la Dirección de Sistemas de Información.

Parágrafo – La red de Información en Salud – REDINSA. Es el conjunto de medios físicos y lógicos que permiten actualizar, transferir la información del Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SIIS.

Artículo 18° - De la actualización de los requerimientos del Sistema Integral de Información – El Ministerio de Salud, revisará anualmente los modelos de datos para ajustarlos a los nuevos requerimientos que surjan en el proceso de consolidación y operación del Sistema General de Seguridad Social.

14.5. DISPOSICIONES FINALES

Artículo 19º - Las disposiciones que establecen requerimientos de información para procesos particulares tales como: planeación doctoral, descentralización seguimiento al Sistema de Salud, deberán ajustarse a los contenidos.

Artículo 20º - La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

15. RESOLUCIÓN 2390

(Datos mínimos, responsabilidad y flujo de información sobre afiliación al S.G.S.S.S.)

Por lo cual se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información sobre afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

15.1. CAPITULO I. GENERALIDADES

Artículo 1º - Objeto – Definir los datos mínimos que las Entidades promotoras de Salud – EPS, las Administradoras del Régimen Subsidiado – ARS y las que se asimilen, deberán mantener actualizados.

Artículo 2° - Campo de aplicación – La presente resolución se aplica a los Departamentos, Distritos y Municipios, a las EPS, a las ARS y las que se asimilen.

Artículo 3° - Las EPS, las ARS y las que se asimilen, deberán mantener actualizada la información generada en el proceso de afiliación, al igual que la información histórica.

Artículo 4° - Las EPS, las ARS y las que se asimilen, dejarán a disposición de los Organismos de Dirección, Vigilancia y Control y de los Departamentos, Distritos y Municipios, la información generada en el proceso de afiliación.

Artículo 7° - La información de afiliación a que se refiere ésta Resolución, deberá ser generada por un sistema de información autorizado, el cual contará con las siguientes características:

- a. **Captura de datos:** El sistema debe facilitar el ingreso de la información y sus novedades, mediante un módulo que además de permitir el registro.
- b. **Almacenamiento de datos:** Los datos capturados serán almacenados en un manejador de base de datos relacionados, el cual garantice la consistencia, el acceso y la seguridad de la información.
- c. **Salidas de información:** El sistema deberá generar en forma sistemática, la información que se define en ésta resolución y las del Ministerio de Salud y demás organismos.

d. **Auditoría y supervisión:** El sistema deberá documentarse de tal forma que pueda ser auditado y supervisado.

Artículo 8º - Las EPS, las ARS y las que se asimilen, deberán aplicar las tablas básicas de uso común tales como la división política – administrativa – DANE y las actividades económicas.

15.2. CAPITULO II. TIPO, FORMATO Y CODIFICACIÓN DE LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Artículo 9º - **Identificación de las entidades** – La información referente a la identificación de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado – ARS y las que se asimilen, será la asignada por la Superintendencia Nacional de Salud y se ajustará al siguiente formato (anexo 8º).

15.3. CAPITULO III. FORMATO DE LOS DATOS DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO.

Artículo 11º - Las EPS y las que se asimilen, deberán mantener actualizados y a disposición de los organismos de la Dirección, Vigilancia y Control y de los departamentos, distritos y municipios, los datos de los afiliados al Régimen Contributivo de acuerdo con el siguiente formato y codificación. Anexo 9º).

15.3.1. Información del cotizante

15.3.2. Información del Beneficiario y del Adicional (se refiere al cotizante dependiente definido en el artículo 40 del Decreto 806 de 1998) (anexo 10).

15.3.3. Novedad del Ingreso: Las administradoras de Régimen subsidiado deberán registrar las novedades de ingreso, utilizando los formatos definidos en los números anteriores.

15.3.4. Actualización de datos y novedades de retiro, reingreso y traslado de afiliados: Las ARS deberán mantener actualizada la información enunciada en los numerales anteriores, a través del Sistema de Registro de Novedades.

Las novedades mínimas que deberán registrar son:

15.3.4.1. Código y valor.

CL = Cambio de identificación.

CR = Cambio de Departamento y/o Municipio de la residencia habitual

CZ = Cambio de zona

TA = Cambio de tipo de beneficiario (cabeza de familia u otro integrante del grupo).

CD = Declaración de discapacidad.

NS = Cambio de nivel SISBEN

CS = Cambio de fecha del SISBEN

CF = Cambio de fecha de la fecha del SISBEN

IC = Pérdida de calidad de afiliado por Ingreso al Régimen Contributivo

TS = Traslado a otra ARS

RM = Retiro por muerte

UF Pérdida de calidad de afiliado por uso fraudulento del carnet

CE = Carnetizado

DA = Retiro por doble afiliación.

15.3.5. Actualización de datos y novedades de retiro, traslado, suspensión y desafiliación.

Las EPS o las que se asimilen deberán mantener actualizada la información enunciada en los numerales anteriores, a través del sistema de registro de novedades.

Las novedades mínimas que deben registrar son:

15.3.5.1. Código y valor.

CL = Cambio de documentos de identificación.

CR = Cambio del Departamento o Municipios de la residencia habitual

CZ = Cambio de zona

TA = Cambio de tipo de afiliado

CC = Cambio de tipo de cotizante

CD = Declara discapacidad

TC = Traslado a otra EPS o similar

TS = Traslado a Régimen Subsidiado

RM = Retiro por muerte

RI = Reingreso antes de 6 meses.

ND = Dejó de ser dependiente económicamente.

SD = Pasó a ser dependiente económicamente.

NE = Dejó de ser estudiante de tiempo completo, depende Económicamente y para UPC adicional.

SE = Pasó a ser estudiante de tiempo completo y depende Económicamente.

IP = Declara incapacidad permanente y depende económicamente.

SU = Suspensión

DS = Desafiliación

DA = Retiro por doble afiliación.

15.3.63 Información de empleadores

Las EPS mantendrán actualizada y a disposición de los Organismos de dirección, vigilancia y control y de los departamentos, distritos y municipios, los datos de los empleadores de los afiliados al régimen contributivo de acuerdo con el siguiente formato y codificación anexo 11.

15.4. CAPITULO IV. TIPO, FORMATO Y CODIFICACIÓN DE LOS DATOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

Artículo 12º - Las administradoras del régimen subsidiado, mantendrán actualizados y a la disposición de los organismos de dirección, vigencia y control y de los departamentos, distritos y municipios, los datos de los afiliados al régimen subsidiado de acuerdo con el siguiente formato y codificación anexo 12.

Artículo 13º - EPS o las que se asimilen, deberán remitir los archivos con información de todos sus afiliados al Ministerio de salud. Administrador fiduciario del fondo de solidaridad y garantía.

1. Información del beneficiario cabeza de familia.
2. Información de beneficiario integrantes del grupo familiar anexo 13.

15.5. CAPITULO V. FLUJO DE INFORMACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

Artículo 13º - Las EPS o los que se asimilen, deberán remitir los archivos con la información de todos sus afiliados, al Ministerio de Salud – administrador fiduciario del fondo de solidaridad y garantía.

Las EPS o las que se asimilen, deberán remitir copia de los mismos archivos a los departamentos, distritos y municipios.

Archivo maestro:

Este archivo contiene tres (3) tipos de registro:

- **Registro de identificación y control general.** Este es el primer registro del archivo e irá en primer volumen.
- **Registro de identificación y control por volumen.** Este es el segundo registro del primer volumen.
- **Registro de datos.** Son los registros que siguen al registro de identificación y control por volumen y contienen la información de los afiliados.

El número total de registro por cada volumen no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético.

Diseño del Registro de identificación y control General anexo 14.

Diseño del registro de identificación y control por volumen anexo 15.

Diseño de los Registros de datos: Maestro de cotizante anexo 16.

Diseño de registros de datos: maestro de beneficiarios y adicionales anexo 17.

Archivo novedades:

Este archivo contiene tres (3) tipos de registro.

- **Registro de identificación y control general.** Este es el primer registro del archivo e irá en el primer volumen de los medios magnéticos.
- **Registro de identificación y control por volumen.** Este es el segundo registro del primer volumen de los medios magnéticos.
- **Registro de datos.** Son los registros que siguen al registro de identificación y control por volumen y contienen la información de novedades de los afiliados clasificadas en dos tipos: de ingreso y de actualización de datos y novedades de traslado, suspensión y desafiliación.

Diseño del registro de identificación y control general anexo 18.

Se deben diligenciar un registro por cada tipo de novedad anexo 19.

Artículo 14º - Fechas de entrega de los archivos:

Archivo maestro (cotizantes – beneficiarios y adicional): Las EPS o las que se asimilen, entregarán anualmente al Ministerio de Salud – Administrador fiduciario del fondo de seguridad y garantía y a los departamentos, distritos y municipios.

Archivo novedades: Las EPS o las que se asimilan, entregarán el archivo de las novedades mensualmente, al Ministerio de Salud administrador fiduciario del fondo de solidaridad y garantía.

Las EPS o las que se asimilen, entregarán el archivo de novedades a los departamentos, distritos y municipios bimestralmente.

15.6. CAPITULO VI. FLUJO DE INFORMACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

Artículo 15º - Las ARS deberán remitir a los departamentos, distritos y municipios, según sea el caso, los siguientes archivos en medio magnético.

Archivo maestro:

Este archivo contiene tres (3) tipos de registro.

- **Registro de identificación y control general.** Este es el primer registro del archivo e irá en el primer volumen de los medios magnéticos.
- **Registro de identificación y control por volumen.** Este es el segundo registro del primer volumen de los medios magnéticos.
- **Registro de datos.** Son los registros que siguen al registro de identificación y control por volumen y contienen la información de los afiliados.

El número total de registros por cada volumen no debe superar el 80% de la capacidad total del medio magnético.

Diseño del registro de identificación y control general anexo 20.

Diseño de los registros de identificación por volumen anexo 21.

Diseño de los registros de datos – Maestro anexo 22.

Archivo novedades.

Diseño de registro de identificación y control general anexo 23.

Diseño de registro de identificación y control por volumen anexo 24.

Se debe diligenciar un registro por cada tipo de novedad anexo 25.

Artículo 16º - Fechas de entrega de los archivos.

Archivo maestro: Las ARS remitirán el archivo maestro de sus afiliados, al municipio o a los distritos, en las fechas establecidas en el Acuerdo 77 de Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los municipios y los distritos remitirán copia del archivo maestro de sus afiliados al Ministerio de Salud.

La dirección general de seguridad social remitirá este archivo administrador fiduciario del fondo de solidaridad y garantía.

Archivo novedades: Las ARS entregarán el archivo de novedades, bimestralmente al municipio o distrito dentro de los siguientes a la fecha de corte.

Los municipios y distritos remitirán el archivo de novedades al Ministro de Salud bimestralmente.

Artículo 17º - Los estándares para los medios magnéticos son:

- a) CD ROM, de 74 min., 650 Mg.
- b) Cartridges, de 750 pies, 400 Mg. Con compresión a 800, tipo minicartridges.
- c) Disquetes: de 3.5, alta densidad.

Artículo 18º - Características del formato:

- Todos deben ser grabados en archivo plano, como alfanuméricos
- El separador de campos debe ser coma (,)
- El fin de registro debe ser el carácter "enter"

- No debe venir ningún campo sin información.

15.7. CAPITULO VIII. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA REMISIÓN DE INFORMACIÓN.

Artículo 19º - Los medios magnéticos deberán entregarse acompañados de una certificación del representante legal de la entidad remitente.

Artículo 20º - El Ministerio de Salud devolverá los medios magnéticos si son ilegibles, presentan defectos físicos.

Artículo 21º - A las instituciones a las que se les haya devuelto los medios magnéticos, tendrán un periodo máximo de diez días hábiles para entregar la información corregida.

Artículo 22º - Los organismos de dirección, vigilancia y control, los departamentos, distritos y municipios, las EPS, las ARS. Y las que se asimilen, deberán responder por la reserva, custodia y conservación de los datos de afiliación.

Artículo 23º - La no entrega oportuna o la no veracidad de la información acarreará las sanciones establecidas por la ley.

15.8. CAPITULO IX. DISPOSICIONES FINALES.

Artículo 24° - Las entidades territoriales realizarán la verificación y cruce de información entre los afiliados del régimen contributivo y el régimen subsidiado en su ámbito territorial.

Artículo 25° - Las instituciones contarán con un plazo de tres meses, a partir de la fecha para la aplicación de las disposiciones de esta resolución.

Artículo 26°- Vigencia: La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

16. RESOLUCIÓN No. 1995 DE 1999

(Normas para el manejo de Historias Clínicas)

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

Que conforme al artículo 8 de la ley 10 de 1990, al Ministerio de Salud le corresponde formular las políticas y dictar las normas científico – administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema de salud.

Que la Ley 100 de 1993, en su Artículo 173 numeral 2, faculta al Ministerio de Salud para dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios.

Que el Decreto 2174 de 1996, mediante el cual se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del sistema General de Seguridad Social en Salud, en el numeral 4 del Artículo 5, estableció como uno de los objetivos del mismo, estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad.

Que la historia clínica es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

Que de conformidad con el Artículo 35 de la Ley 23 de 1981, corresponde al Ministerio de Salud implantar modelos relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Que se hace necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas.

16.1. CAPITULO I DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES

- a. La Historia Clínica: Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos

médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

- b. Estado de Salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental.
- c. Equipo de Salud: Son los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del usuario.
- d. Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligotario del estado de salud.
- e. Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios activos y de los que han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.
- f. Archivo central: Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

- g. Archivo Histórico: Es aquel al cual se transfieren las Historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

16.1.2. Características de la Historia Clínica:

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud.

Secuencialidad: los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.

16.1.3. Obligatoriedad del registro.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en.

16.2. CAPITULO II. DILIGENCIAMIENTO

Artículo 5º - Generalidades

La historia clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.

Artículo 6º - Apertura e identificación de la Historia Clínica.

Todo prestador de servicio de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de Historia Clínica.

A partir del 1º de Enero del año 2.000, de identificación de la Historia Clínica, se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de 7 años y el número del registro civil para los menores de 7 años.

Parágrafo 1. Mientras se cumpla el plazo del menor los prestadores de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

Parágrafo 2. Todos los prestadores de servicios de salud deben utilizar una historia única institucional.

Artículo 7º - Numeración consecutiva de la Historia Clínica.

Todos los folios que componen la Historia Clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro.

Artículo 8º - Componentes:

Son componentes de la Historia Clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

Artículo 9º - Identificación del Usuario.

Compuesto por: Datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio.

Artículo. 10. REGISTROS ESPECIFICOS:

Es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención.

Parágrafo 1. Cada institución podrá definir los datos adicionales en la Historia Clínica, que resulten necesarias para la adecuada atención del paciente.

Parágrafo 2. Todo prestador de servicios de salud debe adoptar los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su institución.

Artículo. 11. Anexos

Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención.

Parágrafo. 1. Los reportes de exámenes para clínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la Historia Clínica.

Parágrafo. 2. En los casos de imágenes diagnosticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes para clínicos.

Parágrafo. 3. Los archivos de imágenes diagnósticas que hasta la fecha existen en la IPS deberán conservarse de acuerdo a los tiempos fijados en el artículo 15 de la presente resolución.

Parágrafo. 4. En todo caso el prestador de servicios será el responsable de estas imágenes sino ha dejado constancia en la Historia Clínica de su entrega.

16.3. CAPITULO III ORGANIZACIÓN Y MANEJO DEL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS.

Artículo.12. Obligatoriedad del Archivo:

Todos los prestadores del servicio de salud, deben tener un archivo único de Historia Clínica en las etapas del archivo de gestión, central e histórico.

- Artículo. 13. Custodia de la Historia Clínica:

Estará a cargo del prestador de servicios de salud que la genere en el curso de la atención.

Parágrafo. 1. Del traslado entre prestadores de servicio de salud de la Historia Clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución.

Parágrafo. 2. En los eventos múltiples Historias Clínicas el prestador que requiere información contenida en ellas, podrá solicitar copia a cargo de las mismas.

Parágrafo. 3. En caso de liquidación de una IPS, la Historia Clínica se deberá entregar al usuario o su representante legal.

Artículo 14º - Acceso a la Historia Clínica.

Podrán acceder a la información de la Historia clínica:

1. El usuario
2. El equipo de salud
3. Las autoridades judiciales y de salud
4. Las demás personas determinadas en la ley.

Parágrafo: El acceso a la Historia Clínica, se entiende única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten precedentes.

Artículo 15º - Retención y tiempo de conservación

La Historia Clínica debe conservarse por un período mínimo de 20 años a partir de la fecha de la última atención. Mínimo 5 años en el archivo de gestión y mínimo 15 años en el archivo central.

Artículo 16° - Seguridad del Archivo e historias clínicas:

El prestador de servicios de salud, debe archivar la Historia Clínica en un área restringida con acceso limitado al personal de salud autorizado.

Artículo 17° - Condiciones físicas de conservación de la historia Clínica:

Los archivos de Historia Clínica deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin.

Artículo 18° - De los medios técnicos de registro y conservación de la Historia Clínica:

Los prestadores de servicio de salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadores y medios magneto ópticos, cuando así lo consideren conveniente.

Los programas autorizados que se diseñen y utilicen para el manejo de Historias Clínicas, deben estar provistos de mecanismos de seguridad, que impidan el acceso de personal no autorizado.

Los prestadores de servicio de salud deben permitir la identificación del personal responsable de los datos consignados.

16.4. CAPITULO IV. COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

Artículo 19º - Definición:

Es el conjunto de personas que al interior de una IPS, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la Historia Clínica.

Parágrafo. El Comité debe estar integrado por personal del equipo de salud.

Artículo 20º - Funciones del Comité de Historias Clínicas.

- a. Promover en la institución la adopción de las normas nacionales sobre Historias Clínicas y velar que estas se cumplan.
- b. Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del prestador.
- c. Elevar a la dirección y al comité técnico – científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe tener la Historia Clínica.
- d. Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historia Clínica

Artículo 21º - Sanciones

Los prestadores de servicio de salud que incumplan con lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales.

Artículo 22º - Vigencia

La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Objeto de Estudio: La resina acetálica sobre siembras de cepas de streptococos.

Variables: Tipo de Microorganismo: Streptococos, Mutans, S. Salivarius, S. Mitis.

17. RESOLUCIÓN NÚMERO 04252 DE 1997

Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la Declaración de Requisitos Esenciales y se dictan otras disposiciones.

LA MINISTRA DE SALUD

En ejercicio de sus facultades legales y en especial las conferidas por el literal d) del artículo 9 de la Ley 10 de 1990, los numerales 2 y 3 del artículo 173 y el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 10 y 13 del Decreto 2174 de 1996.

RESULEVE:

17.1. ARTÍCULO 1. DEFINICIÓN Y CAMPO DE APLICACIÓN

Sin perjuicio de lo dispuesto en las disposiciones sanitarias vigentes en la materia, los requisitos esenciales a que se refiere la presente reglamentación son las condiciones mínimas de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico – administrativos, sistema de información, transporte y comunicaciones y auditoría de servicios, que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud a los que se refiere el párrafo 2 del artículo 1 del Decreto 2174 de 1996, para garantizar que la atención de los usuarios sea prestada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica.

17.2. ARTÍCULO 2. DEFINICIÓN DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES.

La Declaración de Requisitos Esenciales es la manifestación mediante la cual los prestadores de servicios de Salud, afirman ante la autoridad competente que los servicios

que ofrecen cumplen con los requisitos esenciales establecidos por el Ministerio de Salud.

17.3. ARTÍCULO 3. ADOPCIÓN DEL FORMATO.

Para la Declaración de Requisitos Esenciales se adopta el formato respectivo el cual hace parte integral de la presente resolución. Con base en este formato se mantendrá actualizado el Registro Especial de Instituciones de salud de acuerdo con lo establecido en la Ley 10 de 1990 y en sus normas reglamentarias.

17.4. ARTÍCULO 4. DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA RECIBIR Y REGISTRAR LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES.

Las Direcciones Seccionales, Distritales y las Municipales certificadas, de acuerdo con la jurisdicción respectiva, son las autoridades competentes para registrar las Declaraciones de Requisitos Esenciales.

La Dirección de Salud correspondiente incluirá la información consignada en la Declaración de Requisitos Esenciales en el Registro Especial de Instituciones, manteniendo el código de las Instituciones actualmente registradas y asignándole a las Instituciones nuevas el código consecutivo.

PARÁGRAFO PRIMERO. De conformidad con el artículo 10 del Decreto 2174 de 1996, la Declaración de Requisitos Esenciales tiene una vigencia de dos (2) años.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Cuando se presenten modificaciones en la prestación de servicios que impliquen cambios en lo declarado, los prestadores de servicios de salud están obligados a informarlo inmediatamente a la Dirección de Salud correspondiente para la actualización del registro.

PARÁGRAFO TERCERO. Cuando un prestador de servicios de salud tenga más de un establecimiento, debe registrar una Declaración de Requisitos Esenciales independiente para cada uno de ellos ante la dirección de salud correspondiente.

17.5. ARTÍCULO 5. DE LA REMISIÓN DE LA INFORMACIÓN AL NIVEL NACIONAL.

Dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes, la Dirección de Salud competente remitirá la información correspondiente a las novedades presentadas durante el mes inmediatamente anterior a la División de Registro y Acreditación de Instituciones de Salud del ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces.

17.6. ARTÍCULO 6. DEL FUNCIONAMIENTO DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Todos los prestadores de Servicios de Salud, para iniciar o ampliar la prestación de servicios de salud es necesaria la Declaración de Requisitos Esenciales debidamente tramitada ante la autoridad competente, sin perjuicio de los demás requisitos exigidos por la ley. El procedimiento de registro solo tiene efecto sobre aquellos servicios explícitamente incluidos en dicha declaración.

17.7. ARTÍCULO 7. DE LOS REQUISITOS GENERALES PARA SER IPS:

Las IPS cumplirán con los siguientes requisitos:

a. Requisitos administrativos

- Declaración de Requisitos Esenciales para la prestación de servicios.
- Estructura orgánica y funcional.
- Autonomía administrativa que podrá acreditarse mediante la certificación de las facultades administrativas otorgadas o asignadas al responsable de la Dirección de la respectiva I.P.S.
- Manual de Procesos, Procedimiento y Funciones.
- Reglamento interno de trabajo o su equivalente.
- Revisor Fiscal.

b. Requisitos técnico científicos

- Manejo sistemático de historias clínicas individualizadas.
- Un sistema de garantía de calidad que incluya un Plan de Mejoramiento de la Calidad.
- Programa de Salud Ocupacional.
- Plan de urgencias, emergencias y desastres.

c. De los Requisitos de Información

Las IPS debe contar con un sistema de información de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud en:

- Registro de las actividades de salud desarrolladas diariamente y consolidados mensuales.
- Sistema de vigilancia epidemiológica, notificación obligatoria.
- Reporte a la Dirección Territorial de Salud, a las EPS y a la Superintendencia Nacional de Salud de la información que estas requieran.
- Sistema de Información Financiera que incluya: Presupuesto, contabilidad de Costos de conformidad con lo establecido en el parágrafo del artículo 185 de la Ley 100 de 1993, facturación cartera.

PARÁGRAFO PRIMERO. Están excluidas de tener revisor fiscal las Instituciones prestadores de Servicios de Salud.

PARÁGRAFO SEGUNDO. El revisor fiscal debe posesionarse ante la junta directiva de la Institución o quien haga sus veces y este acto debe ser notificado a la superintendencia Nacional de Salud.

17.8. ARTÍCULO 8. DE LA ADECUACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE INSTITUCIONES.

Las Direcciones de salud deben adecuar el Registro Especial de Instituciones de manera que incorporen en una base de datos todas las variables que se establecen en el formato para la Declaración de Requisitos Esenciales.

17.9. ARTÍCULO 9. DE LOS EFECTOS DE LA DECLARACIÓN DE REQUISITOS ESENCIALES.

De conformidad con lo establecido en el artículo 10 del decreto 2174 de 1996, las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen solo pueden prestar directamente o contratar los servicios con prestadores de servicios de salud que cumplan con los requisitos.

17.10. ARTICULO 10. DE LA VERIFICACIÓN

Las Direcciones Territoriales competentes pueden de manera total o parcial y con la periodicidad que lo determinen, verificar el cumplimiento real y efectivo de los requisitos esenciales vigentes.

17.11 ARTÍCULO 11. DEL PLAN DE VISITAS

Las Direcciones de Salud competentes, deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que los prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción cumplan con los requisitos esenciales. De tales visitas se levantarán las actas respectivas las cuales deben ser suscritas por quienes participen en ellas.

17.11. ARTÍCULO 12. PLAN DE CUMPLIMIENTO

Cuando se verifique que un prestador de servicios de salud incumple total o parcialmente con uno o varios requisitos, en uno o varios servicios considerados críticos por la Dirección de Salud, en el mantenimiento de la oferta existente en la jurisdicción, la Dirección de Salud competente y el prestador de servicios deben establecer de manera excepcional un plan de cumplimiento de dicho(s) requisito(s) cuyo plazo máximo no podrá ser superior a seis meses sin perjuicio a las sanciones a que haya lugar.

PARÁGRAFO PRIMERO. El incumplimiento parcial o total de los requisitos esenciales relacionados con servicios no considerados como críticos por la Dirección de

Salud, dará lugar a la imposición de las sanciones correspondientes, sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones legales.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Para el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 2240 de 1996, las Direcciones de Salud deben solicitar a los prestadores de servicios la elaboración de un plan de cumplimiento de conformidad con lo previsto en el mencionado decreto y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

17.12. ARTÍCULO 13. VIGENCIA.

La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a los 14 de Noviembre de 1997.

Firmada MARIA TERESA FORERO SAADE

Ministra de Salud

18. DECRETO 2753 DE 1997

(Normas para el funcionamiento de los prestadores de salud)

Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de las facultades legales, en especial las conferidas en el numeral 11 artículo 189 de la Constitución Política de Colombia, el literal F del artículo 1 de la ley 10 de 1990 y los artículos 153 numeral 5, 154 literales a y c, 170, 185 y 232 de la ley 100 de 1993.

DECRETA

18.1. ARTÍCULO 1. DEFINICIONES

son prestadores de servicios:

- a. Institución Prestadora de Servicios: Es todo establecimiento organizado para la prestación de los servicios de salud.
- b. Grupo de práctica profesional: Es el grupo de profesionales del área de la salud que se puede constituir como persona jurídica independiente o conformarse mediante

acuerdo contractuales, para prestar servicios de salud a los usuarios del Sistema de Seguridad social en Salud.

- c. Profesional independiente: Es la persona natural con título de educación superior en el área de la salud, registrado, que presta los servicios en forma directa a los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud.

18.2. ARTÍCULO 2. DE LAS MODALIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Los prestadores de servicios de salud pueden prestar servicios de salud bajo dos modalidades; hospitalaria y ambulatoria; esta última podrá ser intramural o extramural. Los prestadores de servicios de salud pueden establecer distintas combinaciones en la prestación de los servicios.

18.3. ARTÍCULO 3. DE LA COMPLEJIDAD DE LOS SERVICIOS.

Los servicios de los prestadores de servicios de salud se continuarán clasificando en grados de complejidad de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud. Los grados de complejidad son bajo, mediano y alto, en este último se incluyen los niveles tres y cuatro previstos en la resolución 5261 de agosto 5 de 1.994.

PARÁGRAFO: Los prestadores pueden prestar uno o más servicios de distinto grado de complejidad y/o modalidad, para lo cual deben cumplir los requisitos esenciales de prestación de servicios establecidos en las normas sobre garantía de calidad. La clasificación de los establecimientos dependerá de la complejidad predominante de sus servicios.

18.4. ARTÍCULO 4. DEL DISEÑO DE LOS SERVICIOS.

Los prestadores de servicios de salud deben tener en cuenta en el diseño de sus servicios la diversidad étnica y cultural de la población y pueden incorporar los diversos procedimientos de las terapias alternativas sólo pueden ser ejercidos por personal médico. Los prestadores de servicios de salud concertaran con las comunidades indígenas la prestación de los servicios, teniendo en cuenta el respeto por sus tradiciones.

Los prestadores de servicios de salud deben considerar en el diseño médico arquitectónico las necesidades específicas de la población a la cual están dirigidos sus servicios, en particular aquellas que tiendan a facilitar el acceso de las personas con discapacidad.

PARÁGRAFO: En ningún caso las adecuaciones a que hace referencia este artículo pueden ir en desmedro de la calidad o la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud en la prestación de servicios.

18.5. ARTÍCULO 5. DE LA CALIDAD DEL SERVICIO.

Los prestadores de servicios de salud deben cumplir con los requisitos sanitarios y de funcionamiento vigentes en especial aquellos contemplados en la Ley 9 de 1979, el decreto 2240 de 1996, la resolución 4445 de 1996 y las demás normas que los modifiquen o los adicionen. Igualmente deben cumplir y desarrollar las normas sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, con el fin de lograr el mejoramiento continuo de esta, en particular lo señalado en el decreto 2174 de 1996 y las normas que lo reglamenten, modifiquen o adicionen.

18.6. ARTÍCULO 6. DEL REGISTRO DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Las Direcciones Territoriales de Salud son las encargadas de llevar el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para lo cual deben verificar que el objeto social cumpla con los fines del Registro Especial de Instituciones prestadoras de servicios de que trata el artículo 1 literal f de la Ley 10 de 1990.

18.7. ARTÍCULO 7. DE LA CLASIFICACIÓN SEGÚN TAMAÑO Y COMPLEJIDAD.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo patrimonio exceda de 200 salarios mínimos legales mensuales vigentes y que presten los servicios de urgencias, hospitalización o cirugía en cualquier grado de complejidad deben constituirse con persona jurídica con objeto social exclusivo relacionado con la prestación de servicios de salud.

18.8. ARTÍCULO 8. DEL RECURSO HUMANO.

El personal responsable de la prestación directa de servicios de salud debe contar con el Título profesional, universitario, de especialistas, tecnólogo, técnico o auxiliar en el área de la salud, que los acredite como tal. Los prestadores de servicios de salud deben tener un archivo en el cual reposen la historia laboral y los contratos laborales con las certificaciones antes mencionadas.

Los prestadores de servicios de salud deben contar con el recurso humano necesario en cantidad e idoneidad acorde con los servicios que van a ofrecer, de tal manera que puedan prestarlos oportuna y eficazmente.

18.9. DE LA SEGURIDAD PERSONAL DEL USUARIO.

Todo prestador de servicios de salud debe garantizar el cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes sobre seguridad personal de los usuarios.

18.10. DE LA CONTRATACIÓN

Los prestadores de servicios de salud pueden ofrecer sus servicios a través de contratos con las EPS, las ARS y las que se asimilen de acuerdo con lo establecido en el decreto 2174 de 1996, artículo 1º parágrafo 1, prestándolos de manera autónoma, contratando o asociándose con otras IPS. Grupos de Práctica Profesional o Profesionales Independientes.

Sin perjuicio de la responsabilidad que le corresponde a la respectiva entidad promotora de salud, en el régimen contributivo o subsidiado, por razón de la prestación de los servicios de salud a los usuarios, los correspondientes prestadores de servicios de salud y aquellos terceros que intervegan en la prestación de tales servicios, concurrirán a responder por los perjuicios que ocasionen a los usuarios en los términos establecidos por la ley.

18.11. ARTÍCULO 11. DE LA VIGILANCIA

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, además de la vigilancia que tienen de acuerdo a su naturaleza, para su constitución y funcionamiento serán vigilados y controlados por las Direcciones de Salud Departamentales y Municipales sin perjuicio de la vigilancia que ejerza la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Direcciones Territoriales de Salud deben establecer un plan de visitas y supervisión de los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción a fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos que se establecen en el presente decreto y los fijados por el Ministerio de Salud conforme a sus competencias.

18.12. ARTÍCULO 12. TRANSITORIO

Los prestadores de servicios de salud que presten servicios dentro del Sistema General de Seguridad social en Salud, que se encuentren funcionando a la fecha de publicación del presente decreto, tendrán un plazo de seis meses contados a partir de dicha fecha para registrar o actualizar su registro ante la dirección de salud correspondiente.

PARAGRAFO: Los prestadores de servicios de salud que no cumplan con los requisitos o no hayan adelantado los trámites pertinentes dentro del plazo establecido no podrán contratar sus servicios dentro del Sistema General de Seguridad social en Salud.

18.13. ARTÍCULO 13. DE LAS SANCIONES

Todo prestador de servicios de salud que incumpla los requisitos establecidos en el presente decreto y las demás normas, incurrirá en las sanciones contempladas en las normas vigentes.

18.14. ARTICULO 14.

Este decreto rige a partir de la fecha de publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C., a los 13 de noviembre de 1997.

Firmada MARIA TERESA FORERO DE SAADE

Ministra de Salud.

19. BIOSEGURIDAD

Todos los trabajadores de la Salud deben tratar a los pacientes y sus fluidos corporales como si estuvieran contaminados y tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión.

19.1. NORMAS

- Uso de elementos de protección personal
- Lavado de manos
- Prevención de cortaduras y funciones con agujas.
- Uso de boquillas de bolsas de resucitación
- Seguimiento estricto de estas normas a trabajadoras de la salud embarazadas.

19.2. MANEJO INTRAINSTITUCIONAL DE LOS DESECHOS.

El almacenamiento de los desechos infecciosos biológicos o no biológicos contaminados deben efectuarse en recipientes y bolsas distintas a los de los residuos ordinarios claramente identificados y observando medidas especiales.

Color rojo (Canecas y bolsas): Para desechos anatómicos patológicos residuos de desechos biológicos, las bolsas y las canecas rojas deben ir marcadas con el nombre y el signo de patógenos se utilizará doble bolsa.

Color Negro (Canecas y bolsas) Para desechos ordinarios de áreas administrativas o áreas que no impliquen riesgos biológicos.

Color Blanco (canecas y bolsas) para el almacenamiento de material reciclable.

Los recipientes deben tener los colores mencionados deben ser impermeables livianos herméticos y de pedal para áreas en que se manejen desechos patógenos, después de ser utilizadas las canecas deben lavarse y desinfectarse con Hipoclorito de sodio.

19.3. MANEJO Y RECOLECCIÓN DE DESECHOS.

1. Desechos infectantes:

a. Odontología

- Las agujas, bisturios y otros materiales de sutura se inactivan en Hipoclorito de Sodio a 1.000 PPOM, durante 15 minutos dentro del guardián y luego se depositan en bolsa roja grande para llevarlo a incinerar.
- Gasa y material anatómico patológico se depositan en bolsa roja y luego se incinera.
- Desechos de amalgama se depositan en un recipiente con aceite mineral y luego se entierran 30 cms. Bajo tierra.

19.4. EXPOSICIONES

Exposición Clase I: Es la exposición percutánea de membranas mucosas y de piel no intacta a sangre y otros líquidos corporales que contengan sangre visible como: Líquido

cefalorraquideo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico, semen, secreciones vaginales, leche materna y tejidos.

Exposición Clase II: Es la exposición percutánea de membranas mucosas y de piel no intacta a: orina, saliva, lágrimas, vómito, esputo, secreciones nasales, material purulento, sudor y heces que no contengan sangre visible.

Exposición Clase III: Es la exposición de piel intacta a sangre y otros líquidos corporales, que contengan sangre visible.

20. SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN

Es la recolección de un conjunto básico de datos que se consideran indispensables cumpliendo con características y especificaciones estructuradas en grupos, de datos según el tipo de atención, que se denominan "Registros Individuales de Atención, RIAS".

Estos instrumentos darán la recolección manual de datos encaminados a satisfacer individualmente las necesidades y requerimientos de las instituciones al momento de la realización de los procedimientos en salud.

CONCLUSIONES

El Sistema de Riesgos Profesionales rige a todas las Instituciones Públicas y privadas con el fin de prevenir y proteger a los trabajadores del territorio nacional.

El riesgo profesional no define cuales son los accidentes de trabajo o enfermedad profesional al que están expuestas los trabajadores de la salud y los empleados en general.

La Salud ocupacional nos previene, mejora y conserva la salud de los individuos en sus ocupaciones y las obligaciones de las empresas, que deberán adoptar medidas.

La Resolución 2546 nos define los datos sobre la prestación de salud, son estructura y sus características establecen los procedimientos para su generación, actualización y administración, nos define el uso obligatorio de los registros individuales de atención (RIAS).

Sobre el manual de Bioseguridad nos dice que todos los trabajadores de la salud deben tratar a todos los pacientes como si estuvieran contaminados y tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión. Nos define cual es el manejo de los desechos.

ANEXOS

