Anexo 16. Estado Actual de la Atención de Urgencias

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Describir el proceso de la atención en urgencias de un paciente en un centro de salud.

2. DEFINICIONES

- ☑ Estado Actual: Describe de manera sistemática los procesos que se encuentran vigentes durante la atención de pacientes en urgencias.
- ☑ Referencia y Contrarreferencia: Consiste en el proceso donde el médico envía usuarios o elementos de ayuda diagnostica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otra institución del sector, para atención complementaria o diagnóstico; y la otra parte posteriormente da una respuesta de contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o el resultado de la solicitudes de ayudas diagnosticas.
- ☑ RIPS[1]: Es el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.
- ☑ SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
- ☑ Triage: Es la valoración y la clasificación de la urgencia en que se encuentra el paciente, se diligencia las fichas de triage y se remite el paciente al servicio.
- ☑ Urgencia[2]: Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de

[1] SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS [documento consecutivo en línea]. [Bucaramanga]: Gobernación de Santander, 2004 [citado en 2006-07-28; 22:20]. Disponible en Internet:<http://www.saludsantander.gov.co/rips.htm>.

[2] Art. 9, Resolución 5261 de 1994

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ

la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

3. POLÍTICAS

- ☑ Todos los procesos que se documenten deben ser consignados a través de este formato.
- ☑ Los indicadores Críticos de Éxito de las actividades sólo aplican para el SOAPU.
- ☑ La atención de urgencias debe ser "en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras…" (Art. 10, Resolución 5261 de 1994).
- ☑ Las oportunidades de mejora de las actividades se señalan en rojo y contiene un código nemotécnico a través del cual permite relacionarlo con mayor facilidad.
- ☑ "Las actividades de la atención de pacientes en urgencias que deben ser atendidas son las siguientes:

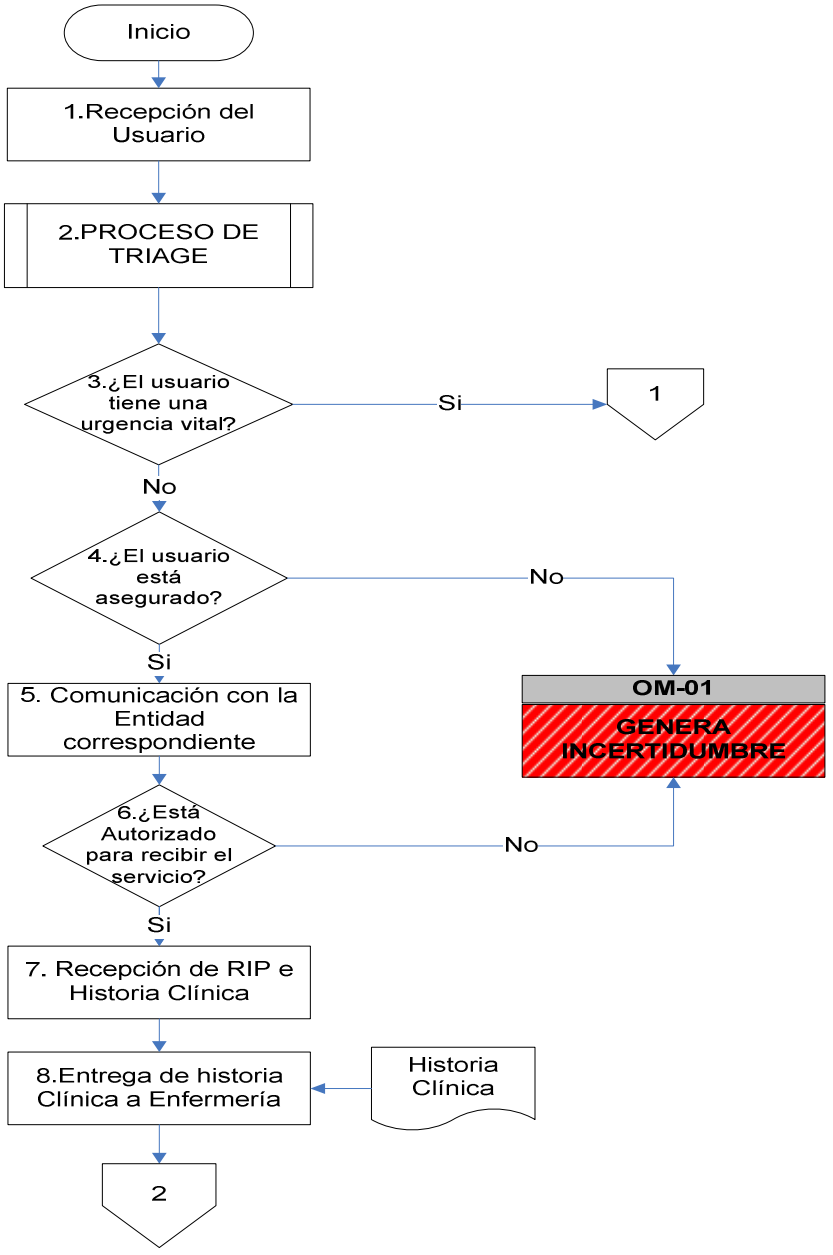
  - Evaluación y atención medica.
  - Atención médica que requiera sutura
  - Atención médica con cuidado en observación, hasta por 24 horas
  - Atención médica con cuidado en hidratación
  - Evaluación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera.
  - Otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería.
  - Interconsulta especializada"[3]

[3] Art. 45, Resolución 5261 de 1994

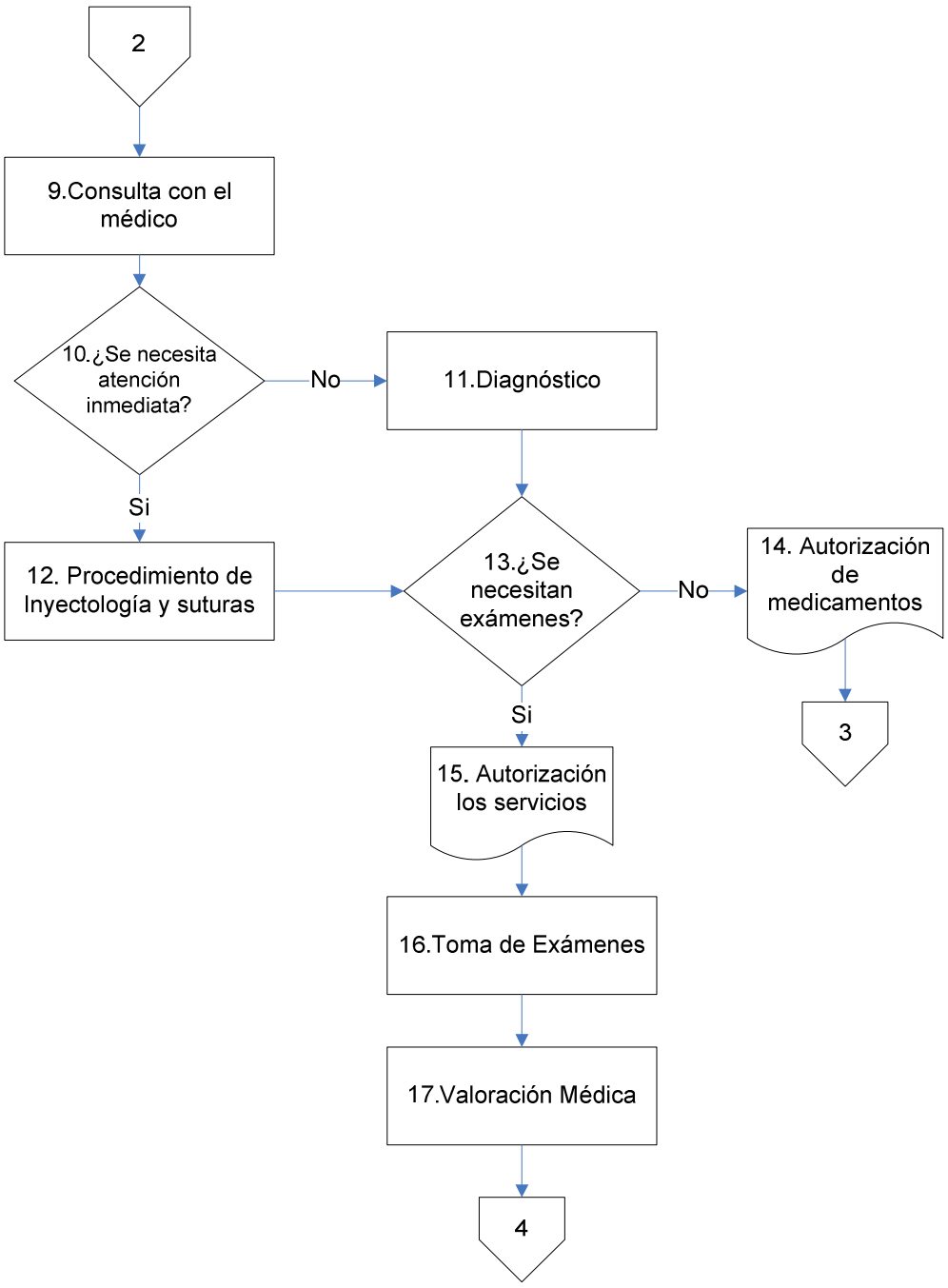
DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ

4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

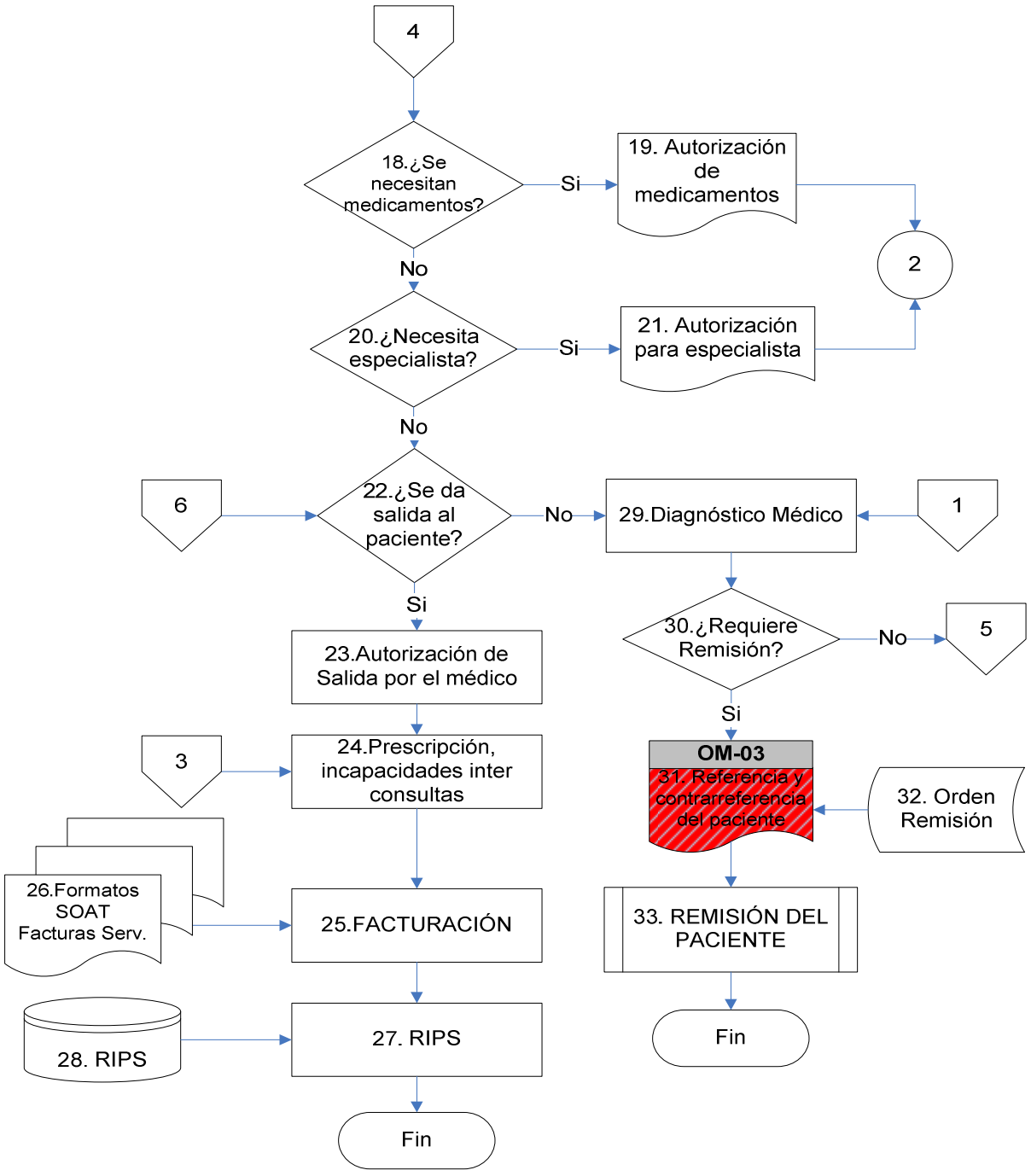
4.1 Diagrama de Flujo:



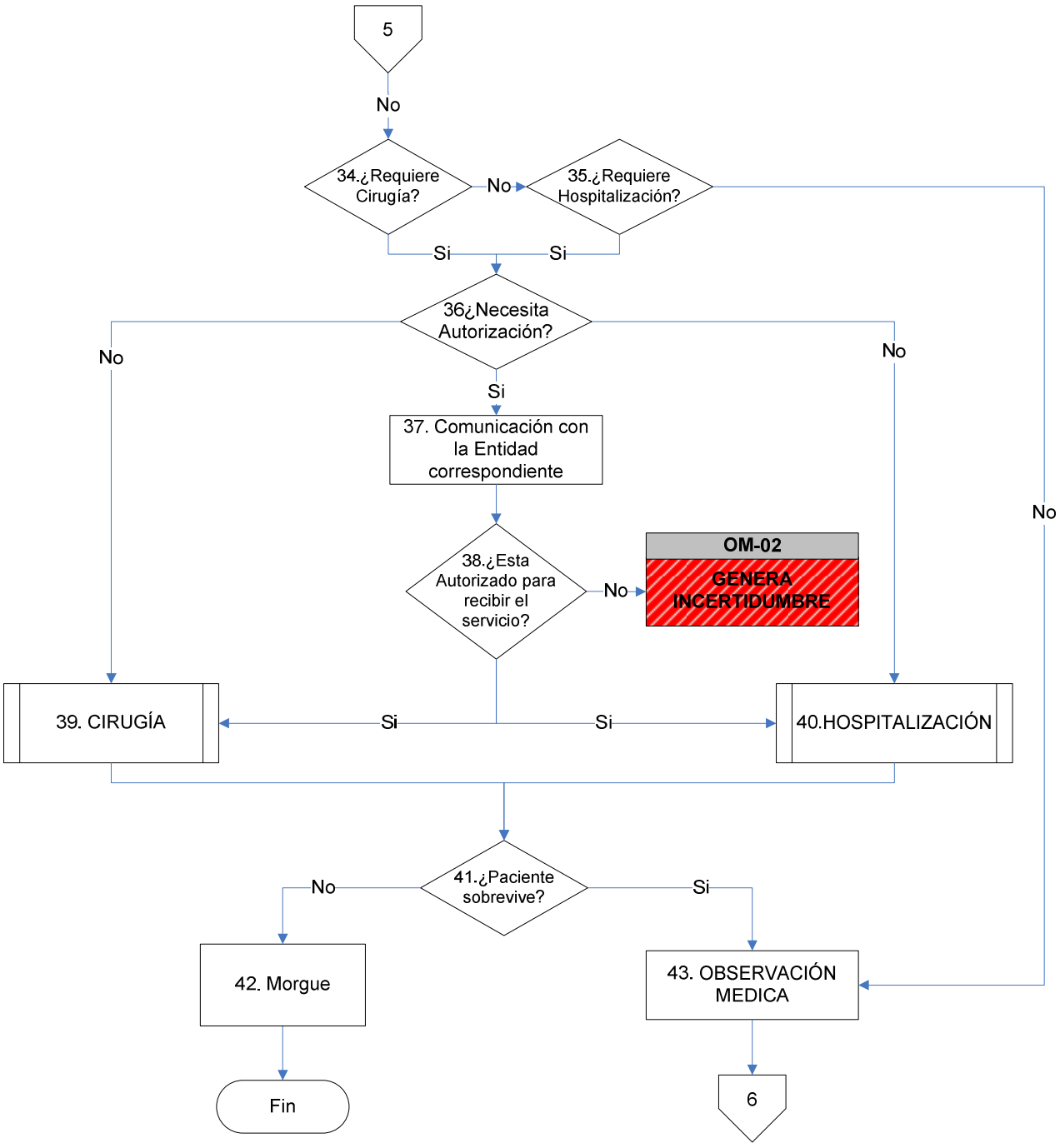
DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ

4.2 Actividades:

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Recepción del Usuario	Recibir al usuario que solicita el servicio de urgencias informándole los documentos necesarios y lo dirige al Triage. "Por lo tanto, el usuario debe declarar y acreditar el ingreso a la IPS, su identificación y estado de afiliación al sistema, con todas las fuentes de pago posibles (SOAT, EPS, ARS, ARP, Prepago, entre otras), aportando los documentos necesarios, como carné e identificación, y declarando si su situación fue originada por accidente de tránsito o de trabajo"[4].	Recepción
2	Proceso de Triage	Valorar al paciente y clasificar la urgencia, diligenciar las fichas de triage y remitir el paciente al servicio.	Jefe de Enfermería
3	¿El usuario tiene una urgencia vital?	Si el paciente tiene una urgencia de vida o muerte la IPS tiene como obligación de prestar el servicio inmediatamente.	Jefe de Enfermería
4	¿El usuario esta asegurado?	Se le pregunta al usuario o al acompañante si está asegurado a una EPS, entidades Adaptadas y transformadas o ARS o si es un accidente de transito o de trabajo.	Recepción
5	Comunicación con la Entidad correspondiente	Si el usuario está afiliado a una EPS, entidades Adaptadas y transformadas o ARS, la IPS se comunica con dicha entidad para la autorización y los derechos del paciente. Y si es SOAT se atiende de forma inmediata.	Recepción
6	¿Esta Autorizado para recibir el servicio?	Se verifica con EPS, entidades Adaptadas y transformadas o ARS si esta autorizado el paciente para recibir el servicio.	Recepción
7	Recepción de RIP e Historia Clínica	Abrir la historia Clínica y el RIP del paciente.	Enfermería
8	Entrega de historia Clínica a Enfermería	Revisar asignación de médico y dirigir el paciente al consultorio.	Enfermera
9	Consulta con el médico	El médico examina al paciente, determina curso de acción según la patología.	Médico
10	¿Se necesita atención inmediata?	El médico evalúa si se necesita atención inmediata.	Médico

[4] Sistema de Salud: Derecho a la Atención de Urgencia. En: El Tiempo, Bogotá D.C.: (10, Sep., 2006); p. 3-15, c. 3

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
11	Diagnostico	Si no necesita atención inmediata ordena medicamentos y exámenes, emite orden de observación.	Médico
12	Procedimiento de Inyectología y suturas	El médico determina un plan de manejo según la patología o procedimiento de inyectología, suturas, etc.	Médico
13	¿Se necesitan exámenes?	El médico decide si es necesario hacer exámenes al usuario.	Médico
14	Autorización de medicamentos	El médico autoriza los medicamentos que necesita el usuario y sella la orden para la autorización.	Médico
15	Autorización de los servicios	El médico autoriza los exámenes que necesita el usuario y sella las órdenes para la autorización.	Médico
16	Toma de Exámenes	Tomar los exámenes ordenados por el médico, verificar si están autorizados por facturación.	Laboratorio Médico
17	Valoración Médica	El médico entrega el diagnóstico al paciente según exámenes y agrega a Historia Clínica	Médico
18	¿Se necesitan medicamentos?	El médico decide si es necesario recetar medicamentos al paciente.	Médico
19	Autorización de medicamentos	El médico autoriza los medicamentos que necesita el usuario y sella las órdenes para la autorización.	Médico
20	¿Necesita especialista?	El médico decide si es necesario que el paciente sea remitido a un especialista	Médico
21	Autorización de especialista	El médico autoriza que sea atendido por un especialista	Médico
22	¿Se da salida al paciente?	El médico decide si se da salida al paciente.	Médico
23	Autorización de Salida por el médico	El médico sella la orden de salida.	Médico
24	Prescripción, incapacidades inter consultas	Firmar salida e indicar cuidados del paciente, prescribir medicamentos, consultas de especialistas e incapacidades.	Médico
25	Facturación	Liquidar la historia clínica resuelta, y entregar al personal de archivo en un periodo máximo de 24 horas.	Facturación
26	Formatos SOAT y Facturación de Servicios	Se diligencia y se efectúan facturas, comprobantes de pago. En caso de ser atención de SOAT, ECAT se diligencian formatos.	Facturación
27	RIPS	El paquete RIPS que consta de Historia Clínica y Costo de la patología.	Facturación
28	RIPS	Se deja copia de RIPS en un archivo magnético y en base de datos de la IPS.	Facturación

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
29	Diagnóstico Médico	Si no se da salida al paciente el médico analiza la situación y decide si se requiere remisión, cirugía u hospitalización.	Médico
30	¿Requiere Remisión?	El médico decide si se requiere realizar una remisión al paciente.	Médico
31	Referencia y contrarreferencia del paciente	El médico envía usuarios o elementos de ayuda diagnostica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otra institución del sector, para atención complementaria o diagnóstico; y la otra parte posteriormente da una respuesta de contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o el resultado de la solicitudes de ayudas diagnosticas.	Médico
32	Orden Remisión	Se almacena copia de la orden de referencia y contrarreferencia en archivo.	Médico
33	Remisión del Paciente	Proceso de remisión del paciente a institución de otro nivel del que se encuentra.	Archivo
34	¿Requiere Cirugía?	El médico decide si se requiere realizar cirugía al paciente.	Médico
35	¿Requiere Hospitalización?	El médico decide si el paciente requiere de hospitalización.	Médico
36	¿Necesita Autorización?	Cuando el paciente pertenece al Régimen Subsidiado o Contributivo se tiene que tener una autorización para la prestación de servicios de cirugía y Hospitalización.	IPS
37	Comunicación con la Entidad correspondiente	Si el usuario está afiliado a una EPS, entidades Adaptadas y transformadas o ARS, la IPS se comunica con dicha entidad para la autorización durante las primeras24 horas. Y si es SOAT se atiende de forma inmediata.	IPS
38	¿Esta Autorizado para recibir el servicio?	Se verifica con EPS, entidades Adaptadas y transformadas o ARS si esta autorizado el paciente para recibir el servicio.	IPS
39	Cirugía	Proceso de cirugía de urgencia.	Médico
40	Hospitalización	Proceso de cirugía de hospitalización.	Médico
41	¿Paciente sobrevive?	El médico verifica si el paciente sobrevivió pasada la cirugía y/o la hospitalización.	Médico
42	Morgue	Si el paciente murió es trasladado a la morgue e informar a medicina legal.	Enfermería

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
43	Observación Médica	Se maneja la evolución del paciente en observación y se define la situación en 24 horas, se ejecuta el plan de manejo determinado por el médico tratante, se registran notas de enfermería.	Enfermería

Fuente: Autores, e Información brindada por la Clínica Chía

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ

Anexo 17. Adquisición del SOAT

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Describir las actividades clave para la adquisición del SOAT por parte del propietario del vehículo y la destinación de los recursos a la Aseguradora y al FOSYGA.

2. DEFINICIONES

☑ Carné: Documento físico con el cual se garantiza los beneficios SOAT.

☑ Corredor de Seguros[1]: Es corredor de seguros la sociedad, colectiva o de responsabilidad limitada, cuyo objeto social es ofrecer seguros, promover su celebración y obtener su renovación a título de intermediario entre el asegurado y el asegurador; se encuentra sometida al control y vigilancia de la Superintendencia de Sociedades, según el Artículo 7 del Decreto 1154 de junio 29 de 1999.

Son obligaciones especiales del corredor de seguros: mantener abierto al público un establecimiento de comercio, llevar un sistema de registro de operaciones y mantener a disposición del público copias anuladas de las pólizas que pueda legalmente ofrecer, con adiciones y anexos.

☑ Estado Actual: Describe de manera sistemática los procesos que están vigentes.

☑ Fideicomiso: es la transmisión de uno o más bienes, cantidades de dinero o derechos, presentes o futuros, a una persona natural o persona jurídica llamada fiduciario, para que sean administrados o invertidos de acuerdo a un contrato, a favor del propio fideicomitente o de un tercero, llamado beneficiario[2].

[1] EL TIEMPO. Especiales El Tiempo: El Mundo de los Seguros, de la A a la Z [base de datos en línea]. Bogotá D.C.: El Tiempo, "Actualizado continuamente" [citado en 2006-06-20; 18:10]. Disponible en Internet: <http://eltiempo.terra.com.co/espe_eltiempo/seguros/ARTICULO-WEB-_NOTA_INTERIOR-2948481.html>.

[2] WIKIPEDIA. Enciclopedia Wikipedia [base de datos en línea],"Actualizado continuamente" [citado en 2006-07-31; 10:48]. Disponible en Internet: <http://es.wikipedia.org/wiki/Fideicomiso>.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

- ☑ Fiduciario(a): un banco, notario público o agencia inmobiliaria puede ser la institución que recibe la titularidad de los bienes, dinero o derechos dados en fideicomiso[3].
- ☑ FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.
- ☑ SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
- ☑ Subcuenta ECAT: Es una subcuenta adscrita al FOSYGA, que hace referencia a Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

3. POLÍTICAS

- ☑ El FOSYGA debe informar a la Superintendencia Bancaria cada mes, el listado de entidades que cumplen con los con los correspondientes pagos por primas SOAT.
- ☑ Las oportunidades de mejora de las actividades se señalan en rojo y contiene un código nemotécnico a través del cual permite relacionarlo con mayor facilidad.
- ☑ Las Aseguradoras autorizadas para la expedición del SOAT, deben "transferir bimestralmente el 20% del valor de las primas emitidas por cada una de ellas, en el bimestre inmediatamente anterior del valor de las primas emitidas por cada una de ellas, en el bimestre inmediatamente anterior, al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito "FONSAT". Dicha transferencia deberá efectuarse dentro de los quince (15) primeros días hábiles del mes correspondiente…"[4].

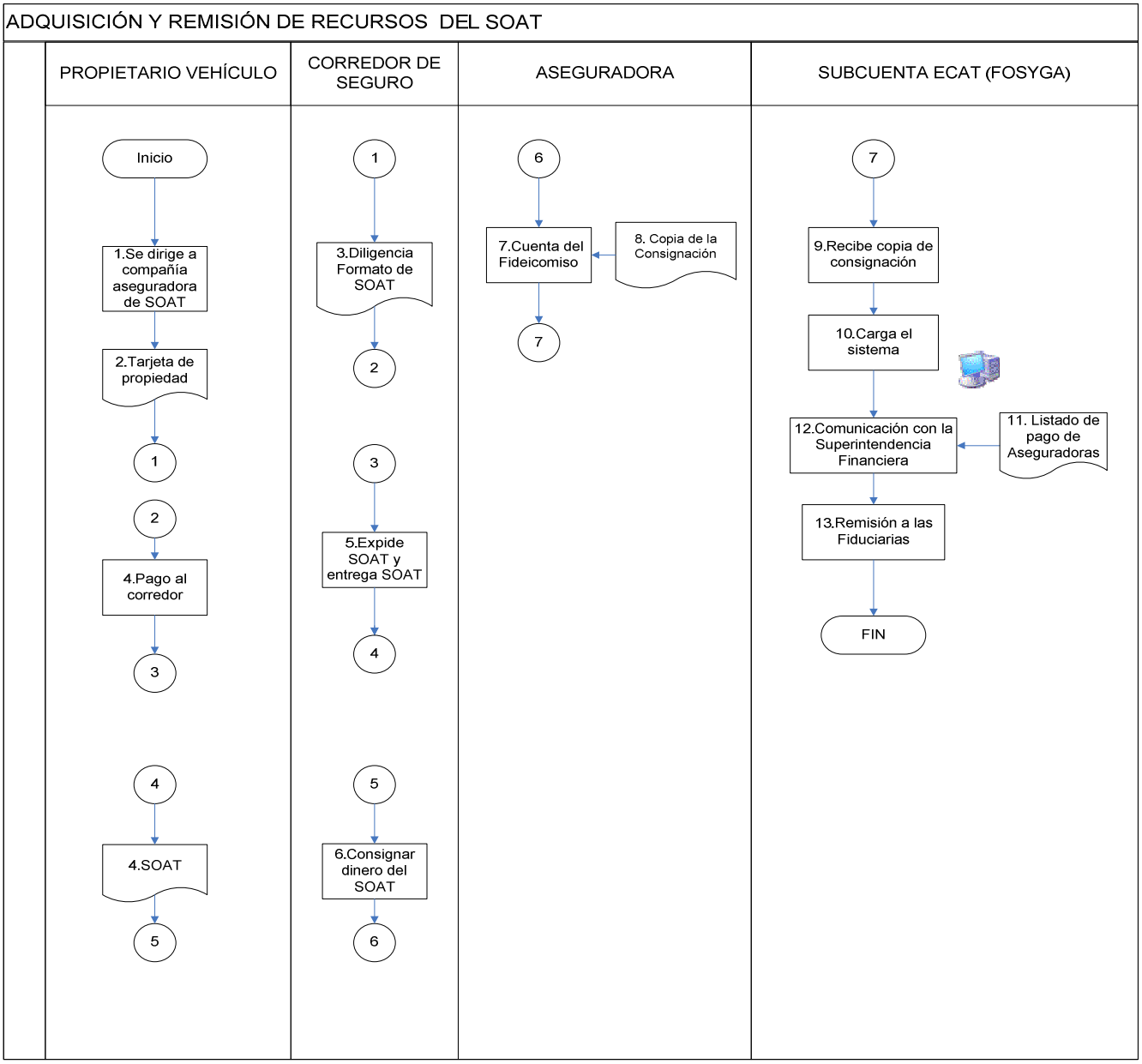
[3] Ibid., [citado en 2006-07-31; 10:48]. Disponible en Internet: <http://es.wikipedia.org/wiki/Fideicomiso>.

[4] Numeral 2, Art. 199, Estatuto Orgánico Financiero [Decreto 663 de 1993].

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

4.1 Diagrama de Flujo:



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4.2 Actividades:

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Se dirige a compañía aseguradora de SOAT	El propietario se dirige a la entidad aseguradora de SOAT.	Propietario
2	Tarjeta de propiedad	El propietario presenta la tarjeta de propiedad del vehiculo para adquirir el SOAT.	Propietario
3	Diligencia Formato de SOAT	El corredor de seguros hace el debido diligenciamiento de la póliza del SOAT.	Corredor de Seguro
4	SOAT	El propietario recibe la póliza en una carné llamado SOAT con un consecutivo.	Propietario
5	Expide SOAT y se entrega SOAT	El corredor de seguro expide y entrega el SOAT al propietario del vehiculo.	Corredor de Seguro
6	Consignar dinero del SOAT	El corredor de seguro consigna el dinero de todas las pólizas a la cuenta bancaria de la Aseguradora.	Corredor de Seguro
7	Cuenta del Fideicomiso	La Aseguradora debe consignar el valor recaudado por el concepto del SOAT a la cuenta del fideicomiso del consorcio FOSYGA, correspondiente al FONSAT (20% del valor de las primas emitidas por cada Aseguradora, en el bimestre anterior, Art. 199. del Estatuto Financiero) y el 50% de recaudo correspondiente al FOSYGA.	Aseguradora
8	Copia de la Consignación	Se envía copia de la consignación del valor recaudado por concepto del SOAT.	Aseguradora
9	Recibe copia de consignación	Se recibe copia de consignación realizada por la Aseguradora	FOSYGA (Subcuenta ECAT)
10	Carga el sistema	Se carga al sistema de la subcuenta ECAT la consignación realizada por la Aseguradora.	FOSYGA (Subcuenta ECAT)
11	Listado de pago de Aseguradoras	Se emite un listado de las aseguradoras que están al día en pago por el SOAT.	FOSYGA (Subcuenta ECAT)
12	Comunicación con la Superintendencia Financiera	El FOSYGA emite el listado de las Aseguradoras correspondientes al último mes que están al día en el pago del SOAT.	FOSYGA (Subcuenta ECAT)

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
13	Remisión a las Fiduciarias	Distribuye los recursos a la Fiduciaria para la inversión.	FOSYGA (Subcuenta ECAT)

Fuente:
Autores e información brindada por el FOSYGA en: FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Pago parcial de Reclamaciones Subcuenta ECAT Instructivo para IPS [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: FOSYGA, "Recargado anualmente" [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Anexo 18. Cobro de las IPS a las Aseguradoras por concepto del SOAT

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Describir las actividades necesarias que debe realizar una IPS para efectuar el cobro del SOAT a la Entidad Aseguradora.

2. DEFINICIONES

- ☑ Anexo Explicativo/ Carta Aclaratoria: Es un documento a través del cual se explica a una entidad, el no pago total o devolución, la cual puede por problemas en la justificación médica, tarifas o cobertura, en el caso de los pagos parciales, ó en el caso de la no aprobación, por no cumplimiento de las normas de diligenciamiento de formatos, coberturas respecto a topes y tipos de eventos a cargo del FOSYGA.

- ☑ Devolución[1]: Es una reclamación cuyo resultado fue no Aprobada, y no es objeto de ningún pago, devuelta a la entidad para corrección y en caso de nueva radicación se considera reproceso.

- ☑ Estado Actual: Describe de manera sistemática los procesos que están vigentes.

- ☑ FORECAT: Formulario de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, que se utiliza "para las reclamaciones o cobros por atenciones cuyo costo sea igual o inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente…"[2].

- ☑ FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.

- ☑ FUSOAT 01: Formulario Único De Reclamación Para Las Entidades Hospitalarias Por El Seguro Obligatorio De Accidentes De Transito.

---

[1] FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Pago parcial de Reclamaciones Subcuenta ECAT Instructivo para IPS [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: FOSYGA, "Recargado anualmente" [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

[2] Art. 14, Decreto 1281 de 2002

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

- ☑ Glosa[3]: Corresponde a los ítems y valores objetados de una reclamación que fue aprobada y pagada parcialmente.
- ☑ IPS: Institución Prestadora de Salud.
- ☑ Minprotección: Ministerio de la Protección Social.
- ☑ RIPS[4]: El Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS, es el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.
- ☑ SMLDV: Salario Mínimo Legal Diario Vigente
- ☑ SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

3. POLÍTICAS

- ☑ Según el parágrafo 1 del Artículo 167 de la ley 100 de 1993 afirma que "en los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicas y demás prestaciones continuara a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito…"
- ☑ Las oportunidades de mejora de las actividades se señalan en rojo y contiene un código nemotécnico a través del cual permite relacionarlo con mayor facilidad.
- ☑ Las aseguradoras son responsables del pago hasta 500 SMLDV, por concepto de atención de víctimas de accidentes de tránsito.
- ☑ Para el cobro de eventos catastróficos y accidentes de tránsito equivalentes a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, deben cobrarse a través del

[3] FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Op.cit., [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

[4] SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS [documento consecutivo en línea]. [Bucaramanga]: Gobernación de Santander, 2004 [citado en 2006-07-28; 22:20]. Disponible en Internet:<http://www.saludsantander.gov.co/rips.htm>.

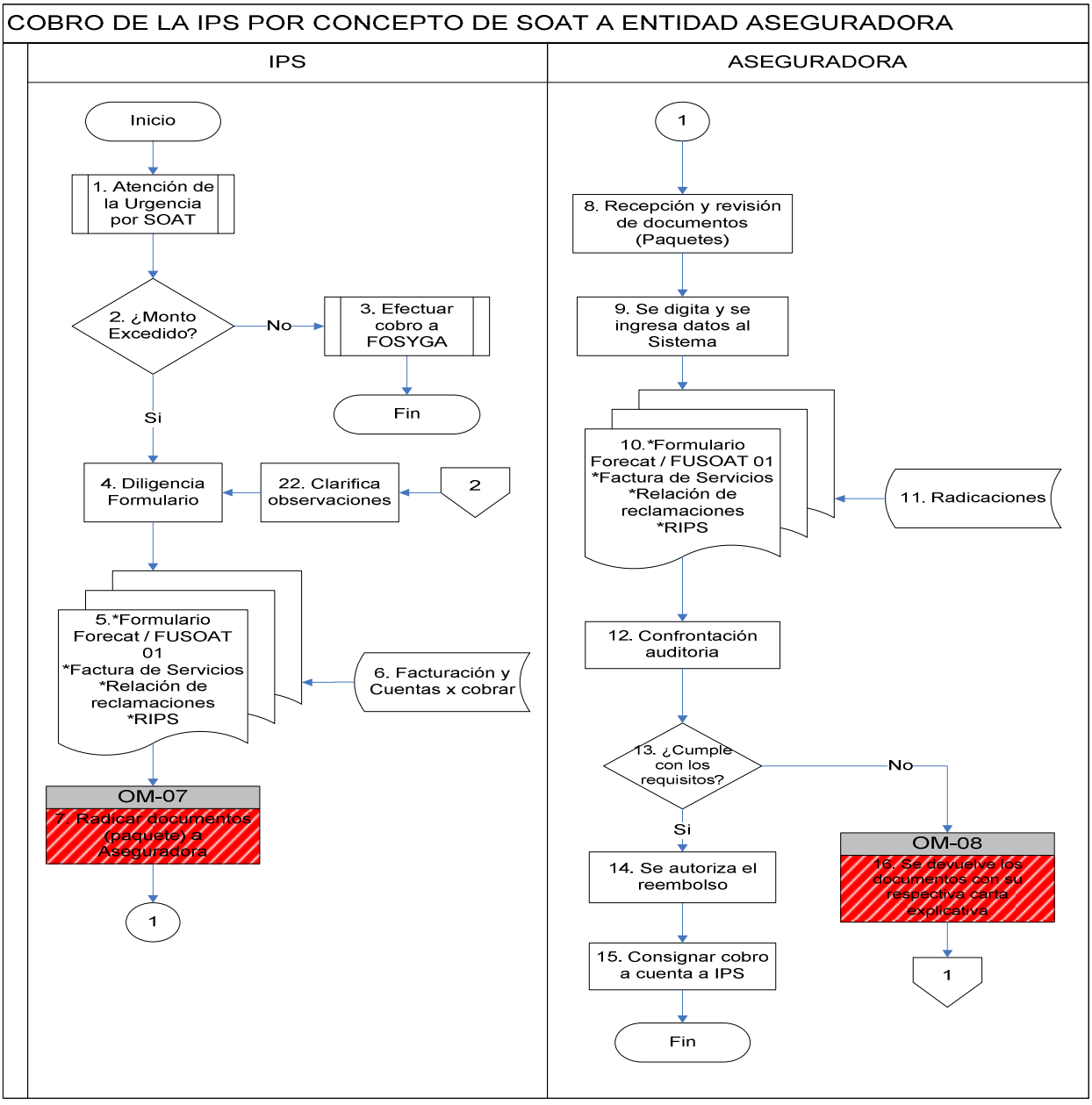
DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

FORECAT (Formato de Riesgos Catastróficos), el cuál se diligencia y se envía cada mes, el cuál adjunta todos los casos del mes anterior, con el fin de efectuar un solo cobro.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

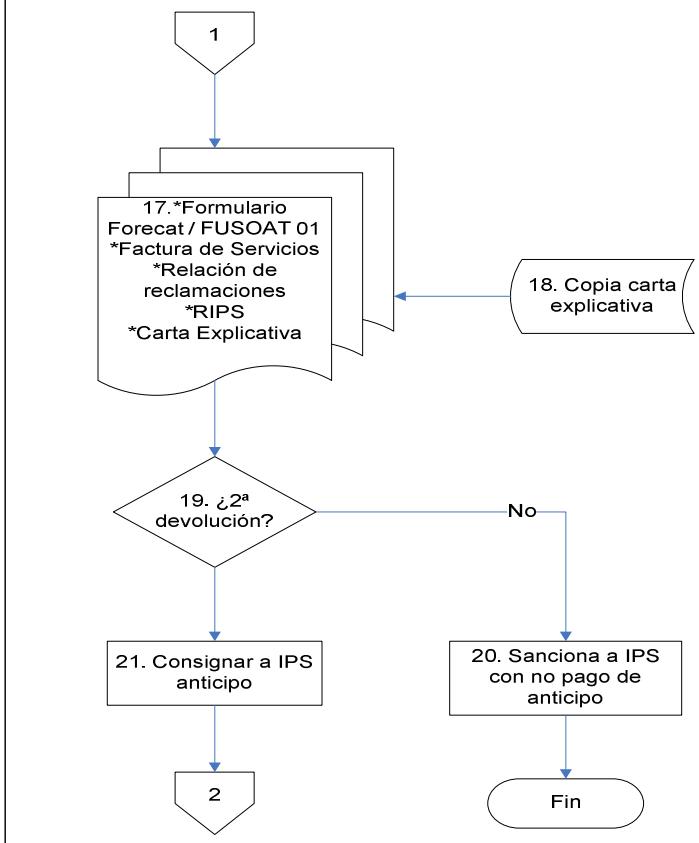
4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

4.1 Diagrama de Flujo:



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

COBRO A IPS POR CONCEPTO DE SOAT A ENTIDAD ASEGURADORA



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4.2 Actividades:

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Atención de la Urgencia por SOAT	Se le presta la atención integral del servicio.	IPS
2	¿Monto Excedido?	Dependiendo del RIP, la IPS cuantifica el valor de los servicios prestados al paciente para lo cual está determinado en SMLDV.	IPS
3	Efectuar Cobro a FOSYGA	Si el monto es igual o menor a 500 SMLDV, la IPS debe comunicarse y diligenciar el proceso de cobro a la entidad aseguradora.	IPS
4	Diligencia Formularios de cobro Aseguradora	Si el monto es superior a los 500 SMLDV, la IPS debe comunicarse y diligenciar el proceso de cobro a la aseguradora; esta cobertura es de 300 SMLDV. En caso de accidente, el monto máximo por servicios médico quirúrgicos será hasta de 500 SMLDV en el momento de ocurrencia del accidente.	IPS
5	*Formulario Forecat/FUSOAT *Factura de Serv. *Relación de reclamaciones *RIPS	Se diligencia el Formulario Forecat Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad. El formulario del FUSOAT se debe diligenciar con letra clara y evitar enmendaduras. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y el Costo de la patología.	IPS
6	Facturación y Cuentas por Cobrar	Se archiva copia de los documentos anteriores en archivo.	IPS
7	Radicar documentos (paquete) a Aseguradora	Se debe de enviar documentos en un paquete dirigido a la Aseguradora respectiva.	IPS

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
8	Recepción y revisión de documentos (Paquete)	Se reciben y se revisan los documentos enviados correspondientes de cada IPS.	Aseguradora
9	Se digita y se ingresa datos al Sistema	La IPS correspondiente envía los documentos a la Aseguradora con el fin de radicarlos. Estos documentos se digitan y se ingresan a la base única de datos del Ministerio de Protección. La radicación de este tipo de reclamaciones debe hacerse en forma separada de las demás reclamaciones.	Aseguradora
10	*Formulario Forecat/FUSOAT *Factura de Serv. *Relación de reclamaciones *RIPS	Se diligencia el Formulario Forecat Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad. El formulario del FUSOAT se debe diligenciar con letra clara y evitar enmendaduras. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y el Costo de la patología.	Aseguradora
11	Radicaciones	Se archiva copia física y magnética de las radicaciones recibidas.	Aseguradora
12	Confrontación auditoria	Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA	Aseguradora
13	¿Cumple con los requisitos?	Se verifica si cumple con los requisitos todos los documentos.	Aseguradora
14	Se autoriza el reembolso	Una vez aprobado el monto del servicio por el FOSYGA, se procede a rembolsar el dinero a la IPS correspondiente.	Aseguradora

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
15	Consignar cobro a cuenta IPS	La consignación debe realizarse por la entidad financiera inscrita por la IPS en la base de datos de la Aseguradora y este debe contar con el número, el tipo de cuenta, el nombre de la sucursal y el nombre del titular de la cuenta.	Aseguradora
16	Se devuelve los documentos con su respectiva glosa a las IPS	En caso de ser devuelto los documentos se envía una nota glosa en la cual se determina cuales son las no conformidades de los documentos.	Aseguradora
17	*Formulario Forecat/FUSOAT *Factura de Serv. *Relación de reclamaciones *RIPS	Se diligencia el Formulario Forecat Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad. El formulario del FUSOAT se debe diligenciar con letra clara y evitar enmendaduras. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y el Costo de la patología.	Aseguradora
18	Carta Explicativa	Se deja una copia de la carta explicativa en archivo.	Aseguradora
19	¿2ª Devolución?	Se determina si los documentos han sido devueltos por segunda vez.	Aseguradora
20	Consignar a IPS anticipo	Si los documentos han sido devueltos por primera vez y haya sido aclarado, las compañías de seguros dentro de los quince (15) días siguientes a su presentación, pagarán al reclamante, una suma equivalente al 60% del monto inicialmente reclamado a título de anticipo[5].	Aseguradora

[5] FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Op.cit., [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
21	Clarifica observaciones	La IPS afectada debe clarificar la información correspondiente a la glosa. "Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de clarificar ante las compañías aseguradoras las observaciones que éstas hagan dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación". (Art. 42 Parágrafo 1 del Decreto 1283 de 1996).	IPS
22	Sanciona a IPS con no pago de anticipo	En el caso de una institución prestadora de servicios de salud no de respuesta a las reclamaciones en más de dos (2) oportunidades, perderá el derecho al sistema de anticipos durante los noventa (90) días siguientes. (Art. 42 Parágrafo 2, 2º párrafo, del Decreto 1283 de 1996).	Aseguradora

Fuente:
Autores e información obtenida en el FOSYGA: FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Op.cit., [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Anexo 19. Cobro de las IPS al FOSYGA por concepto del SOAT

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Describir las actividades necesarias que debe realizar una IPS para efectuar el cobro del SOAT al FOSYGA

2. DEFINICIONES

- ☑ Anexo Explicativo/ Carta Aclaratoria: Es un documento a través del cual se explica a una entidad, el no pago total o devolución, la cual puede por problemas en la justificación médica, tarifas o cobertura, en el caso de los pagos parciales, ó en el caso de la no aprobación, por no cumplimiento de las normas de diligenciamiento de formatos, coberturas respecto a topes y tipos de eventos a cargo del FOSYGA.

- ☑ Devolución[1]: Es una reclamación cuyo resultado fue no Aprobada, y no es objeto de ningún pago, devuelta a la entidad para corrección y en caso de nueva radicación se considera reproceso.

- ☑ Estado Actual: Describe de manera sistemática los procesos que están vigentes.

- ☑ FORECAT: Formulario de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, que se utiliza "para las reclamaciones o cobros por atenciones cuyo costo sea igual o inferior a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente…"[2].

- ☑ FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.

- ☑ FUSOAT 01: Formulario Único De Reclamación Para Las Entidades Hospitalarias Por El Seguro Obligatorio De Accidentes De Transito.

[1] FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Pago parcial de Reclamaciones Subcuenta ECAT Instructivo para IPS [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: FOSYGA, "Recargado anualmente" [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

[2] Art. 14, Decreto 1281 de 2002

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

- ☑ Glosa[3]: Corresponde a los ítems y valores objetados de una reclamación que fue aprobada y pagada parcialmente.
- ☑ IPS: Institución Prestadora de Salud.
- ☑ Minprotección: Ministerio de la Protección Social.
- ☑ RIPS[4]: El Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS, es el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.
- ☑ SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

3. POLÍTICAS

- ☑ Según el parágrafo 1 del Artículo de ley 100 de 1993 afirma que "en los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicas y demás prestaciones continuara a cargo de las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito…"
- ☑ Una vez se culminado el pago parcial de reclamación, la IPS reclamante debe estudiar las glosas invocadas por el FOSYGA y proceder si es viable el cobro de éstas[5].
- ☑ Las Reclamaciones Parciales, sólo se pueden radicar dentro de los primeros diez días de cada mes; si son recepcionados por el Fosyga con posterioridad, serán devueltas sin trámite a la IPS.

---

[3] FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Op.cit., [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

[4] SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS [documento consecutivo en línea]. [Bucaramanga]: Gobernación de Santander, 2004 [citado en 2006-07-28; 22:20]. Disponible en Internet:<http://www.saludsantander.gov.co/rips.htm>.

[5] _____. Op.cit., [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

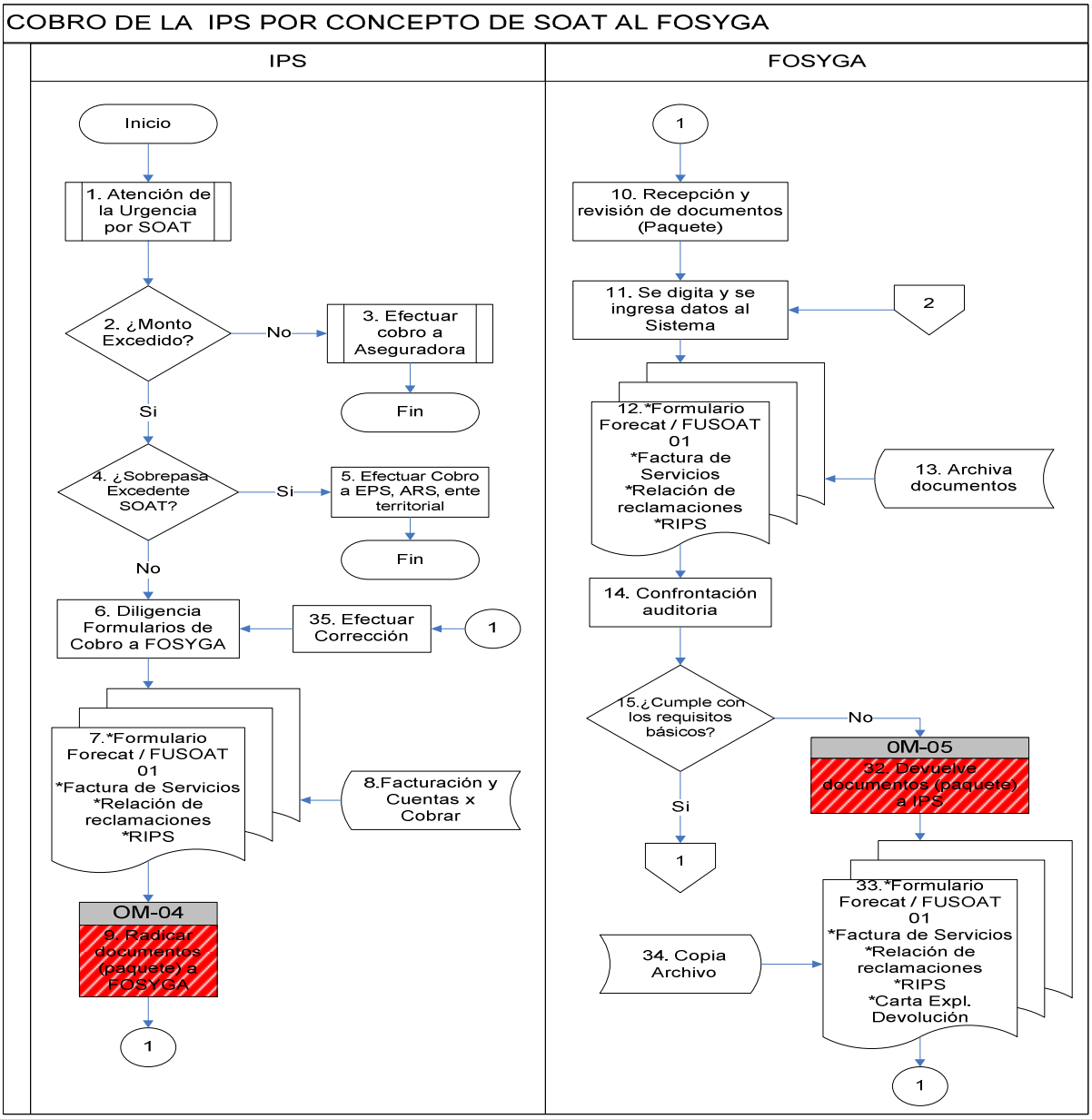
DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

- ☑ Las oportunidades de mejora de las actividades se señalan en rojo y contiene un código nemotécnico a través del cual permite relacionarlo con mayor facilidad.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

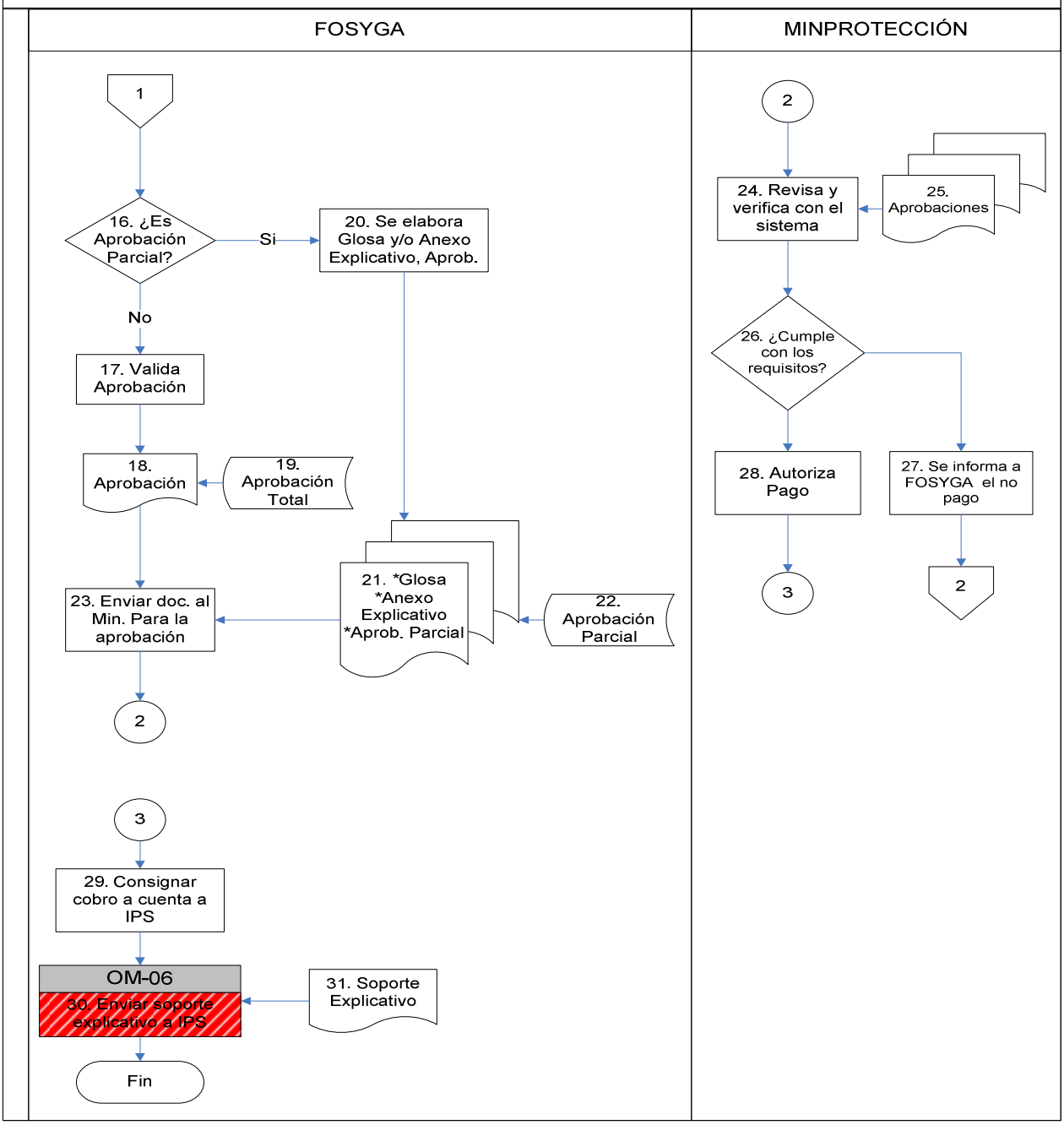
4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

4.1 Diagrama de Flujo:



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

COBRO DE LA IPS POR CONCEPTO DE SOAT AL FOSYGA



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4.2 Actividades:

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Atención de la Urgencia por SOAT	Se le presta la atención integral del servicio.	IPS
2	¿Monto Excedido?	Dependiendo del RIP, la IPS cuantifica el valor de los servicios prestados al paciente para lo cual está determinado en SMMLV.	IPS
3	Efectuar Cobro a Aseguradora	Si el monto es igual o menor a 500 SMLDV, la IPS debe comunicarse y diligenciar el proceso de cobro a la entidad aseguradora.	IPS
4	¿Sobrepasa Excedente SOAT?	Se revisa si el monto en la atención del paciente es mayor o igual a 500 SMLDV.	IPS
5	Efectuar Cobro a EPS, ARS, ente territorial	En caso de que el monto sea superior a 800 SMLDV se efectúa el cobro a la EPS si el paciente pertenece al Régimen Contributivo; ARS si el paciente pertenece al Régimen Subsidiado. En caso de no estar afiliado a ninguno de los anteriores regimenes se efectúa el cobro al Ente Territorial.	IPS
6	Diligencia Formularios de cobro a FOSYGA	Si el monto es superior a los 500 SMMLV, la IPS debe comunicarse y diligenciar el proceso de cobro al FOSYGA; esta cobertura es de 300 SMMLV. En caso de accidente, el monto máximo por servicios médico quirúrgicos será hasta de 500 SMMLV en el momento de ocurrencia del accidente.	IPS
7	*Formulario Forecat/FUSOAT *Factura de Serv. *Relación de reclamaciones *RIPS	Se diligencia el Formulario Forecat Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad. El formulario del FUSOAT se debe diligenciar con letra clara y evitar enmendaduras. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y Costo de la patología.	IPS

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
8	Facturación y Cuentas por Cobrar	Se deja copia en archivo de la facturación y cuentas por Cobrar.	IPS
9	Radicar documentos (paquete) a FOSYGA	Se debe de enviar documentos en un paquete dirigido a FOSYGA, ubicada en la Carrera 10 No. 27-51.	IPS
10	Recepción y revisión de documentos (Paquete)	Se reciben y se revisan los documentos enviados correspondientes de cada IPS.	FOSYGA
11	Se digita y se ingresa datos al Sistema	La IPS correspondiente envía los documentos al FOSYGA con el fin de radicarlos. Estos documentos se digitan y se ingresan a la base única de datos del Ministerio de Protección. La radicación de este tipo de reclamaciones debe hacerse en forma separada de las demás reclamaciones.	FOSYGA
12	*Formulario Forecat/FUSOAT *Factura de Serv. *Relación de reclamaciones *RIPS	Se diligencia el Formulario Forecat Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad. El formulario del FUSOAT se debe diligenciar con letra clara y evitar enmendaduras. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y el Costo de la patología.	FOSYGA
13	Archiva documentos	Se archivan documentos físicos y magnéticos.	FOSYGA
14	Confrontación auditoria	Se revisa el paquete de documentos para determinar la veracidad de la información. Este comité está integrado por tres áreas: Jurídica, Técnica y Médica.	FOSYGA
15	¿Cumple con los requisitos?	Se verifica si cumple con los requisitos todos los documentos.	FOSYGA
16	¿Es Aprobación Parcial?	Se verifica si los documentos formales de diligenciamiento de los mismos se encuentran bien, pero la cuenta de cobro presenta objeciones en cuanto a justificación médica, tarifas o cobertura.	FOSYGA

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
17	Valida Aprobación	Cuando se cumplen la totalidad de los requisitos formales y además la cuenta de cobro no presenta objeciones en cuanto a justificación médica, tarifas o coberturas.	FOSYGA
18	Aprobación	Se realiza documento de validación de aprobación total.	FOSYGA
19	Aprobación Total	Se archiva copia de documento de la validación.	FOSYGA
20	Se elabora Glosa y/o nota aclaratoria, Aprobación	Se efectúa la reliquidación por parte del FOSYGA, y en caso de no encontrar una justificación médica se objeta mediante la nota aclaratoria las glosas de la cuenta de cobro. En caso contrario, se objeta los ítems necesarios para que el valor aprobado no supere los topes disponibles.	FOSYGA
21	*Glosa *Nota Aclaratoria *Aprobación Parcial	Corresponde a los ítems y valores objetados de una reclamación que fue aprobada y pagada parcialmente. Es un documento que define las objeciones que tiene la reclamación para el no pago total. Es el documento que permite la validación del pago.	FOSYGA
22	Aprobación Parcial	Se archiva copia archivo de validación parcial	FOSYGA
23	Enviar documento al Ministerio de Protección Para la aprobación	Se envían los documentos aprobados y validados con el de buscar la aprobación del pago de los servicios a las IPS.	FOSYGA
24	Revisa y verifica con el sistema	En la Base Única de Datos del Sistema del Ministerio de Protección Social, se ingresa y se verifica el estado actual de cada radicación.	MINPROTECCIÓN
25	Aprobaciones	Son los soportes físicos para el pago de aprobaciones total y parcial.	MINPROTECCIÓN
26	¿Cumple con los requisitos?	Se define de acuerdo a la información que se encuentra en la Base de Datos Única de Minprotección y los documentos de cada caso, la aprobación de cada pago	MINPROTECCIÓN
27	Se informa a FOSYGA el no pago	En caso de encontrar inconsistencias en la información validada se informa al FOSYGA, la no aprobación de la radicación correspondiente.	MINPROTECCIÓN
28	Autoriza Pago	Se autoriza el pago correspondiente de cada caso.	MINPROTECCIÓN

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
29	Consignar cobro a cuenta a IPS	Se cancela el valor de los servicios mediante consignación, transferencia electrónica o cheque, a la cuenta inscrita en la Base Única de Datos de FOSYGA y Ministerio de la Protección Social.	FOSYGA
30	Enviar soporte explicativo a IPS	Se envía soporte explicativo a IPS del pago efectuado de cada reclamación.	FOSYGA
31	Soporte Explicativo	Es un documento en el cual se especifica la fecha de expedición del pago.	FOSYGA
32	Devuelve documentos (paquete) a IPS	Se devuelve los documentos no aprobados, con el fin de que la entidad realice la corrección. Este caso se considera reproceso.	FOSYGA
33	*Formulario Forecat/FUSOAT *Factura de Serv. *Relación de reclamaciones *RIPS *Glosa devolución	Se diligencia el Formulario Forecat Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad. El formulario del FUSOAT se debe diligenciar con letra clara y evitar enmendaduras. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta ECAT del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y el Costo de la patología. Nota glosa en la cual se determina las no conformidades de los documentos.	FOSYGA
34	Copia Archivo	Esta copia ya se encuentra archivada en el sistema.	FOSYGA
35	Efectuar Corrección	La IPS debe volver de nuevo a realizar la reclamación en caso de que no haya sido aprobada. Es decir que la IPS debe radicar, diligenciar los formatos correspondientes de nuevo, con el fin de poder realizar el reclamo. En el caso de los pagos parciales, la IPS una vez haya reclamado la parte del pago parcial, debe estudiar las glosas invocadas en la nota aclaratoria, y proceder si es viable, al recobro de las mismas aportando las aclaraciones pertinentes.	IPS

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
35	Efectuar Corrección	Los ITEMS glosados en la reclamación inicial que sean aceptados por la IPS, no deben incluirse en la nueva reclamación.	IPS

Fuente:
Autores e información brindada por el FOSYGA en: FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Op.cit., [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Anexo 20. INTERVENCION DEL SOAPU EN LA ATENCION DE URGENCIAS

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Definir la codificación de todos los procesos que se llevarán a cabo dentro de la creación del Seguro Obligatorio para la Atención de Pacientes en Urgencias –SOAPU-.

2. DEFINICIONES

- ☑ Estado Actual: Describe de manera sistemática los procesos que se llevan a cabo en la realidad.
- ☑ Oportunidad de Mejora: Es todo aquel proceso o actividad en la cuál se brindan soluciones y se eliminan procesos que no generen valor agregado.
- ☑ SOAPU: Seguro Obligatorio para la Atención de Pacientes en Urgencias.

3. POLÍTICAS

- ☑ Todos los procesos que se documenten deben ser consignados a través de este formato.
- ☑ Cada actividad debe contar con indicadores, los cuáles determinan el comportamiento de los factores críticos de éxito.
- ☑ Las actividades de cada proceso deben tener un número de referencia de 3 dígitos con el fin de clasificarlos.
- ☑ Los indicadores Críticos de Éxito de las actividades sólo aplican para el SOAPU.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Para los procesos que se van a trabajar dentro de la creación del Seguro SOAPU, se codificará los procesos de la siguiente forma:

MACROPROCESOS	PROCESOS	SUBPROCESOS	ACTIVIDADES
Operativo - O Financiero - F	SOAT - ST SOAPU – SP Urgencias - UG	EA- Estado Actual OM- Oportunidad de Mejora CP– Creación de Proceso	000

Fuente: Autores, Metodología aplicada por el Ing. Carlos Eduardo Navarrete Sánchez

Definición de Macroproceso: Se denominarán macroprocesos, aquellos procesos que se han definido como comunes entre todas las actividades que se llevarán a cabo para el seguro.

Para el análisis de la creación del Seguro, se define 3 macroprocesos comunes para nuestro estudio:

- ☑ Operativo: Son las actividades que involucra de una forma directa o indirecta al usuario final.
- ☑ Financiero: Son las actividades que involucran los recursos de los procesos.

Procesos: Secuencia de pasos que deben ejecutarse para el cumplimiento de una tarea definida.

Subprocesos: Son todos las actividades necesarios para el cumplimiento de los procesos.

En los subprocesos en el caso de las oportunidades de mejora deben estar acompañados de un paréntesis (000) y un código el cuál determinará la oportunidad correspondiente.

Actividades: Son todas aquellas tareas que se ejecutan con el fin de cumplir un requerimiento.

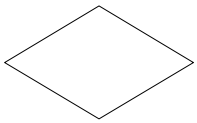
DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4.1 Diagramación

Para la documentación de procesos se utiliza el Diagrama de Flujo, el cuál es utilizado para describir gráficamente una actividad existente o una nuevo mediante la utilización de símbolos, líneas y palabras simples, demostrando las actividades y su secuencia en el proceso.

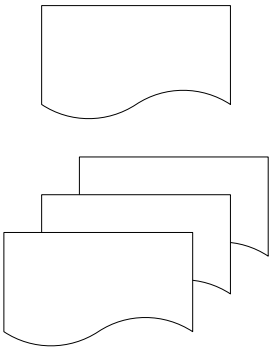
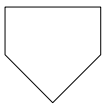
A través de este método, se puede visualizar rápidamente el inicio y fin de un procedimiento en forma integral, identificando el número de pasos o actividades, número de entidades que intervienen en el mismo, número de veces que un mismo documento o actividad es sujeto de revisión y/o traslado, etc.[1]

Para la diagramación de los procedimientos se utilizan los siguientes símbolos:

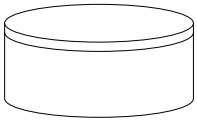
SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Inicio/Fin: Indica iniciación y terminación del procedimiento. Dentro de este símbolo se coloca la palabra inicio o fin.
	Operación: Este símbolo se utiliza para indicar cualquier clase de actividad. Dentro del rectángulo se ingresa de manera concisa una descripción de la actividad.
	**Decisión O Alternativa**: Indica el punto dentro del flujo las alternativas de decisión o caminos alternos del proceso. Las salidas del decidor deben marcarse con las siguientes opciones (si – no).
	Dirección Del Flujo: Esta flecha conecta los símbolos señalando la dirección hacia dónde se dirige, con el fin de orientar la secuencia del procedimiento.

[1] AUDITORÍA GENERAL DE LA RÉPUBLICA. Oficina de Planeación. Metodología para Elaboración de Manuales de Procedimientos. Bogotá, Colombia. Mayo de 2001. p. 13-14

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Conector Dentro De Página: Representa una conexión o enlace de una actividad del procedimiento con otra dentro de la misma página. El símbolo lleva inserto un número arábigo, el cual será igual tanto para el conector final como para el inicial y se diferenciará de acuerdo al sentido en que se dirija la fecha conectora. Para cada conexión se tendrá en cuenta el número que le sigue.
	Datos Almacenados: Este símbolo se utiliza para identificar los dispositivos de almacenamiento, a través de los cuáles se archivan los documentos.
	Proceso Predefinido: Se utiliza cuando es necesario citar un procedimiento definido previamente ó no aplicable para el estudio; y la cantidad de actividades que lo componen dificultan o son tan extensas que no se pueden incluir dentro del cuerpo del procedimiento que se está describiendo.
	**Documentación**: Se utiliza cuando la ejecución de una actividad genera un documento impreso (informes, listados, formatos, etc.). También es utilizado cuando ingresa un documento a la operación. La diferencia entre los dos símbolos varía de acuerdo al número de copias o documentos que se requieren para el estudio.
	**Conector Fuera De Página**: Representa una conexión o enlace de una actividad al final de la página con otra al inicio de la página siguiente, donde continúa el flujograma. El símbolo lleva inserto un número arábigo y es utilizada para las dos (2) conexiones, y cambiará consecutivamente cada vez que se requiera hacer una nueva conexión.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

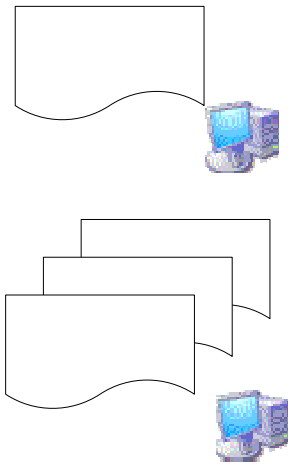
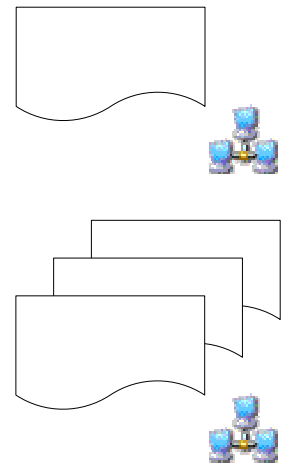
SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	**Almacenamiento Disco:** Este símbolo se utiliza para el almacenamiento de archivos en servidor o en el disco duro del computador.

4.1.1 Casos Especiales:

Para las actividades del proceso que requieran de dispositivos informáticos o transferencias en red deben estar acompañados de los siguientes íconos:

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Operación: Este símbolo se utiliza para indicar cualquier clase de actividad que se realiza en el sistema. Dentro del rectángulo se ingresa de forma breve una descripción de la actividad.
	Operación en red: Este símbolo se utiliza para indicar cualquier clase de actividad que se realiza en el sistema. Dentro del rectángulo se ingresa de forma breve una descripción de la actividad.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	**Documentación en el Sistema**: Se utiliza cuando la ejecución de una actividad genera un documento impreso o virtual (informes, listados, formatos, etc.). También es utilizado cuando ingresa un documento a la operación. La diferencia entre los dos símbolos varía de acuerdo al número de copias o documentos que se requieren para el estudio.
	**Documentación en Red**: Se utiliza cuando la ejecución de una actividad genera un documento impreso o virtual (informes, listados, formatos, etc.). También es utilizado cuando ingresa un documento a la operación. La diferencia entre los dos símbolos varía de acuerdo al número de copias o documentos que se requieren para el estudio.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

5. INDICADORES

Los indicadores de todos los procesos deben ir bajo la siguiente estructura y de acuerdo a las siguientes definiciones:

Nombre: Define claramente su objetivo y utilidad y, se expresa en unidades como Cantidad, tasa, proporción, porcentaje u otros.

Objetivo: Meta o nivel que se debe alcanzar en un periodo de tiempo determinado y se expresa en infinitivo.

Fórmula: Es la identificación de criterios o factores y de la manera como ellos se relacionan.

Unidades: Es la manera en que se expresa la relación los criterios o factores, los cuales deben estar expresados en una única unidad.

Glosario: Especifica de manera precisa los criterios o factores que se relacionan en el calculo.

Frecuencia de Medición: Se define como la periodicidad con que son tomados los datos y el periodo de análisis de esos datos.[2]

Responsable: Se define quien genera y procesa el indicador.

Fuente de información: Lugar donde provienen los datos.

Umbral: Se refiere al valor del indicador que se requiere lograr o mantener.[3]

Tipo: Se define el área al que corresponde el indicador.

Dueño: Es la persona encargada de administrar el indicador.

Código: Es la identificación del indicador que permite fácilmente ubicar y recordar[4].

[2] MORALES MONTEJO, Clemencia, Evalúe la Gestión de Su Empresa. Bogotá D.C., Editores 3R, 2005. p.168.

[3] BELTRÁN JARAMILLO, Jesús Mauricio, Indicadores de Gestión. 2 ed. Bogotá D.C., 3R Editores, 1998. p. 53.

[4] Definición proporcionada por el Ingeniero Carlos Eduardo Navarrete Sánchez.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Formato de los Parámetros de Identificación y medición de un Indicador

Código Nº

Nombre:	
Objetivo:	
Fórmula:	
Unidades:	
Glosario:	
Frecuencia de Medición:	
Responsable:	
Fuente de información:	
Umbral:	
Tipo:	
Dueño:	

Fuente: Autores e Ing. Carlos E. Navarrete Sánchez

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Anexo 21. PROCESOS DEL SOAPU

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Definir las actividades clave del Seguro Obligatorio para la Atención de Pacientes en Urgencias, en la atención inicial de urgencias y la intervención del SOAPU.

2. DEFINICIONES

- ☑ Entidad Aseguradora: Hace referencia a la EPS, ARS, entidad de medicina prepagada y pólizas de salud.
- ☑ Estado Actual: Describe de manera sistemática los procesos que se llevan a cabo en la realidad.
- ☑ Oportunidad de Mejora: Es todo aquel proceso o actividad en la cuál se brindan soluciones y se eliminan procesos que no generen valor agregado.
- ☑ SOAPU: Seguro Obligatorio Para la Atención de Pacientes en Urgencias.
- ☑ SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
- ☑ RIPS: Es el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.[1]
- ☑ Referencia y Contrarreferencia: Consiste en el proceso donde el médico envía usuarios o elementos de ayuda diagnostica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otra institución del sector, para atención complementaria o diagnóstico; y la otra parte posteriormente da una respuesta de contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o el resultado de la solicitudes de ayudas diagnosticas.

[1] SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS [documento consecutivo en línea]. [Bucaramanga]: Gobernación de Santander, 2004 [citado en 2006-07-28; 22:20]. Disponible en Internet:<http://www.saludsantander.gov.co/rips.htm>.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

☑ Triage: Está definido "como una entrevista (preconsulta) que busca identificar los signos de alerta en la condición clínica del paciente a fin de determinar su prioridad de atención"[2].

3. POLÍTICAS

☑ Todos los procesos que se documenten deben ser consignados a través de este formato.

☑ Cada proceso o actividad debe contar con indicadores, los cuáles determinan el comportamiento de los factores críticos de éxito.

☑ La atención de urgencias debe ser "en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras…" (Art. 10, Resolución 5261 de 1994).

☑ Las tarifas para la atención de urgencias con el SOAPU, estarán regidas por las tarifas SOAT.

☑ Se establece el cobro de una multa correspondiente a 10 veces el valor facturado de los servicios prestados por concepto de irregularidades en la atención de urgencias, tanto para las IPS, EPS, ARS, Entes Territoriales, Aseguradoras y ARP.

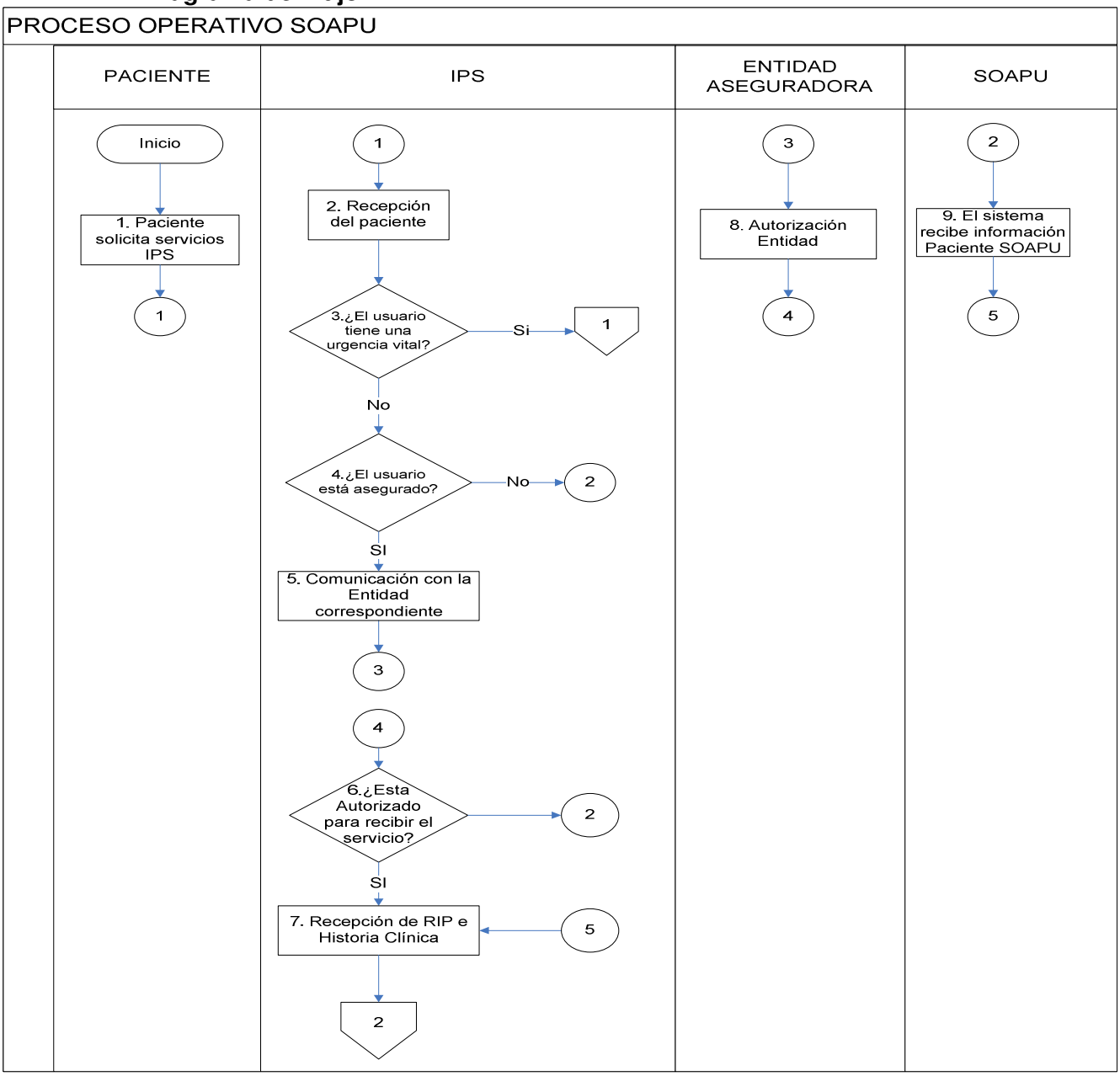
☑ El traslado de cada paciente debe ser autorizado por el médico tratante, de acuerdo a la condición y las necesidades que requieran los pacientes.

[2] _____, Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las empresas promotoras de salud, Bogotá D.C. : DEFENSORÍA DEL PUEBLO. 2003. p. 92.

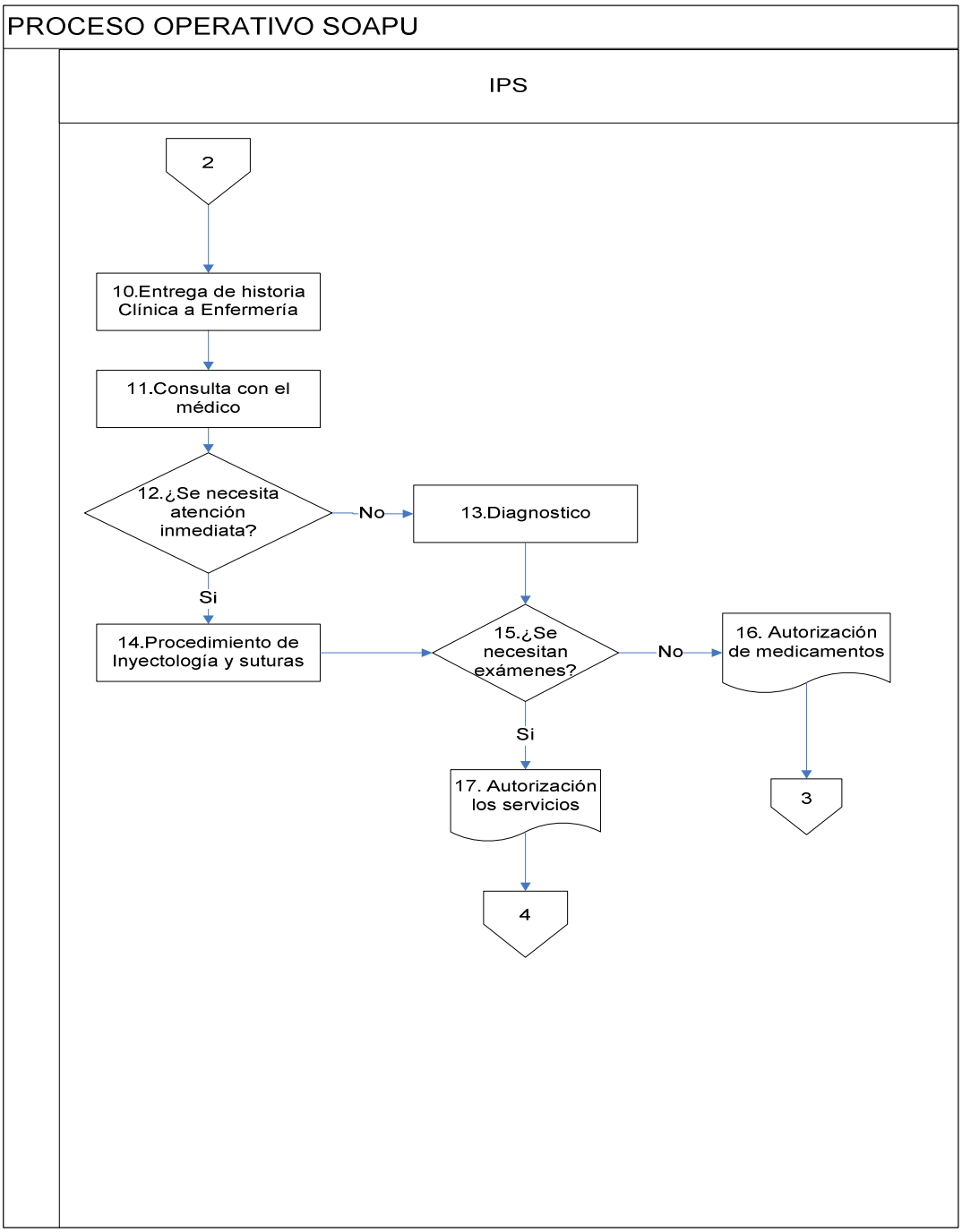
DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

4.1 Diagrama de Flujo:

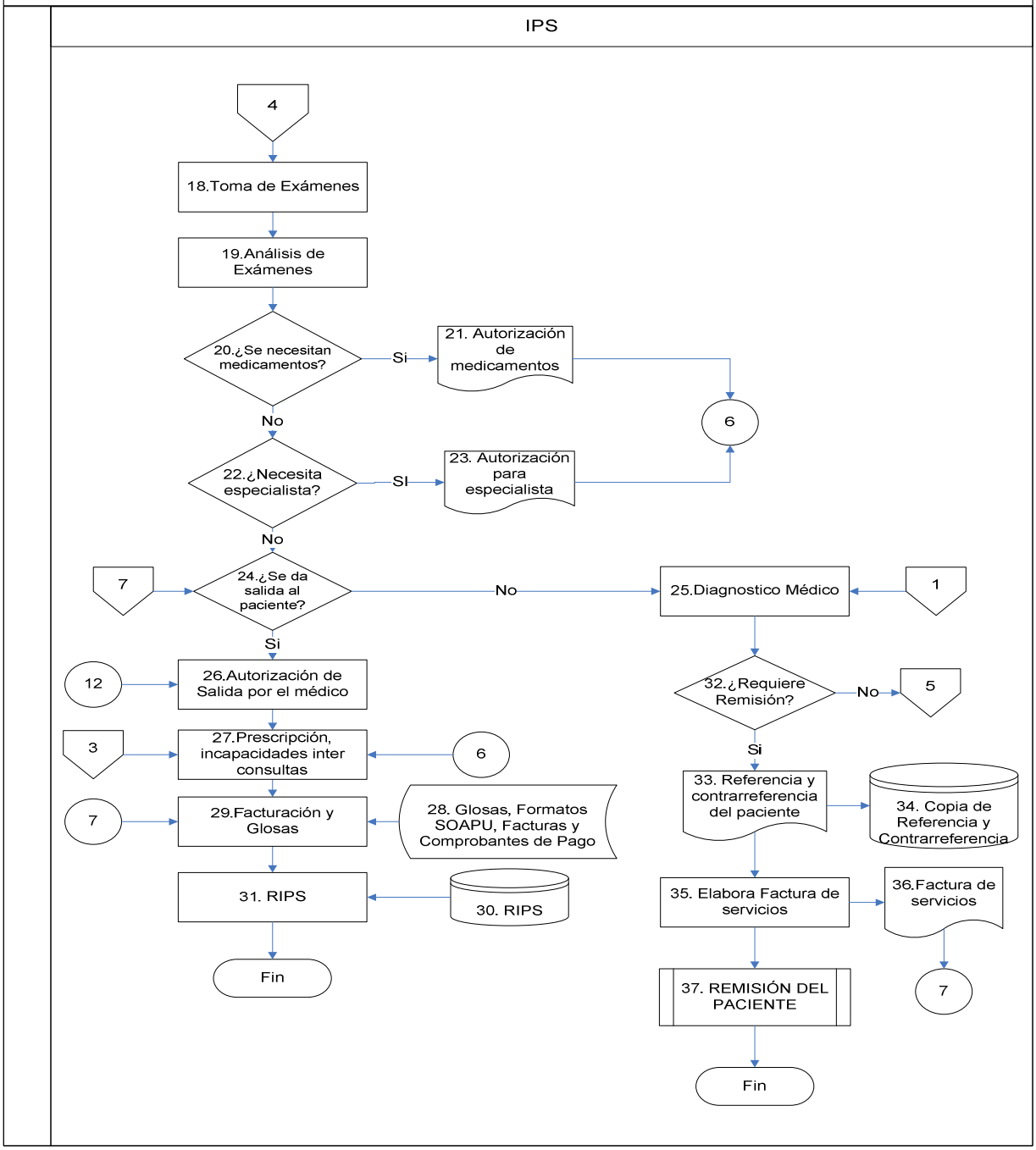


DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

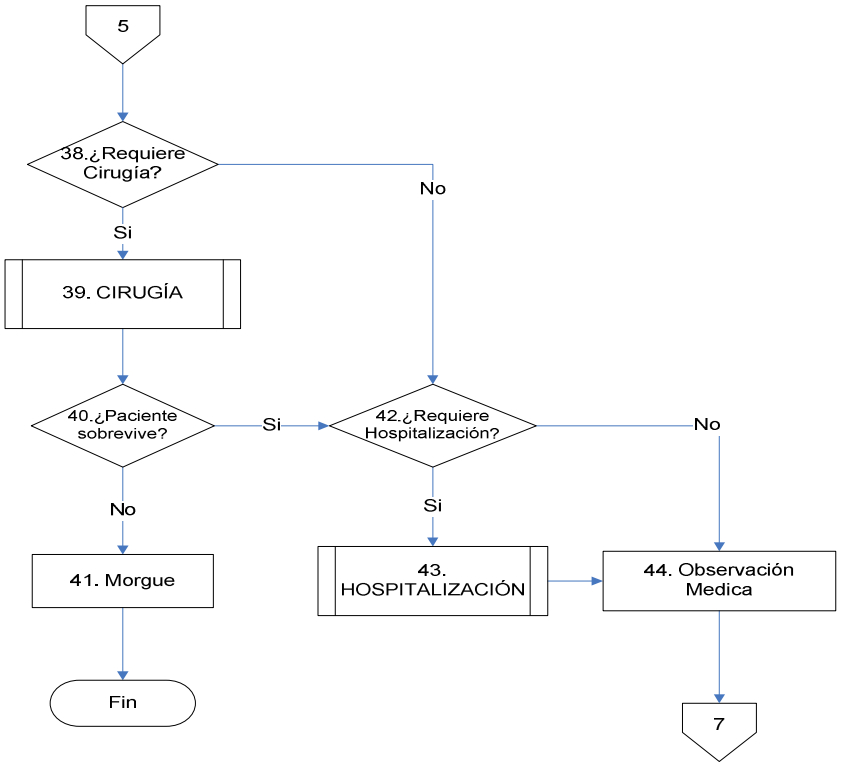
PROCESO OPERATIVO SOAPU



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

PROCESO OPERATIVO SOAPU

IPS



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4.2 Actividades:

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Paciente solicita servicios IPS	El paciente solicita los servicios necesarios a la IPS.	Paciente
2	Recepción del paciente	Recibir al usuario que solicita el servicio de urgencias informándole los documentos necesarios y lo dirige a valoración médica. "El usuario debe declarar y acreditar el ingreso a la IPS, su identificación y estado de afiliación al sistema, con todas las fuentes de pago posibles (SOAT, EPS, ARS, ARP, Prepago, entre otras), aportando los documentos necesarios, como carné e identificación, y declarando si su situación fue originada por accidente de tránsito o de trabajo"[3].	Recepción
3	¿El usuario tiene una urgencia vital?	Se realiza la valoración inicial de los signos vitales del paciente y se determina si requiere atención inmediata, mediante el Triage.	Médico
4	¿El usuario está asegurado?	Se le pregunta al usuario o al acompañante si está asegurado, entidades Adaptadas y transformadas o ARS o si es un accidente de transito o de trabajo.	Recepción
5	Comunicación con la Entidad correspondiente	Si el usuario está afiliado a una EPS, entidades Adaptadas y transformadas o ARS, la IPS se comunica con dicha entidad para la autorización y los derechos del paciente. Y si es SOAT o ARP se atiende de forma inmediata.	Recepción
6	¿Está Autorizado para recibir el servicio?	Se verifica con EPS, entidades Adaptadas y transformadas o ARS si está autorizado el paciente para recibir el servicio.	Recepción
7	Recepción de RIP e Historia Clínica	Abrir la historia Clínica y el RIP del paciente.	Enfermería
8	Autorización entidad	Cada EPS, ARS, ARP, Prepago, realiza la autorización del servicio de urgencias	Entidad Aseguradora
9	Sistema recibe información SOAPU	Cada caso atendido por el SOAPU, debe ser ingresado en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	IPS-SOAPU

[3] Sistema de Salud: Derecho a la Atención de Urgencia. En: El Tiempo, Bogotá D.C.: (10, Sep., 2006); p. 3-15, c. 1-4

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
10	Entrega de historia Clínica a Enfermería	Revisar asignación de médico y dirigir el paciente al consultorio.	Enfermera
11	Consulta con el médico	El médico examina al paciente, determina curso de acción según la patología.	Médico
12	¿Se necesita atención inmediata?	El médico evalúa si se necesita atención inmediata.	Médico
13	Diagnóstico	Si no necesita atención inmediata ordena medicamentos y exámenes, emite órdenes de observación.	Médico
14	Procedimiento de Inyectología y suturas	El médico determina un plan de manejo según la patología o procedimiento de inyectología, suturas, etc.	Médico
15	¿Se necesitan exámenes?	El médico decide si es necesario hacer exámenes al usuario	Médico
16	Autorización de medicamentos	El médico autoriza los medicamentos que necesita el usuario y sella la orden para la autorización.	Médico
17	Autorización los servicios	El médico autoriza los exámenes que necesita el usuario y sella las órdenes para la autorización.	Médico
18	Toma de Exámenes	Tomar los exámenes ordenados por el médico, verificar si están autorizados por facturación.	Laboratorio Clínico
19	Análisis de Exámenes	El médico entrega el diagnóstico al paciente según los exámenes y agrega a Historia Clínica.	Médico
20	¿Se necesitan medicamentos?	El médico decide si es necesario recetar medicamentos al paciente.	Médico
21	Autorización de medicamentos	El médico autoriza los medicamentos que necesita el usuario y sella la orden para la autorización.	Médico
22	¿Necesita especialista?	El médico decide si es necesario que el paciente sea remitido a un especialista	Médico
23	Autorización de especialista	El médico autoriza que sea atendido por un especialista	Médico
24	¿Se da salida al paciente?	El médico decide si se da salida al paciente.	Médico
25	Diagnóstico Médico	Si no se da salida al paciente el médico analiza la situación y decide si se requiere remisión, cirugía u hospitalización.	Médico
26	Autorización de Salida por el médico	El médico sella la orden de salida.	Médico

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
27	Prescripción, incapacidades inter consultas	Firmar salida e indicar cuidados del paciente, prescribir medicamentos, consultas de especialistas e incapacidades.	Médico
28	Glosas, Formatos SOAPU, Facturas y Comprobantes de Pago	Se diligencian los formatos SOAPU en línea a través de la Base de Datos única Integral del SOAPU; de igual forma en esta base estarán los datos individuales de cada paciente y a su vez informan las glosas de cada cuenta. También se realizan comprobantes y facturas de pago.	Facturación
29	Facturación y glosas	Realiza proceso de facturación en la Base de Datos Integral del SOAPU, y reciben información de glosas de cada cuenta.	Facturación
30	RIPS	Se deja copia de RIPS en un archivo magnético y en base de datos de la IPS.	Facturación
31	RIPS	Se deja copia en físico del paquete RIPS que consta de Historia Clínica y Costo de la patología	Facturación
32	¿Requiere Remisión?	El médico decide si se requiere realizar una remisión al paciente.	Médico
33	Referencia y contrarreferencia del paciente	El médico envía usuarios o elementos de ayuda diagnostica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otra institución del sector, para atención complementaria o diagnostico; y la otra parte posteriormente da una respuesta de contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o el resultado de la solicitudes de ayudas diagnosticas.	Médico
34	Copia Referencia y contrarreferencia	Se deja copia en el sistema de la orden de referencia y contrarreferencia del paciente trasladado	Médico
35	Elabora Factura de servicios	De acuerdo a los servicios prestados, se elabora las facturas correspondientes a cada paciente atendido y trasladado. En el caso del SOAPU se diligencia en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	Facturación
36	Factura de servicios	Se deja copia en físico de la de la factura de referencia y contrarreferencia del servicio prestado al usuario trasladado.	Facturación

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
37	Remisión del Paciente	Proceso de remisión del paciente a institución de otro nivel del que se encuentra.	Médico
38	¿Requiere Cirugía?	El médico decide si se requiere realizar cirugía de urgencia al paciente.	Médico
39	Cirugía	Proceso de cirugía de urgencia.	Médico
40	¿Paciente sobrevive?	El médico verifica si el paciente sobrevivió pasada la cirugía y/o la hospitalización.	Médico
41	Morgue	Si el paciente murió es trasladado a la morgue e informar a medicina legal.	Enfermería
42	¿Requiere Hospitalización?	El médico decide si el paciente requiere de hospitalización.	Médico
43	Hospitalización	Proceso de cirugía de hospitalización.	Médico
44	Observación Médica	Se maneja la evolución del paciente en observación y se define la situación en 24 horas, se ejecuta el plan de manejo determinado por el médico tratante, se registran notas de enfermería.	Enfermería

Fuente:
Autores, Clínica Chía e información del Manual Normas Técnico-Administrativas para la prestación de Servicios de Urgencias en el Sistema Distrital de Salud, Santafé de Bogotá: Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 1994

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

5. INDICADORES

Código: SP-04

Nombre:	**Índice de participación pacientes vinculados que utilizan el SOAPU (I.P.P.V.S)**
Objetivo:	Medir la participación de pacientes Vinculados que utilizan el SOAPU
Fórmula:	**I.P.P.V.S** $\frac{\text{Número de personas atendidas por SOAPU vinculadas al año}}{\text{Total de personas atendidas por SOAPU al año}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	**- Índice de participación pacientes vinculados que utilizan el SOAPU:** Mide la participación de personas Vinculadas que utilizan la póliza SOAPU. **- Número de personas atendidas por SOAPU vinculadas al año:** Número de personas que no están en ningún Régimen y que utilizan la póliza SOAPU en el año inmediatamente anterior. **- Total de personas atendidas por SOAPU al año:** Número total de usuarios que utilizan el SOAPU durante el año.
Frecuencia de Medición:	Anual
Responsable:	Gerencia Operativa SOAPU
Fuente de información:	Base de Datos Integral SOAPU
Umbral:	No Aplica
Tipo:	Operativa
Dueño:	Gerencia SOAPU

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-06

Nombre:	**Porcentaje Pacientes no Atendidos por los Regimenes (P.P.A.R.)**
Objetivo:	Determinar el porcentaje de pacientes que no han sido atendidos por la aseguradora.
Fórmula:	$\textbf{PPAR=} \dfrac{\text{Número de pacientes no atendidos por autorización}}{\text{Número total de pacientes con autorización de los Regimenes}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	**- Porcentaje Pacientes no atendidos por los Regimenes:** Busca medir la participación de los pacientes que no son atendidos por los Regimenes. **- Número de pacientes no atendidos por autorización:** Determina el número de pacientes no atendidos por la entidad aseguradora. - **Número de pacientes con autorización de la Aseguradora:** es el número total de pacientes que han sido autorizados por el ente asegurador.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	IPS
Fuente de información:	Registro base de datos IPS
Umbral:	Inferior a 10%
Tipo:	Operativo
Dueño:	Gerencia IPS

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-05

Nombre:	**Reingresos a Servicios de Urgencias (R.S.U)**[4]
Objetivo:	Determinar el porcentaje de pacientes que han sido atendidos por la aseguradora.
Fórmula:	$RSU = \frac{\text{Nº de reingresos al servicio de urgencias en menos de 72 horas que usan el SOAPU}}{\text{Total de pacientes que utilizan el SOAPU en el mes}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	- **Nº de reingresos al servicio de urgencias en menos de 72 horas que usan el SOAPU:** Es el número total de reingresos en el servicio de urgencias que en menos de 72 horas utilizaron la póliza de SOAPU en un mes a analizar. - **Total de pacientes que utilizan el SOAPU en el mes:** Es el número total de pacientes que utilizaron la póliza de SOAPU en el mes a analizar. - **Reingresos a Servicios de Urgencias:** Es el porcentaje de personas que reingresan al servicio de urgencias y que utilizan el SOAPU.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	Facturación
Fuente de información:	Base de Datos Integral SOAPU
Umbral:	Menor al 10%
Tipo:	Operativo
Dueño:	Gerencia Operativa de SOAPU

[4] SUPERSALUD. Reingresos [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: SUPERSALUD, 2006 [citado en 2006-09-08; 21:00]. Disponible en Internet en: <http://www.supersalud.gov.co/Documentos/calidad/indicadores%20seleccionados.pdf>

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-09

Nombre:	**Índice de Devolución de Facturación (I.D.F)**
Objetivo:	Medir la Gestión de Facturación de las IPS
Fórmula:	$\textbf{I.D.F.} = \frac{\text{Total de facturas glosadas en el mes}}{\text{Total de facturas emitidas en el mes}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	**- Índice de Devolución de Facturación:** Busca medir el desempeño de los pagos. **- Total de Facturas Glosadas en el mes:** Son Aquellas facturas que tienen valores objetados de una reclamación que fue aprobada y pagada parcialmente en el mes inmediatamente anterior. **- Total de facturas emitidas:** Son todas las facturas del mes inmediatamente anterior.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	Facturación
Fuente de información:	Base de Datos Integral SOAPU
Umbral:	Menor al 10%
Tipo:	Financiero
Dueño:	Gerencia Financiera de SOAPU

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Anexo 22. Recaudo del SOAPU

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Definir las actividades claves del Seguro Obligatorio para la Atención de Pacientes en Urgencias, en el recaudo y distribución de recursos del SOAPU.

2. DEFINICIONES

- ☑ Contribuyente: Es aquella entidad pública o privada encargada de los aportes de todos los beneficiarios al Seguro Obligatorio para la Atención de Pacientes en Urgencias –SOAPU-. En el caso del régimen contributivo, los aportes de los usuarios para el SOAPU, son todas las EPS del país y en el caso del Régimen Subsidiado y los Vinculados al Sistema, son los aportes realizados por los entes del Estado encargados de la financiación del seguro.

- ☑ Entidad Aseguradora: Hace referencia a la EPS, ARS, entidad de medicina prepagada y pólizas de salud.

- ☑ FONAPU: Fondo Nacional para la Atención de Pacientes en Urgencias.

- ☑ Oportunidad de Mejora: Es todo aquel proceso o actividad en la cuál se brindan soluciones y se eliminan procesos que no generen valor agregado.

- ☑ SOAPU: Seguro Obligatorio Para la Atención de Pacientes en Urgencias.

3. POLÍTICAS

- ☑ Los cobros de las IPS a la Aseguradora deben ser realizados a través de la base única de datos del SOAPU.

- ☑ El sistema de la Base Única Integral de datos del SOAPU, debe asignar el código único de radicación.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

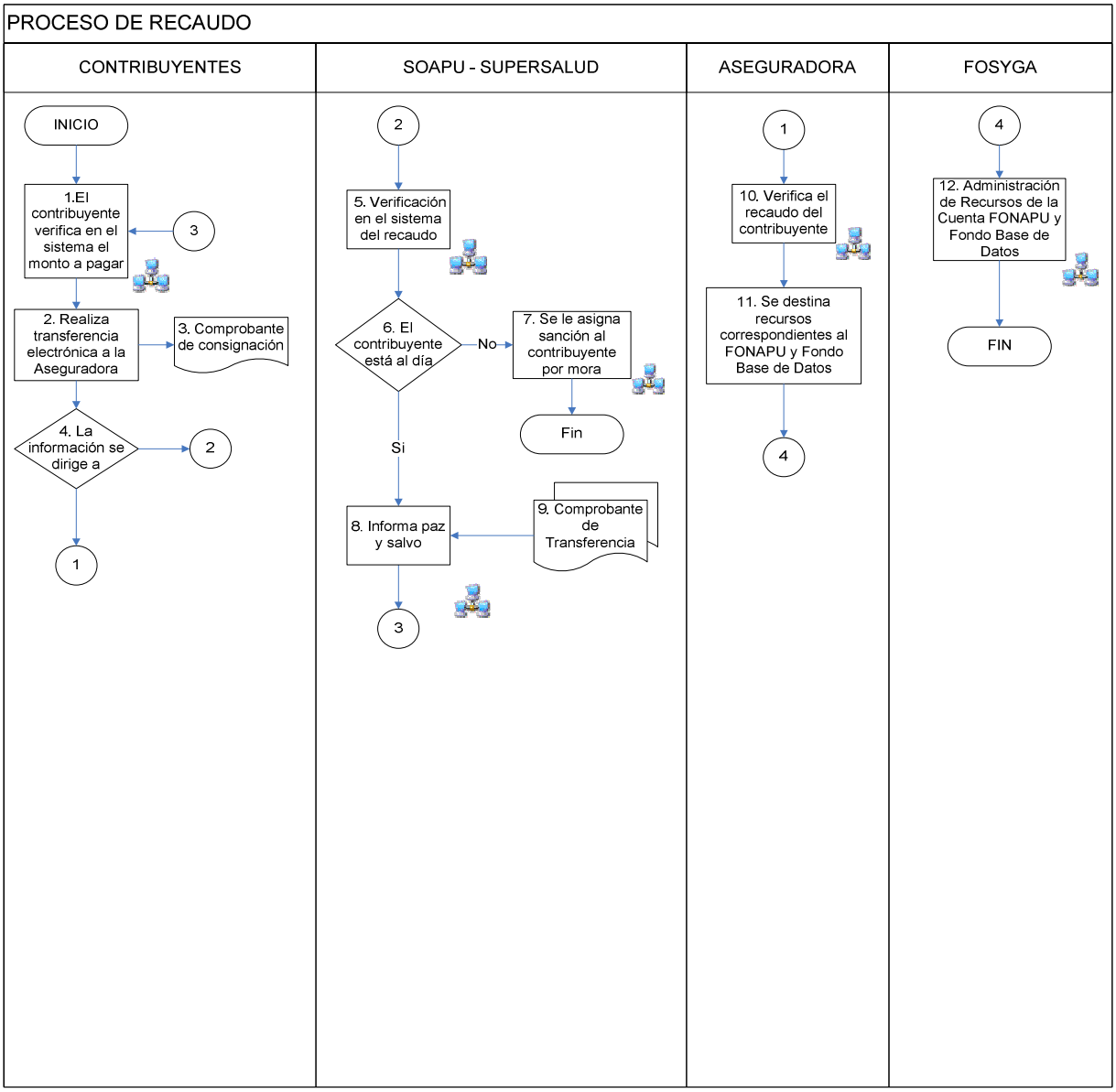
- ☑ El FOSYGA es el ente encargado de la administración de los recursos de la subcuenta del Fondo Nacional de Atención de Pacientes en Urgencias -FONAPU- y de la administración de los recursos del Fondo de la Base de Datos Única del SOAPU, los cuáles estarán amparados bajo la misma subcuenta.

- ☑ El Fondo de la Base de Datos Única del SOAPU tiene como objetivo garantizar la actualización de las redes e infraestructura que soporta al -SOAPU- con los entes participantes.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

4.1 Diagrama de Flujo:



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4.2 Actividades:

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	El contribuyente verifica en el sistema el monto a pagar	El contribuyente verifica en la Base de Datos del SOAPU el monto en deuda.	Contribuyente
2	Consigna a la Aseguradora	El contribuyente consigna el monto a pagar al SOAPU.	Contribuyente
3	Comprobante de consignación	El contribuyente después de realizar el pago, le es entregado un comprobante de pago.	Contribuyente
4	La información se dirige a:	Esta información se dirige por un lado a verificar que en verdad el contribuyente realizó el correspondiente pago y se encuentra al día en la Aseguradora y por el otro lado en el SOAPU.	Contribuyente
5	Verificación en el sistema del recaudo	Se verifica que el contribuyente en verdad realizó el pago.	SOAPU
6	¿El contribuyente está al día?	Se verifica si el contribuyente está al día o no.	SOAPU
7	Se le asigna sanción al contribuyente por mora	Si el contribuyente no se encuentra al día, se le asigna a éste una sanción por mora.	SOAPU
8	Se informa a usuario que se encuentra a paz y salvo.	Si el contribuyente se encuentra al día, inmediatamente se realiza el certificado de paz y salvo.	SOAPU
9	Comprobante de Transferencia	Se deja copia de la transferencia de electrónica en archivo.	SOAPU
10	Verifica el recaudo del contribuyente	La Aseguradora verifica en la red el pago del contribuyente.	Aseguradora
11	Se destina recursos al FONAPU y Fondo Base de Datos	Después de verificar el pago, la aseguradora destina los recursos al FONAPU.	Aseguradora
12	Administración de Recursos de la Cuenta FONAPU y Fondo Base de Datos	El FOSYGA, administra los recursos de la cuenta FONAPU y el Fondo Base de la Única de Datos del SOAPU.	FOSYGA

Fuente: Autores.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

INDICADORES:

Código: SP-13

Nombre:	**PORCENTAJE DE RECAUDO (P.R.)**
Objetivo:	Medir el cumplimiento de los recaudos.
Fórmula:	$P.R. = \frac{\text{Total de dinero Recaudado}}{\text{Presupuesto del año a analizar}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	**- Porcentaje De Recaudo:** Es el porcentaje que el cumplimiento de recaudo. **- Total de dinero Recaudado:** Es el dinero recaudado en un periodo determinado. **- Presupuesto del año a analizar:** Es el presupuesto asignado del año a analizar.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	Área Financiera SOAPU
Fuente de información:	Base de datos SOAPU
Umbral:	Mayor 95%
Tipo:	Financiera
Dueño:	Gerente Financiero

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-03

Nombre:	**LIQUIDEZ DE SOAPU (L.S)**
Objetivo:	Medir la liquidez que tiene el SOAPU.
Fórmula:	$L.S = \frac{\text{Total de dinero Recaudado en el periodo acordado}}{\text{Presupuesto del año a analizar}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje.
Glosario:	**- Liquidez del SOAPU:** Es la capacidad de pago que tiene el SOAPU en un periodo determinado. **- Presupuesto del año a analizar:** Es el presupuesto que se le asigna al SOAPU para su funcionamiento. **- Total de dinero Recaudado en el periodo acordado:** Es el dinero recaudado en un periodo determinado.
Frecuencia de Medición:	Mensual.
Responsable:	Área Financiera SOAPU.
Fuente de información:	Base de datos SOAPU.
Umbral:	Mayor 95%.
Tipo:	Financiera.
Dueño:	Gerente Financiero.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-14

Nombre:	**Eficiencia del sistema (E.S)**
Objetivo:	Medir la eficiencia de la base de datos
Fórmula:	$E.S = \frac{\text{Número de horas int errumpidas por fallas en el sistema en el mes}}{\text{Total de horas en operación del mes a analizar}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	**- Eficiencia del sistema:** Es el porcentaje de horas interrumpidas por fallas en el sistema en el mes que se analiza. **- Número de horas interrumpidas por fallas en el sistema en el mes:** Es el número de horas interrumpidas por fallas en la base de datos única del SOAPU en el mes a analizar. **- Total de horas en operación del mes a analizar:** Es el número de horas en operación de la base de datos única del SOAPU en el mes a analizar.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	Gerencia Operativa SOAPU
Fuente de información:	Base de datos SOAPU
Umbral:	Menor al 10%
Tipo:	Operativo
Dueño:	Gerencia operativa SOAPU

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-15

Nombre:	**Eficiencia del sistema en Backups (E.S.B)**
Objetivo:	Medir la eficiencia de la base de datos
Fórmula:	**E.S.B =** $\frac{\text{Número de backups realizados en el semestre}}{\text{Número de backups programados en el año}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	**- Eficiencia del sistema en Backups:** Es el porcentaje que mide la eficiencia de almacenamiento de información en los Backpus. **- Número de backups programados en el año**: Es el total de backups programados durante el año. - **Número de backups realizados en el semestre:** Enuncia el número de copias de seguridad realizadas durante el año.
Frecuencia de Medición:	Semestral
Responsable:	Gerencia Operativa SOAPU
Fuente de información:	Base de datos SOAPU
Umbral:	100%
Tipo:	Operativo
Dueño:	Gerencia operativa SOAPU

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Anexo 23. Cobro de las IPS a las Aseguradoras por concepto del SOAPU

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Describir las actividades necesarias que debe realizar una IPS para efectuar el cobro del SOAPU a la Aseguradora.

2. DEFINICIONES

- ☑ Anexo Explicativo/ Carta Aclaratoria: Es un documento a través del cual se explica a una entidad, el no pago total o devolución, la cual puede por problemas en la justificación médica, tarifas o cobertura, en el caso de los pagos parciales, ó en el caso de la no aprobación, por no cumplimiento de las normas de diligenciamiento de formatos, coberturas respecto a topes y tipos de eventos a cargo del FOSYGA.

- ☑ Devolución[1]: Es una reclamación cuyo resultado fue no Aprobada, y no es objeto de ningún pago, devuelta a la entidad para corrección y en caso de nueva radicación se considera reproceso.

- ☑ Estado Actual: Describe de manera sistemática los procesos que están vigentes.

- ☑ FONAPU: Fondo Nacional para la Atención de Pacientes en Urgencias.

- ☑ FORAPU: Formato de Atención de Pacientes en Urgencias, para pagos inferiores al cuarto de salario mínimo legal mensual vigente.

- ☑ FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.

- ☑ FUSOAPU: Formulario Único De Reclamación Para Las Entidades Hospitalarias Por El Seguro Obligatorio de Atención de Pacientes en Urgencias.

[1] FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Pago parcial de Reclamaciones Subcuenta ECAT Instructivo para IPS [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: FOSYGA, "Recargado anualmente" [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

- ☑ IPS: Institución Prestadora de Salud.

- ☑ RIPS[2]: El Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS, es el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.

- ☑ SOAPU: Seguro Obligatorio para la Atención de Pacientes en Urgencias.

3. POLÍTICAS

- ☑ Los cobros de las IPS a la Aseguradora deben ser realizados a través de la base única de datos del SOAPU.

- ☑ El sistema de la base única de datos del SOAPU, debe asignar el código único de radicación.

- ☑ Para el cobro de urgencias equivalentes a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, deben cobrarse a través del FORAPU (Formato de Atención de Pacientes en Urgencias), el cuál se diligencia y se envía cada mes, el cuál adjunta todos los casos del mes anterior, con el fin de efectuar un solo cobro.

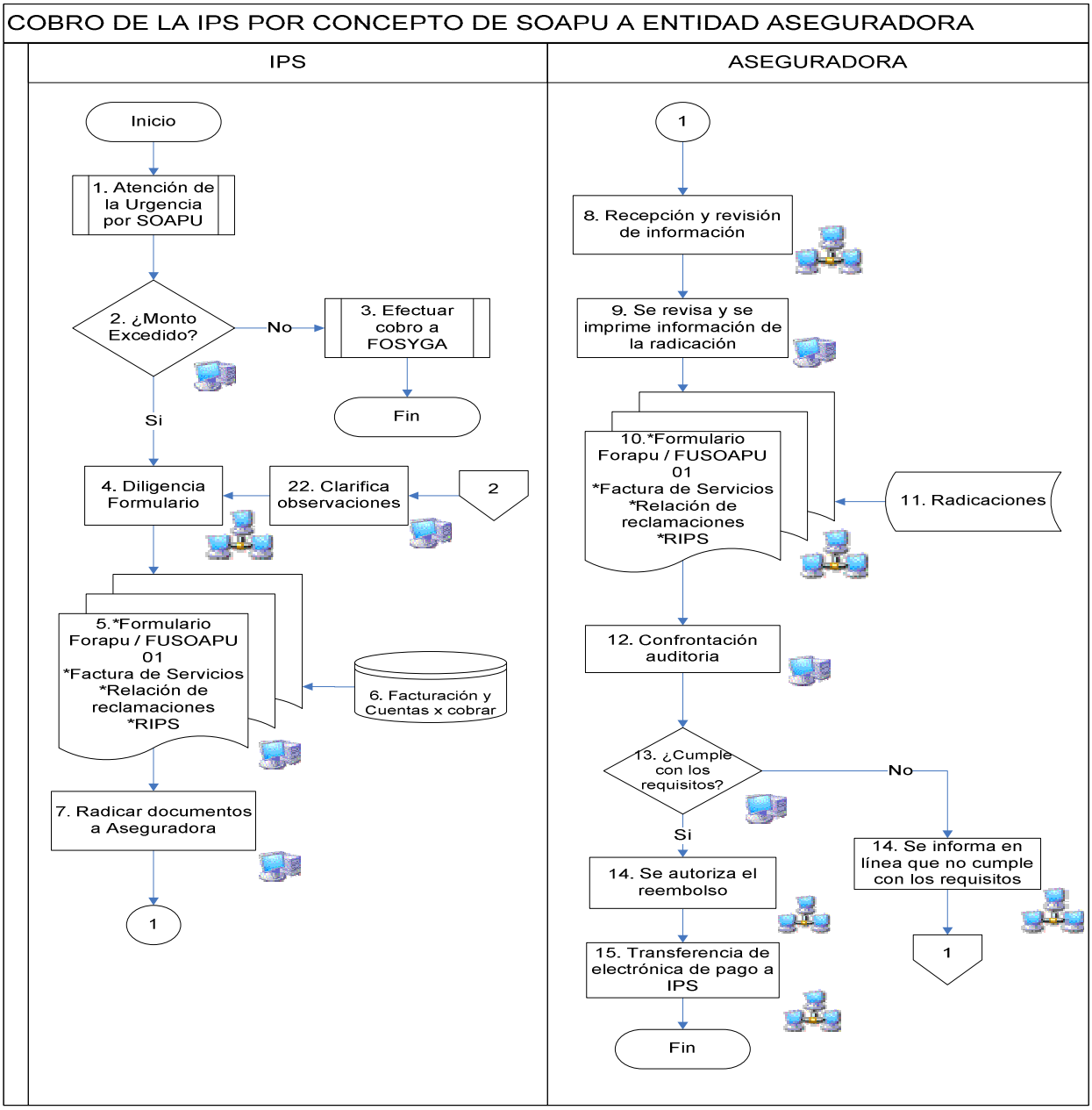
- ☑ Las radicaciones que llegan a la Aseguradora, deben ser impresas, con el fin de darle validez, a la documentación que debe ser analizada por la auditoria.

[2] SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS [documento consecutivo en línea]. [Bucaramanga]: Gobernación de Santander, 2004 [citado en 2006-07-28; 22:20]. Disponible en Internet:<http://www.saludsantander.gov.co/rips.htm>.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

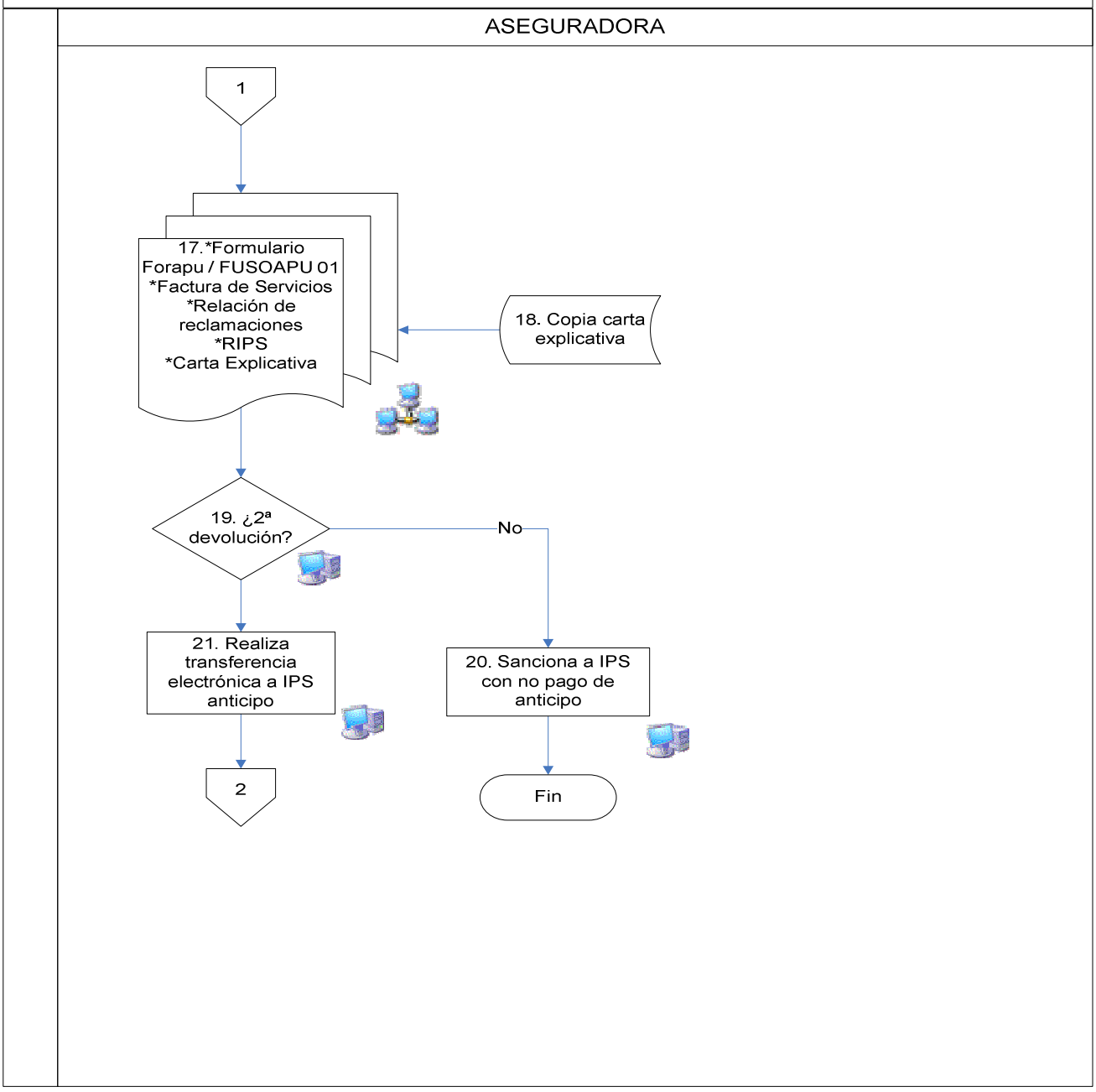
4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

4.1 Diagrama de Flujo:



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

PROCESO DE COBRO IPS POR CONCEPTO DE SOAPU A ENTIDAD ASEGURADORA



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4.2 Actividades:

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Atención de la Urgencia por SOAPU	Se le presta la atención integral del servicio.	IPS
2	¿Monto Excedido?	Dependiendo del RIP, la IPS cuantifica el valor de los servicios prestados al paciente para lo cual está determinado en SMLDV.	IPS
3	Efectuar Cobro a FOSYGA	Si el monto es igual o menor a 500 SMLDV, la IPS debe comunicarse y diligenciar el proceso de cobro a la entidad aseguradora.	IPS
4	Diligencia Formularios de cobro Aseguradora	Si el monto es superior a los 500 SMLDV, la IPS debe comunicarse y diligenciar el proceso de cobro a la aseguradora; esta cobertura es de 300 SMLDV. En caso de no prestación del servicio, el monto máximo por servicios médico quirúrgicos será hasta de 500 SMLDV en el momento de ocurrencia de la no prestación del servicio.	IPS
5	*Formulario Forapu/FUSOAPU *Factura de Servicios *Relación de reclamaciones	El formulario del FUSOAPU (Véase Anexo 23) se debe diligenciar en el sistema en línea. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Para pagos inferiores a un cuarto de salario mínimo, se diligencia el Formulario Forapu Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad (Anexo 24), el cual también es diligenciado en línea, en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente (Anexo 25). Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta FONAPU del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	IPS

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
5	*RIPS	El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y Costo de la patología. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	IPS
6	Facturación y Cuentas por Cobrar	Se archiva copia de los documentos anteriores en archivo.	IPS
7	Radicar información a Aseguradora	Se debe de enviar documentos en un paquete dirigido a la Aseguradora respectiva.	IPS
8	Recepción y revisión de la información	Se reciben y se revisan los documentos enviados correspondientes de cada IPS.	Aseguradora
9	Se revisa y se imprime información de la radicación	Se revisa la información enviada en línea con el fin de ser impresa y evaluada en auditoria	Aseguradora
10	*Formulario Forapu/FUSOAPU *Factura de Serv. *Relación de reclamaciones	El formulario del FUSOAPU (Véase Anexo 23) se debe diligenciar en el sistema en línea. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Para pagos inferiores a un cuarto de salario mínimo, se diligencia el Formulario Forapu Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad (Anexo 24) el cual también es diligenciado en línea, en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente (Anexo 25). Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta FONAPU del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. El formulario del FUSOAPU se diligencia en la base única integral del SOAPU. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	Aseguradora

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
10	*RIPS	El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y Costo de la patología. El formulario del FUSOAPU se diligencia en la base única integral del SOAPU. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	Aseguradora
11	Radicaciones	Se archiva copia física en la Aseguradora y magnética de las radicaciones recibidas en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	Aseguradora
12	Confrontación auditoria	Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta FORAPU del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA	Aseguradora
13	¿Cumple con los requisitos?	Se verifica si cumple con los requisitos todos los documentos.	Aseguradora
14	Se autoriza el reembolso	Una vez aprobado el monto del servicio por el FOSYGA, se procede a rembolsar el dinero a la IPS correspondiente.	Aseguradora
15	Consignar cobro a cuenta IPS	La consignación debe realizarse por la entidad financiera inscrita por la IPS en la Base de Datos Única Integral del SOAPU y este debe contar con el número, el tipo de cuenta, el nombre de la sucursal y el nombre del titular de la cuenta.	Aseguradora
16	Se devuelve los documentos con su respectiva glosa a las IPS	En caso de ser devuelto los documentos se envía una nota glosa en la cual se determina cuales son las no conformidades de los documentos.	Aseguradora
17	*Formulario Forapu/FUSOAPU	El formulario del FUSOAPU (Véase Anexo 24) se debe diligenciar en el sistema en línea. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Para pagos inferiores a un cuarto de salario mínimo, se diligencia el Formulario Forapu Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad (Anexo 25), el cual también es diligenciado en línea, en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	Aseguradora

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
17	*Factura de Servicios *Relación de reclamaciones *RIPS	Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente (Anexo 26). Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta FONAPU del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y Costo de la patología. El formulario del FUSOAPU se diligencia en la base única integral del SOAPU. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	Aseguradora
18	Carta Explicativa	Se deja una copia de la carta explicativa en archivo.	Aseguradora
19	¿2ª Devolución?	Se determina si los documentos han sido devueltos por segunda vez.	Aseguradora
20	Realiza transferencia electrónica a IPS anticipo	Si los documentos han sido devueltos por primera vez y haya sido aclarado, las compañías de seguros dentro de los quince (15) días siguientes a su presentación, pagarán al reclamante, una suma equivalente al 60% del monto inicialmente reclamado a título de anticipo.	Aseguradora
21	Clarifica observaciones	La IPS afectada debe clarificar la información correspondiente a la glosa. "Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán la obligación de clarificar ante las compañías aseguradoras las observaciones que éstas hagan dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación".	IPS
22	Sanciona a IPS con no pago de anticipo	En el caso de una institución prestadora de servicios de salud no de respuesta a las reclamaciones en más de dos (2) oportunidades, perderá el derecho al sistema de anticipos durante los noventa (90) días siguientes.	Aseguradora

Fuente:
Autores, con soporte de información del FOSYGA en:

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Guías y Formularios Subcuenta ECAT [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: FOSYGA, "Recargado anualmente" [citado en 2006-07-26; 18:20]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/reclamaciones.shtm# 27 >.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA, Op.cit., [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

5. INDICADORES

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-12

Nombre:	**Índice de cumplimiento de las IPS (I.C.I)**
Objetivo:	Medir el cumplimiento de las IPS de los requisitos exigidos por el SOAPU
Fórmula:	$\textbf{I.C.I=} \dfrac{\text{Numero de IPS sancionada}}{\text{Total de IPS inscritas en el sistema}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	**- Índice de cumplimiento de las IPS:** Busca medir el cumplimiento de los requisitos exigidos por el SOAPU, para poder recibir los pagos parciales. - **Número de IPS sancionadas**: Es el número de las IPSs que no cumplieron con lo establecido para el pago. - **Total de IPS inscritas en el sistema:** Es el número de IPS acreditadas en el sistema del SOAPU.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	Gerente Operativo SOAPU
Fuente de información:	Base de Datos Integral SOAPU
Umbral:	Menor al 10%
Tipo:	Operativa
Dueño:	Gerente Operativo SOAPU

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-11

Nombre:	**Porcentaje de Radicaciones devueltas por incumplimiento de Requisitos básicos (P.R.D.I.R.B)**
Objetivo:	Identificar el porcentaje de las radicaciones devueltas por incumplimiento de los requisitos básicos.
Fórmula:	$\textbf{(P.R.D.I.R.B)} = \frac{\text{Total de Radicaciones devueltas a las IPS}}{\text{Total de Radicaciones recibidas en el mes}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	**- Porcentaje de Radicaciones devueltas por incumplimiento de Requisitos básicos:** Busca medir el comportamiento de las devoluciones de las IPS. - **Total de Radicaciones devueltas a las IPSs:** Enumera el número de radicaciones que no cumplen con lo especificado por el SOAPU. - **Total de Radicaciones recibidas en el mes:** Enumera el número de radicaciones registrada en la Base de datos Integral SOAPU.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	Gerencia Operativa SOAPU
Fuente de información:	Base de Datos Integral SOAPU
Umbral:	Menor al 10%
Tipo:	Operativa
Dueño:	Gerencia Operativa SOAPU

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-10

Nombre:	**Porcentaje de Pagos Parciales (P.P.P)**
Objetivo:	Determinar el porcentaje de los pagos parciales con respecto a los pagos totales.
Fórmula:	$P.P.P = \frac{\text{Número de Pagos Parciales}}{\text{Número de Pagos Totales}} x100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	- **Porcentaje de Pagos Parciales:** Indica el nivel de los pagos parciales con respecto a los pago totales que realiza la aseguradora. **- Número de pagos parcial:** Enumera el total de pagos parciales realizados en el mes anterior. **- Número de Pagos Totales:** Enumera todos los pagos realizados durante en el mes anterior.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	Gerencia Financiero
Fuente de información:	Base de Datos Integral SOAPU
Umbral:	Menor al 15%
Tipo:	Financiero
Dueño:	Gerencia Financiero

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Anexo 24. Cobro de las IPS al FOSYGA por concepto del SOAPU

ASPECTOS GENERALES

1. OBJETIVO

Describir las actividades necesarias que debe realizar una IPS para efectuar el cobro del SOAPU al FOSYGA

2. DEFINICIONES

- ☑ Anexo Explicativo/ Carta Aclaratoria: Es un documento a través del cual se explica a una entidad, el no pago total o devolución, la cual puede por problemas en la justificación médica, tarifas o cobertura, en el caso de los pagos parciales, ó en el caso de la no aprobación, por no cumplimiento de las normas de diligenciamiento de formatos, coberturas respecto a topes y tipos de eventos a cargo del FOSYGA.

- ☑ Base de Datos Única Integral del SOAPU: La Base de datos Única Integral del SOAPU, es la herramienta a través de la cual se ingresa toda la información de todos los actores que intervienen en el SOAPU.

- ☑ Devolución[1]: Es una reclamación cuyo resultado fue no Aprobada, y no es objeto de ningún pago, devuelta a la entidad para corrección y en caso de nueva radicación se considera reproceso.

- ☑ Estado Actual: Describe de manera sistemática los procesos que están vigentes.

- ☑ FONAPU: Formato de Atención de Pacientes en Urgencias, para pagos inferiores al cuarto de salario mínimo legal mensual vigente.

- ☑ FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.

[1] FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Pago parcial de Reclamaciones Subcuenta ECAT Instructivo para IPS [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: FOSYGA, "Recargado anualmente" [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

- ☑ FUSOAPU: Formulario Único De Reclamación Para Las Entidades Hospitalarias Por El Seguro Obligatorio de Atención de Pacientes en Urgencias.
- ☑ Glosa[2]: Corresponde a los ítems y valores objetados de una reclamación que fue aprobada y pagada parcialmente.
- ☑ IPS: Institución Prestadora de Salud.
- ☑ Minprotección: Ministerio de la Protección Social.
- ☑ RIPS[3]: El Registro de Individual de la Prestación de Servicios de Salud – RIPS, es el conjunto de datos que identifica una a una las actividades de salud que se les practican a las personas y que hacen parte integral de la factura de venta de servicios de salud.
- ☑ SOAPU: Seguro Obligatorio para la Atención de Pacientes en Urgencias.

3. POLÍTICAS

- ☑ Los cobros de las IPS al FOSYGA deben ser realizados a través de la base única de datos del SOAPU.
- ☑ El sistema de la Base de Datos Única Integral del SOAPU, debe asignar el código único de radicación.
- ☑ Para el cobro de urgencias equivalentes a un cuarto de salario mínimo legal mensual vigente, deben cobrarse a través del FORAPU (Formato de Atención de Pacientes en Urgencias), el cuál se diligencia y se envía cada mes, el cuál adjunta todos los casos del mes anterior, con el fin de efectuar un solo cobro.

[2] Ibid., [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

[3] SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS [documento consecutivo en línea]. [Bucaramanga]: Gobernación de Santander, 2004 [citado en 2006-07-28; 22:20]. Disponible en Internet:<http://www.saludsantander.gov.co/rips.htm>.

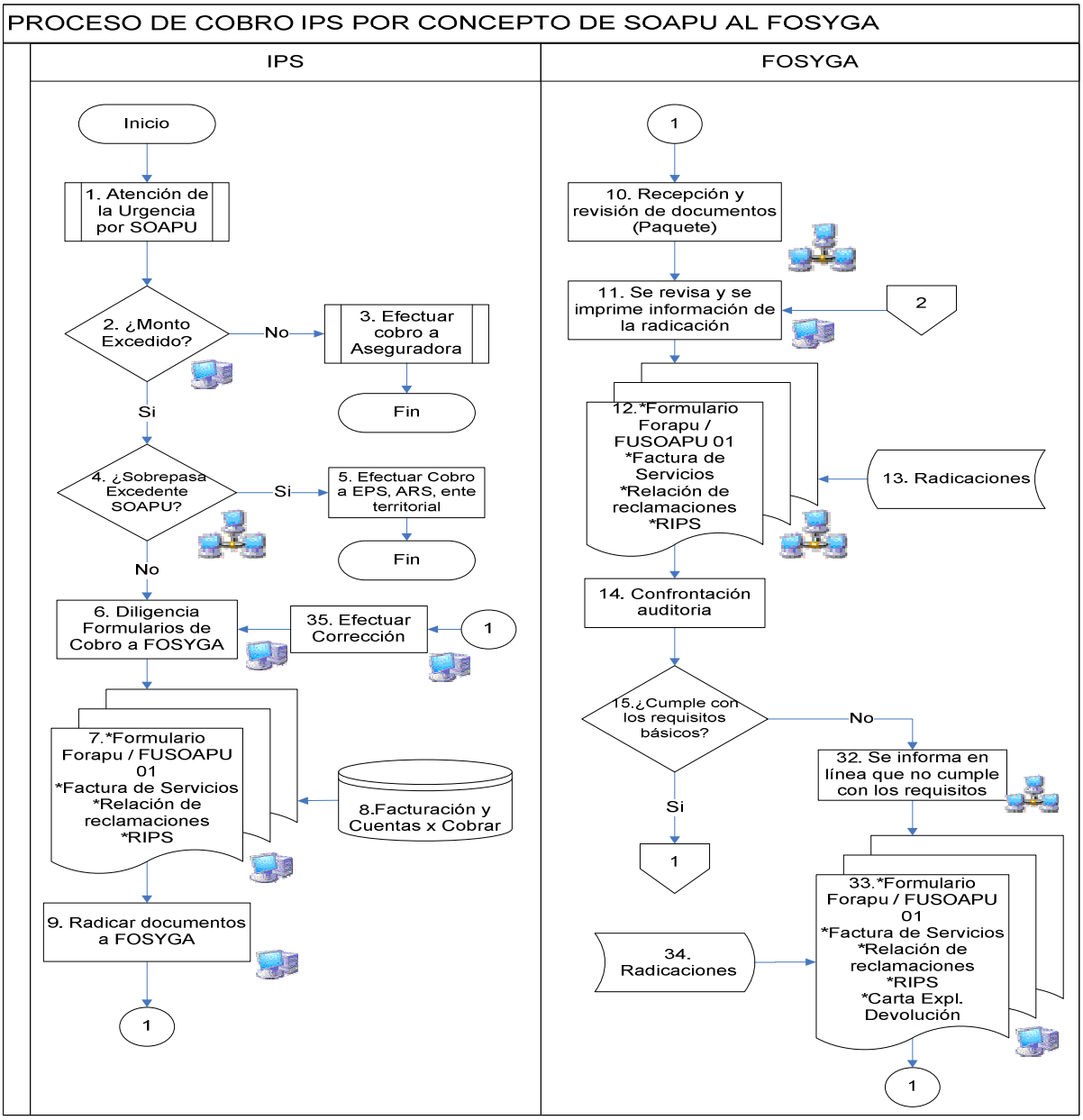
DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

- ☑ Las radicaciones que llegan al FOSYGA, deben ser impresas, con el fin de darle validez, a la documentación que debe ser analizada por la auditoria.

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

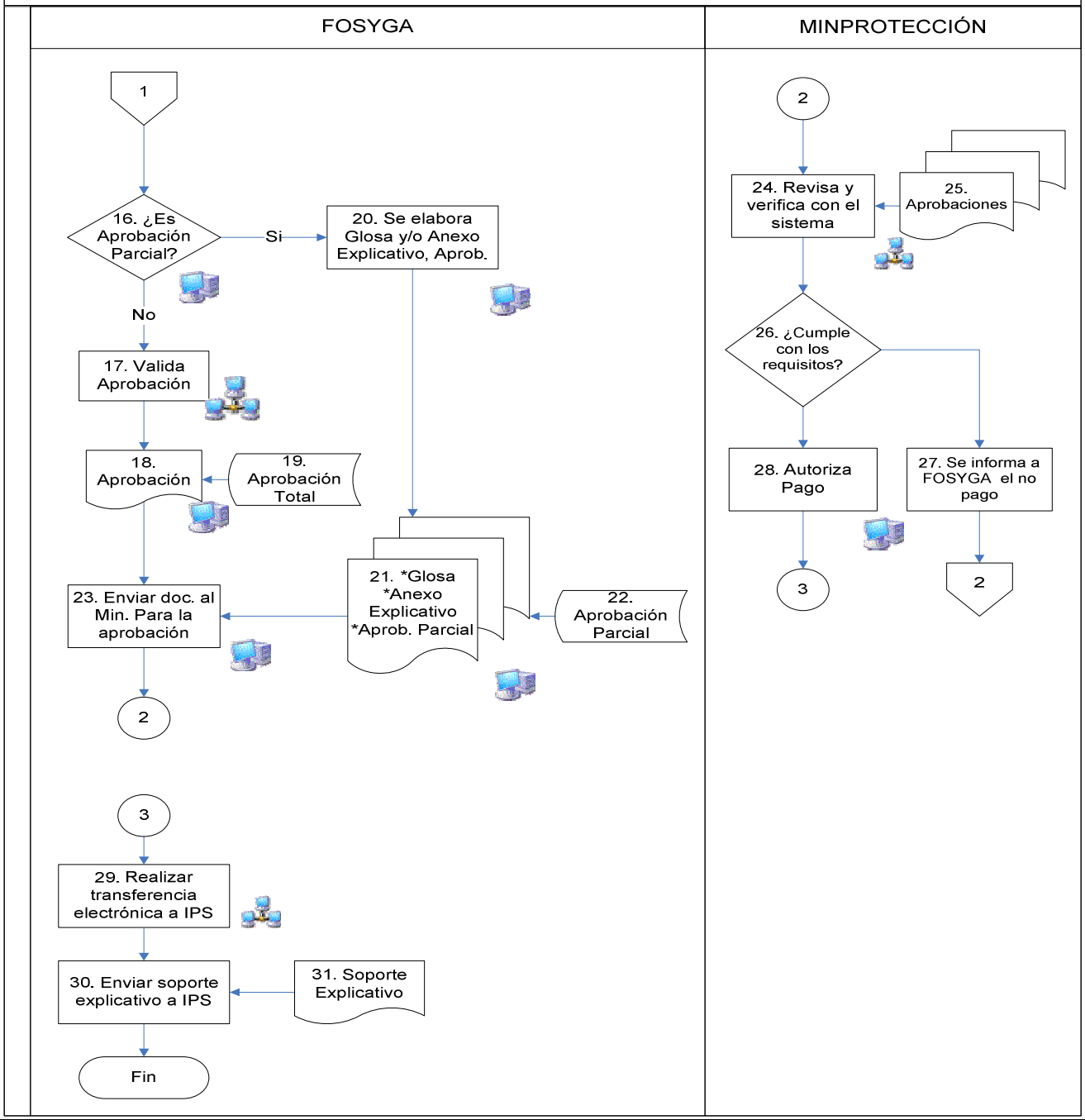
4. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

4.1 Diagrama de Flujo:



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

PROCESO DE COBRO IPS POR CONCEPTO DE SOAPU AL FOSYGA



DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

4.2 Actividades:

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Atención de la Urgencia por SOAT	Se le presta la atención integral del servicio.	IPS
2	¿Monto Excedido?	Dependiendo del RIP, la IPS cuantifica el valor de los servicios prestados al paciente para lo cual está determinado en SMLDV.	IPS
3	Efectuar Cobro a Aseguradora	Si el monto es igual o menor a 500 SMLDV, la IPS debe comunicarse y diligenciar el proceso de cobro a la entidad aseguradora.	IPS
4	¿Sobrepasa Excedente SOAPU?	Se revisa si el monto en la atención del paciente es mayor o igual a 500 SMLDV.	IPS
5	Efectuar Cobro a EPS, ARS, ente territorial	En caso de que el monto sea superior a 800 SMLDV se efectúa el cobro a la EPS si el paciente pertenece al Régimen Contributivo; ARS si el paciente pertenece al Régimen Subsidiado. En caso de no estar afiliado a ninguno de los anteriores regimenes se efectúa el cobro al Ente Territorial.	IPS
6	Diligencia Formularios de cobro a FOSYGA	Si el monto es superior a los 500 SMLDV, la IPS debe comunicarse y diligenciar el proceso de cobro al FOSYGA; esta cobertura es de 300 SMLDV. En caso de la no prestación del servicio, el monto máximo por servicios médico quirúrgicos será hasta de 500 SMLDV en el momento de ocurrencia de la no atención.	IPS

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
7	*Formulario Forapu / FUSOAPU *Factura de Servicio *Relación de reclamaciones *RIPS	El formulario del FUSOAPU (Véase Anexo 24) se debe diligenciar en el sistema en línea. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Para pagos inferiores a un cuarto de salario mínimo, se diligencia el Formulario Forapu Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad (Anexo 25), el cual también es diligenciado en línea, en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente (Anexo 26). Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta FONAPU del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y Costo de la patología. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	IPS
8	Facturación y Cuentas por Cobrar	Se deja copia en archivo de la facturación y cuentas por Cobrar. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	IPS
9	Radicar documentos a FOSYGA	Se radica la documentación a través de la Base de Datos Única Integral del SOAPU con el fin de expedir un número de radicación.	IPS
10	Recepción y revisión de documentos (Paquete)	Se reciben y se revisan los documentos enviados correspondientes de cada IPS.	FOSYGA
11	Se digita y se ingresa datos al Sistema	La IPS correspondiente envía los documentos al FOSYGA con el fin de radicarlos. Estos documentos se digitan y se ingresan a Base de Datos Única Integral del SOAPU. La radicación de este tipo de reclamaciones debe hacerse en forma separada de las demás reclamaciones.	FOSYGA

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
12	*Formulario Forapu / FUSOAPU *Factura de Serv. *Relación de reclamaciones *RIPS	El formulario del FUSOAPU (Véase Anexo 24) se debe diligenciar en el sistema en línea. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Para pagos inferiores a un cuarto de salario mínimo, se diligencia el Formulario Forapu Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad (Anexo 25), el cual también es diligenciado en línea, en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente (Anexo 26). Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta FONAPU del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y Costo de la patología. Esta información se almacena en la base única de datos del SOAPU.	FOSYGA
13	Radicaciones	Se archivan físicamente en el FOSYGA las radicaciones impresas para el análisis de auditoria.	FOSYGA
14	Confrontación auditoria	Se revisa el paquete de documentos para determinar la veracidad de la información. Este comité está integrado por tres áreas: Jurídica, Técnica y Médica.	FOSYGA
15	¿Cumple con los requisitos?	Se verifica si cumple con los requisitos todos los documentos.	FOSYGA
16	¿Es Aprobación Parcial?	Se verifica si los documentos formales de documentos y diligenciamiento de los mismos se encuentran bien, pero la cuenta de cobro presenta objeciones en cuanto a justificación médica, tarifas o cobertura.	FOSYGA
17	Valida Aprobación	Cuando se cumplen la totalidad de los requisitos formales y además la cuenta de cobro no presenta objeciones en cuanto a justificación médica, tarifas o coberturas.	FOSYGA

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
18	Aprobación	Se realiza documento de validación de aprobación total.	FOSYGA
19	Aprobación Total	Se archiva copia de documento de la validación.	FOSYGA
20	Se elabora Glosa y/o nota aclaratoria, Aprobación	Se efectúa la reliquidación por parte del FOSYGA, y en caso de no encontrar una justificación médica se objeta mediante la nota aclaratoria las glosas de la cuenta de cobro. En caso contrario, se objeta los ítems necesarios para que el valor aprobado no supere los topes disponibles.	FOSYGA
21	*Glosa *Nota Aclaratoria *Aprobación Parcial	Corresponde a los ítems y valores objetados de una reclamación que fue aprobada y pagada parcialmente. Es un documento que define las objeciones que tiene la reclamación para el no pago total. Es el documento que permite la validación del pago.	FOSYGA
22	Aprobación Parcial	Se archiva copia archivo de validación parcial	FOSYGA
23	Enviar documento al Ministerio de Protección Para la aprobación	Se envían los documentos aprobados y validados con el de buscar la aprobación del pago de los servicios a las IPS.	FOSYGA
24	Revisa y verifica con el sistema	En la Base de Datos Única Integral del SOAPU, se ingresa y se verifica el estado actual de cada radicación.	MINPROTECCIÓN
25	Aprobaciones	Son los soportes físicos para el pago de aprobaciones total y parcial.	MINPROTECCIÓN
26	¿Cumple con los requisitos?	Se define de acuerdo a la información que se encuentra en la Base de Datos Única Integral del SOAPU y los documentos de cada caso, la aprobación de cada pago.	MINPROTECCIÓN

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
27	Se informa a FOSYGA el no pago	En caso de encontrar inconsistencias en la información validada se informa al FOSYGA, la no aprobación de la radicación correspondiente.	MINPROTECCIÓN
28	Autoriza Pago	Se autoriza el pago correspondiente de cada caso.	MINPROTECCIÓN
30	Enviar soporte explicativo a IPS	Se envía un e-mail que soporta el pago de cada las obligaciones.	FOSYGA
31	Soporte Explicativo	Es un documento en el cual se especifica la fecha de expedición del pago.	FOSYGA
32	Se informa en línea que no cumple con los requisitos	Se devuelve la radicación no aprobada por el FOSYGA, con el fin de que la entidad realice la corrección. Este caso se considera reproceso.	FOSYGA
33	*Formulario Forapu/FUSOAPU *Factura de Serv. *Relación de reclamaciones *RIPS	Para pagos inferiores a un cuarto de salario mínimo, se diligencia el Formulario Forapu Consolidado correspondiente por el representante legal y el revisor fiscal si lo hubiere, o en su defecto, por el representante legal y el contador de la entidad (Anexo 24). El formulario del FUSOAPU (Véase Anexo 25) se debe diligenciar en el sistema en línea. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Factura de los servicios de salud prestados a cada paciente (Anexo 26). Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. Relación impresa de las reclamaciones con cargo a la Subcuenta FONAPU del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU. El paquete RIPS consta de la Historia Clínica y el Costo de la patología Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	FOSYGA

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Nº	ACTIVIDAD	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	RESPONSABLE
33	*Glosa devolución	Nota glosa en la cual se determina las no conformidades de los documentos. Esta información se almacena en la Base de Datos Única Integral del SOAPU.	FOSYGA
34	Copia Archivo	Esta copia ya se encuentra archivada en el sistema.	FOSYGA
35	Efectuar Corrección	La IPS debe volver de nuevo a realizar la reclamación en caso de que no haya sido aprobada. Es decir que la IPS debe radicar, diligenciar los formatos correspondientes de nuevo, con el fin de poder realizar el reclamo. En el caso de los pagos parciales, la IPS una vez haya reclamado la parte del pago parcial, debe estudiar las glosas invocadas en la nota aclaratoria, y proceder si es viable, al recobro de las mismas aportando las aclaraciones pertinentes. Todo esto a través de la Base Única de Datos Integral del SOAPU. Los ITEMS glosados en la reclamación inicial que sean aceptados por la IPS, no deben incluirse en la nueva reclamación.	IPS

Fuente:
Autores, con información del FOSYGA en:

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA. Guías y Formularios Subcuenta ECAT [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: FOSYGA, "Recargado anualmente" [citado en 2006-07-26; 18:20]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/reclamaciones.shtm# 27 >.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA, Op.cit., [citado en 2006-07-26; 18:25]. Disponible en Internet: <http://www.fosyga.gov.co/ecat/instructivo_pagos_parciales.htm>.

5. INDICADORES

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-11

Nombre:	**Porcentaje de Radicaciones devueltas por incumplimiento de Requisitos básicos (P.R.D.I.R.B)**
Objetivo:	Identificar el porcentaje de las radicaciones devueltas por incumplimiento de los requisitos básicos.
Fórmula:	$\frac{\text{Total de Radicaciones devueltas a las IPSs}}{\text{Total de Radicaciones recibidas en el mes}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	- **Porcentaje de Radicaciones devueltas por incumplimiento de Requisitos básicos:** Busca medir el comportamiento de las devoluciones de las IPS. - **Total de Radicaciones devueltas a las IPSs:** Enumera el número de radicaciones que no cumplen con lo especificado por el SOAPU. - **Total de Radicaciones recibidas en el mes:** Son todas las radicaciones registradas en la Base de datos Integral SOAPU.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	Gerencia Operativa SOAPU
Fuente de información:	Base de Datos Integral SOAPU
Umbral:	Menor al 10%
Tipo:	Operativa
Dueño:	Gerencia Operativa SOAPU

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-01

Nombre:	**Rotación de Gastos de Salud (R.G.S)**
Objetivo:	Identificar la rotación de los gastos correspondientes al SOAPU derivados del pago a las IPS durante el año.
Fórmula:	$R.G.S = \frac{\text{Cuentas por pagar a las IPS durante el año}}{\text{Total de ingresos captado durante el año}} \times (360 \text{ días})$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	- **Rotación de Gastos de Salud:** Permite identificar el período promedio del pago de los gastos correspondientes al SOAPU. **- Cuentas por pagar a las IPS durante el año:** Es el valor correspondiente al valor a pagar a todas las IPSs. **- Total de Ingresos captados durante el año:** Es el valor recaudado por concepto del SOAPU durante el año.
Frecuencia de Medición:	Anual
Responsable:	Gerencia Financiera SOAPU
Fuente de información:	Base de Datos Integral SOAPU
Umbral:	No Aplica
Tipo:	Financiera
Dueño:	Gerencia Financiera SOAPU

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-10

Nombre:	**Porcentaje de Pagos Parciales (P.P.P)**
Objetivo:	Determinar el porcentaje de los pagos parciales con respecto a los pagos totales.
Fórmula:	$P.P.P = \frac{\text{Número de Pagos Parciales}}{\text{Número de Pagos Totales}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	- **Porcentaje de Pagos Parciales:** Indica el nivel de los pagos parciales con respecto a los pago totales que realiza la aseguradora. **- Número de pagos parcial:** Enumera el total de pagos parciales realizados en el mes anterior. **- Número de Pagos Totales:** Enumera todos los pagos realizados durante en el mes anterior.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	Gerencia Financiero
Fuente de información:	Base de Datos Integral SOAPU
Umbral:	Menor al 15%
Tipo:	Financiero
Dueño:	Gerencia Financiero

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Código: SP-02

Nombre:	**Porcentaje de Transferencias Electrónicas Exitosas (P.T.E.E)**
Objetivo:	Determinar la eficiencia del pago a las IPSs por concepto de transferencia de recursos.
Fórmula:	$P.T.E.E = \frac{\text{Número de Transferencias Electrónicas Exitosas en el mes}}{\text{Número total de Transferencias Electrónicas en el mes}} \times 100$
Unidades:	Porcentaje
Glosario:	- **Porcentaje de Transferencias electrónicas exitosas:** Muestra el nivel de eficiencia del pago por dispositivos electrónicos a las IPSs. **- Número de Transferencias Electrónicas Exitosas en el mes:** Enumera el total de transacciones que aprobaron exitosamente en el mes. - **Número total de Transferencias electrónicas en el mes:** Son todas las transacciones que se realizaron durante el mes.
Frecuencia de Medición:	Mensual
Responsable:	Gerencia Financiera
Fuente de información:	Base de Datos Integral SOAPU
Umbral:	Mayor a 90%
Tipo:	Financiera
Dueño:	Gerencia Financiera

DERECHOS RESERVADOS DE METODOLOGÍA POR EL ING. CARLOS EDUARDO NAVARRETE SÁNCHEZ ©

Anexo 25. Ejecución presupuestal ingresos FOSYGA

CONCEPTO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
INVERSIONES FIJAS							
Servidor HP 9000	**$ 237.666.000**						
INGRESOS		**$ 7.436.630.050**	**$ 7.752.538.094**	**$ 8.071.198.420**	**$ 8.402.104.641**	**$ 8.744.362.021**	**$ 9.098.183.813**
Ingresos Tarifas		**$ 7.436.630.050**	**$ 7.752.538.094**	**$ 8.071.198.420**	**$ 8.402.104.641**	**$ 8.744.362.021**	**$ 9.098.183.813**
Ingreso Régimen Contributivo		$ 4.431.642.897	$ 4.619.899.087	$ 4.809.795.419	$ 5.006.989.336	$ 5.210.947.645	$ 5.421.797.427
Ingreso Régimen Subsidiado		$ 1.826.485.676	$ 1.904.074.788	$ 1.982.339.878	$ 2.063.612.641	$ 2.147.673.324	$ 2.234.574.304
Licor		$ 301.881.913	$ 314.705.857	$ 327.641.527	$ 341.074.305	$ 354.967.871	$ 369.330.882
Moteles		$ 217.694.530	$ 226.942.194	$ 236.270.425	$ 245.957.135	$ 255.976.130	$ 266.333.653
Tabaco		$ 287.358.112	$ 299.565.085	$ 311.878.408	$ 324.664.924	$ 337.890.059	$ 351.562.053
FOSYGA		$ 301.881.913	$ 314.705.857	$ 327.641.527	$ 341.074.305	$ 354.967.871	$ 369.330.882
Presupuesto Nacional		$ 88.270.807	$ 92.020.551	$ 95.802.964	$ 99.730.732	$ 103.793.235	$ 107.993.005
Regalias del Petroleo		$ 217.694.530	$ 226.942.194	$ 236.270.425	$ 245.957.135	$ 255.976.130	$ 266.333.653
Cuatro por mil		$ 119.801.917	$ 124.891.102	$ 130.024.626	$ 135.355.428	$ 140.869.093	$ 146.569.058
Loterías		$ 239.603.833	$ 249.782.204	$ 260.049.252	$ 270.710.855	$ 281.738.186	$ 293.138.116
Ingreso Vinculados		$ 1.178.501.476	$ 1.228.564.219	$ 1.279.063.123	$ 1.331.502.664	$ 1.385.741.052	$ 1.441.812.082
Licor		$ 194.782.957	$ 203.057.337	$ 211.403.806	$ 220.071.023	$ 229.035.555	$ 238.302.986
Moteles		$ 140.462.818	$ 146.429.678	$ 152.448.524	$ 158.698.669	$ 165.163.215	$ 171.846.189
Tabaco		$ 185.411.779	$ 193.288.072	$ 201.232.985	$ 209.483.215	$ 218.016.455	$ 226.838.022
FOSYGA		$ 194.782.957	$ 203.057.337	$ 211.403.806	$ 220.071.023	$ 229.035.555	$ 238.302.986
Presupuesto Nacional		$ 56.954.882	$ 59.374.325	$ 61.814.848	$ 64.349.158	$ 66.970.403	$ 69.680.216
Regalias del Petroleo		$ 140.462.818	$ 146.429.678	$ 152.448.524	$ 158.698.669	$ 165.163.215	$ 171.846.189
Cuatro por mil		$ 77.299.668	$ 80.583.358	$ 83.895.656	$ 87.335.243	$ 90.892.820	$ 94.570.603
Loterías		$ 154.599.335	$ 161.166.715	$ 167.791.312	$ 174.670.487	$ 181.785.640	$ 189.141.205
GASTO HOSPITALARIOS		**$ 774.441.048**	**$ 807.339.304**	**$ 840.524.179**	**$ 874.984.325**	**$ 910.626.567**	**$ 947.473.111**
Gasto Régimen Contributivo		$ 223.537.092	$ 233.032.948	$ 242.611.534	$ 252.558.219	$ 262.846.107	$ 273.481.609
Gasto Régimen Subsidiado		$ 240.283.922	$ 250.491.183	$ 260.787.373	$ 271.479.238	$ 282.537.869	$ 293.970.156
Gasto Vinculados		$ 310.620.034	$ 323.815.173	$ 337.125.272	$ 350.946.869	$ 365.242.591	$ 380.021.347
GASTOS DE MANTENIMIENTO		**$ 44.542.411**	**$ 46.434.573**	**$ 48.343.219**	**$ 50.325.214**	**$ 52.375.197**	**$ 54.494.447**
Mantenimiento de Base de datos		$ 44.542.411	$ 46.434.573	$ 48.343.219	$ 50.325.214	$ 52.375.197	$ 54.494.447
OTROS EGRESOS		**$ 2.230.989.015**	**$ 2.325.761.428**	**$ 2.421.359.526**	**$ 2.520.631.392**	**$ 2.623.308.606**	**$ 2.729.455.144**
FONAPU		$ 2.082.256.414	$ 2.170.710.666	$ 2.259.935.558	$ 2.352.589.300	$ 2.448.421.366	$ 2.547.491.468
FONDO BASE DE DATOS		$ 148.732.601	$ 155.050.762	$ 161.423.968	$ 168.042.093	$ 174.887.240	$ 181.963.676

CONCEPTO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
INVERSIONES DIFERIDAS	**$ 3.629.892.411**	**$ 725.978.482**	**$ 725.978.482**	**$ 725.978.482**	**$ 725.978.482**	**$ 725.978.482**	
Software	**$ 3.624.406.500**						
Motor base de datos (SQL)	*$ 59.416.500*						
Sistema de Información ERP	*$ 3.564.990.000*						
Estudio Legal, Técnico y Financiero	**$ 5.485.911**						
Transporte	*$ 396.450*						
Transporte Chia							
Automovil	*$ 34.755*						
Buses	*$ 58.800*						
Transporte ACEMI							
Buses	*$ 5.200*						
Transporte Defensoria							
Buses	*$ 46.800*						
Transporte Minproteccion							
Buses	*$ 49.400*						
Transporte SURPERSALUD							
Buses	*$ 13.000*						
Transporte FASECOLDA							
Buses	*$ 23.400*						
Transporte Secretaria de Salud							
Buses	*$ 39.000*						
Automovil	*$ 20.355*						
Transporte ACCH							
Buses	*$ 2.600*						
Transporte FISCALIA							
Buses	*$ 5.200*						
Transporte GESTARSALUD							
Buses	*$ 5.200*						
Transporte FOSYGA							
Buses	*$ 5.200*						

CONCEPTO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
Estudio Legal, Técnico y Financiero							
Transporte EMERMEDICA							
Automovil	*$ 6.285*						
Transporte PARQUESOFT							
Buses	*$ 2.000*						
Transporte Poblado Medellin							
Buses	*$ 4.400*						
Transporte Consultor Jaime Parra							
Buses	*$ 10.400*						
Transporte Gabriel Goméz							
Buses	*$ 13.000*						
Transporte Carlos Navarrete							
Buses	*$ 28.600*						
Automovil	*$ 18.855*						
Biblioteca Universidad El Bosque							
Buses	*$ 4.000*						
Hora-Hombre Consultas	*$ 894.906,26*						
Consulta Chía	*$ 95.625,00*						
Consulta ACEMI	*$ 4.250,00*						
Consulta Defensoria	*$ 38.250,00*						
Consulta Minproteccion	*$ 40.375,00*						
Consulta SURPERSALUD	*$ 10.625,00*						
Consulta FASECOLDA	*$ 19.125,00*						
Consulta Secretaria de Salud	*$ 38.250,00*						
Consulta ACCH	*$ 2.125,00*						
Consulta FISCALIA	*$ 4.250,00*						
Consulta GESTARSALUD	*$ 4.958,34*						
Consulta FOSYGA	*$ 4.250,00*						
Consulta EMERMEDICA	*$ 2.125,00*						
Consulta PARQUESOFT	*$ 2.125,00*						
Consulta Poblado Medellin	*$ 4.250,00*						
Consulta Consultor Jaime Parra	*$ 8.500,00*						

CONCEPTO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
Estudio Legal, Técnico y Financiero							
Consultor Gabriel Goméz	*$ 21.250,00*						
Consultor Carlos Navarrete	*$ 592.447,92*						
Biblioteca Universidad El Bosque	*$ 2.125,00*						
Fotocopias	*$ 20.200*						
Minprotección	*$ 10.000*						
Chía	*$ 5.000*						
SUPERSALUD	*$ 200*						
FASECOLDA	*$ 4.000*						
ACTAS y OTROS	*$ 1.000*						
Revista	*$ 15.000*						
Hora-Hombre utilizada para el Trabajo	*$ 1.369.448*						
Hora-Hombre Navarrete	*$ 45.573*						
Hora-Hombre en el desarrollo de los estudios	*$ 1.323.875*						
Impresiones	*$ 321.600*						
Impresiones exteriores	*$ 53.600*						
Compra de Resma de Papel	*$ 18.000*						
Tinta Impresora	*$ 70.000*						
Impresora	*$ 180.000*						
Servicios	*$ 1.796.966*						
Luz	*$ 151.449*						
Arriendo (centro de operaciones)	*$ 1.427.800*						
Internet	*$ 217.718*						
Comunicaciones	*$ 12.300*						
Llamadas Chía	*$ 1.200*						
Llamadas Defensoria del Pueblo	*$ 3.000*						
Llamadas Jaime Parra	*$ 2.700*						
Llamadas Carlos Navarrete	*$ 5.400*						

CONCEPTO	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
Estudio Legal, Técnico y Financiero							
Gastos de Entrega del Trabajo	*$ 659.040*						
Argollado VeloBind	$ 6.000,00						
Pasta Dura	$ 30.000,00						
Uso del Computador	$ 623.040,00						
DEPRECIACIONES		$ 79.222.000	$ 79.222.000	$ 79.222.000			
UTILIDAD	$ -3.867.558.411	$ 3.581.457.093	$ 3.767.802.307	$ 3.955.771.014	$ 4.230.185.228	$ 4.432.073.169	$ 5.366.761.111
DEPRECIACIONES		$ 79.222.000	$ 79.222.000	$ 79.222.000			
AMORTIZACIÓN DIFERIDAS		$ 725.978.482	$ 725.978.482	$ 725.978.482	$ 725.978.482	$ 725.978.482	
FLUJO NETO	$ -3.867.558.411	$ 4.386.657.575	$ 4.573.002.789	$ 4.760.971.496	$ 4.956.163.710	$ 5.158.051.651	$ 5.366.761.111

Fuente: Autor

Anexo 1. (Documento Original)

Médicos denuncian que EPS los intimidan para que no pasen topes de fórmulas y exámenes

Foto. Ilustración de El Tiempo.

Eso revela una encuesta de la Defensoría del Pueblo, entre 1.544 galenos de 310 municipios (representativos de un universo de 41.252 profesionales).

El estudio, que además analiza el perfil académico, económico y social de estos profesionales, encontró que la mayor inconformidad de ellos son las limitaciones que imponen los modelos de aseguramiento y de salud administrada, pese a que la de Ley Ética Médica es clara en señalar que no deben existir condiciones que interfieran con el libre y correcto ejercicio de la profesión, y deja sentada la importancia de dedicar el tiempo necesario a los pacientes.

De acuerdo con el informe, estos impiden la aplicación de protocolos académicos y priorizan la contención de gastos.
Las IPS (clínicas y hospitales) imponen el mayor porcentaje de restricciones (52,6 por ciento), seguidas por las EPS, con 47,4 por ciento.
Además de limitar fórmulas y exámenes, impiden el tratamiento de enfermedades distintas al motivo principal de consulta e imponen listados predeterminados.
Lo que más se restringe son exámenes de laboratorio, medicamentos e imágenes diagnósticas.

Se trata, en su mayoría, de procedimientos a los cuales los pacientes tienen derecho, porque están contenidos en el POS, como las pruebas tiroideas, los perfiles lipídicos (para determinar, por ejemplo, los niveles de colesterol), el antígeno prostático (para analizar cáncer de próstata) y las enzimas cardíacas (que detectan y definen el pronóstico de los infartos cardíacos).

A pesar de las condiciones de la profesión, en los últimos 15 años se crearon 32 nuevos programas de medicina en el país. La mayoría carece de sitios de práctica propios para sus estudiantes.

Consultas condicionadas

Por eso, por la cabeza del médico cuando tiene en frente a un paciente afiliado al sistema de salud pasan interrogantes como: ¿Le receto o no le receto?, ¿le ordeno exámenes, o no?, ¿lo mando al especialista, o cuido mi puesto?

Mientras el enfermo espera confiado el diagnóstico acertado y el mejor tratamiento para su mal, el médico está haciendo cuentas para no pasar el tope de fórmulas y exámenes que le han impuesto las EPS y los hospitales.

"Donde trabajo nos calculan todo en porcentajes. El tope de formulación es del 65 por ciento, es decir que de 20 consultas, podemos recetar más o menos a 12 o 13 pacientes, y lo mismo para laboratorios, remisiones, radiología e imágenes diagnósticas", dice uno de los médicos.

Foto: David Osorio - EL TIEMPO

La situación es tan grave que cuatro de cada diez médicos colombianos que trabajan con hospitales y EPS dicen que estas entidades les restringen la posibilidad de solicitar exámenes de laboratorio, de formular medicamentos, de autorizar imágenes diagnósticas y de hacer remisiones a especialistas.

Y aunque consideran que necesitarían por lo menos media hora para valorar y diagnosticar debidamente durante una consulta, las agendas que les organizan solo les permiten, en el mejor de los casos, dedicarle 18 minutos a una persona, la mayoría de los cuales gastan llenando facturas y formularios.

Ir al especialista, una lotería

Resulta preocupante que en la encuesta de la Defensoría los médicos hayan también mencionado pruebas que son de rutina, como la medición de azúcar en la sangre, las citologías y pruebas de función renal.

De igual modo, se limitan medicamentos comunes, como analgésicos y antibióticos.
Según estos profesionales, hay controles estrictos a las remisiones a especialistas en cardiología, neurología, urología, medicina interna, reumatología, oftalmología, ortopedia, entre otros, e incluso se les imponen barreras para la expedición de incapacidades.

La mayoría de las veces (57,8 por ciento), dichas restricciones son transmitidas por las EPS e IPS a los médicos en forma verbal (lo que incluye intimidaciones con amenazas de despido, cambios de horario y desmejora en los salarios), a través de memorandos u oficios (19,7 por ciento) e incluso mediante el bloqueo del sistema, es decir que este no permite el ingreso de formulaciones para ciertos tipos de medicamentos y procedimientos.

"El Ministerio de la Protección Social y las aseguradoras deben adoptar medidas urgentes", afirma el defensor del Pueblo, Vólmar Pérez.

Frente a los tiempos de consulta, el informe de la Defensoría señala que si bien el artículo 97 de la resolución 5261 de 1994 indica que el tiempo no debe ser menor de 20 minutos, en algunas partes del país es de 15 minutos.

El 46 por ciento de los médicos manifestó que el tiempo de consulta disminuye porque las entidades les asignan citas adicionales de las llamadas "prioritarias", razón por la cual les quitan tiempo a otros pacientes. Este es hoy el crudo resultado de un modelo que, arriesgando la salud de las personas, privilegia la estabilidad del negocio.

Así están los médicos hoy

- ✓ **Bajaron a estratos 3 y 4.** Estudios del 2001 mostraban que la mayoría de los médicos (55,7 por ciento) pertenecía a los estratos 4 y 5. Hoy, y en esa misma proporción, son de los estratos 3 y 4
- ✓ **Ganan en promedio 3'500.000.** Sin embargo, más de la mitad gana menos de 2 millones 900 mil pesos y solo el 10 por ciento gana más de 6 millones de pesos sumando trabajo en sector público, privado y en su consultorio particular.
- ✓ **El 50 %** recibe un salario fijo, según los encuestados. Al 15 por ciento se le paga por horas y al 11 por ciento por honorarios. Al 6 por ciento por paciente atendido.
- ✓ **10 horas** diarias trabajan en promedio. Al mes, cada uno hace ocho turnos nocturnos. Pero algunos llegan a tener jornadas de 36 horas seguidas.
- ✓ **El 12 por ciento** de los médicos encuestados no está afiliado a riesgos profesionales

'Nos calculan todo en porcentajes'

"En todas las EPS nos imponen indicadores de gestión para evitar o controlar la formulación de exámenes y medicamentos, y las remisiones a especialistas. Nos calculan todo en porcentajes. El tope de formulación es del 65 por ciento.

"Dependiendo del sitio de trabajo, tenemos que llenar reportes de consulta diaria con cantidades de formulación, remisiones e imágenes diagnósticas.

"Debo atender a una persona cada 20 minutos, pero también ver a los pacientes extra que llegan pidiendo citas prioritarias, que nosotros llamamos 'sobrecupo'. Tenemos que atenderlos porque de lo que se trata es de no devolver- los. El problema es que no recibimos refuerzo sino que nos obligan a repartir el tiempo de consulta entre los programados y los no programados.

"Estas situaciones generan demoras que afectan a los usuarios. El hecho de que buena parte de los pacientes no tengan conocimiento sobre sus derechos y deberes con respecto al sistema de salud, y puntualmente frente a la EPS a la cual están afiliados, hace que muchos crean que los médicos somos los

responsables de todos los inconvenientes, las trabas y la tramitología a los que deben someterse para acceder a tratamientos y procedimientos".

Médico general, 32 años.

Empresas de salud se defienden

- ✓ **JUAN MANUEL DÍAZGRANADOS**
  Presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI): "Las EPS no actúan por su cuenta. Hacen parte de un sistema que impone restricciones. La desactualización de más de una década del POS la evidencian los médicos, y es algo por lo que no podemos responder. Algunas negaciones de elementos contenidos en el POS se hacen porque no son pertinentes o porque no están bien sustentadas. Crear guías de atención es una necesidad".
- ✓ **ZOILO CUÉLLAR MONTOYA**
  Presidente de la Academia Nacional de Medicina: "La limitación con visos de intimidación en el pleno ejercicio de los médicos influye en la calidad. Se los obliga a actuar, muchas veces por necesidad, en contra de los principios éticos de esta profesión. Estos resultados deben conducir pronto a una discusión seria que redunde en beneficio de los pacientes".
- ✓ **JUAN CARLOS GIRALDO**
  Director ejecutivo de la Asociación Colombiana de Hospitales: "Los hospitales tienen lineamientos que provienen del mismo sistema de salud. La fuente primaria de las restricciones no está en las IPS; nosotros también las padecemos, por parte de los compradores de servicios. Hay que tener en cuenta que muchos hospitales les pertenecen a las propias EPS. Por principio, no fomentamos esas prácticas".

Superintendente pide que se pierda miedo a denunciar

- ✓ **JOSÉ RENÁN TRUJILLO**
  Superintendente Nacional de Salud: "Es inaceptable que se viole la autonomía médica. Estos hechos deben denunciarse de manera clara y específica para generar las sanciones debidas. Sería ideal que los médicos perdieran el temor y nos ayudaran a ejercer nuestro papel de vigilancia y control".

Fuente. Periódico El Tiempo, Noviembre 24 de 2007

SONIA PERILLA SANTAMARÍA
CARLOS F. FERNÁNDEZ
REDACCIÓN SALUD

Anexo 2 TEXTOS NORMATIVIDAD VIGENTE

1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1991

"La constitución política obliga al Estado a garantizar la salud como un derecho fundamental y así lo consagra en el siguiente artículo:

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. (…). Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control."[1]

2 LEY 10 DE 1990

"El 10 de enero del año en mención, se sanciona por el Señor Presidente Virgilio Barco Vargas, dicha ley por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, descentralizando el sistema y dejándolo bajo la responsabilidad de los Alcaldes y Gobernadores. Con un hecho de vital importancia para sentar las bases hacia el logro del mejoramiento de la salud de los Colombianos.
Así mismo se esclarece la responsabilidad que tenemos los ciudadanos y la comunidad sobre el logro y el aseguramiento de la salud pública.

ARTICULO 3º.Principios básicos. El servicio público de salud se regirá por los siguientes principios básicos:

a) **Universalidad**. Todos los habitantes en el territorio nacional tienen derecho a recibir la prestación de servicios de salud;
b) **Participación ciudadana**. Es deber de todos los ciudadanos, propender la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y contribuir a la planeación y gestión de los respectivos servicios en salud;
c) **Participación comunitaria**. La comunidad tiene derecho a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, en las condiciones establecidas en esta ley y en sus reglamentos;
d) **Subsidiariedad.** Las entidades públicas responsables de la prestación de servicios de salud en determinado nivel de atención, pueden prestar, transitoriamente, servicios correspondientes a niveles inferiores, cuando las entidades responsables de estos últimos, no estén en capacidad de hacerlo por causas justificadas, debidamente calificadas por el Ministerio de Salud,

[1]Tomado de DEFENSORIA DEL PUEBLO, El derecho a la salud, P.- 66.

o la entidad en la cual éste delegue la calificación, conforme a lo previsto en la presente ley;

e) **Complementariedad**. Las entidades públicas responsables de la prestación de servicios de salud en determinado nivel de atención, pueden prestar servicios correspondientes a niveles superiores, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita y atiendan debidamente el nivel que les corresponde, previa aprobación del Ministerio de Salud, o la entidad en la cual éste delegue, conforme a lo previsto en la presente Ley;

f) **Integración funcional.** Las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud concurrirán armónicamente a la prestación del servicio público de salud, mediante la integración de sus funciones, acciones y recursos, en los términos previstos en la presente Ley."[2]

3 LEY 100 DE 1993

Artículo 168, dice "La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el fondo de solidaridad y garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento".

4 LEY 1122 DEL 2007

"Artículo 1o. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud".[3]

---

[2] http://www.medicosgeneralescolombianos.com/LEY%2010%20DE%201990.doc Noviembre 1,2007 2:03 Pm

[3] http://www.secretariasenado.gov.co/leyes/L1122007.HTM#1 Noviembre 1,2007 2:33 Pm

Anexo 3. LEGISLACIÓN DEL SOAT

El Seguro Obligatorio de Daños Corporales causado a las personas de Accidentes de Tránsito fue creado en el país con la ley 33 del 3 de Febrero de 1986 y se reglamentó mediante el Decreto 2544 del 31 de Diciembre de 1987. Dichas normas fueron modificadas por el Decreto-Ley 1032/91, norma actualmente vigente que regula en su integridad esta institución de utilidad pública y social.

Su finalidad principal es el cubrimiento de las siguientes eventualidades:

- Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios por lesiones corporales.
- Incapacidad permanente.
- Muerte de la víctima.
- Gastos funerarios.
- Gastos de Transporte y movilización.

Acorde a la ley 45 de 1990 los gastos de sector salud destinados para la atención de pacientes ocasionados por siniestros automovilísticos fueron $10.660 millones de pesos, del año de los cuáles solamente 70% fue cubierto por el seguro en mención. La ley 45 de 1990 ordenó una reorganización del seguro.

El Decreto 1032 del 18 de abril de 1991. Mediante el cual se estructuró el seguro y se definieron sus condiciones y funcionamiento en los términos que orienta su publicación, complementariamente constituyó el FONSAT como una cuenta especial que permite, con recursos del seguro, la atención de las victimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos no identificados o no asegurados, a una atención adicional a los pacientes politraumatizados y un apoyo a la red de atención de urgencias del Sistema Nacional de Salud. Se da así solución a uno de los principales problemas encontrados y se logra un recurso adicional que mejore las precarias finanzas del sector salud y el cubrimiento de una responsabilidad bastante onerosa para el Estado.

¿Para Qué Sirve el SOAT? El seguro tuvo como origen la preocupación del Estado por crear un mecanismo que eliminara riesgos innecesarios contra la integridad física de personas accidentadas por vehículos automotores, mediante la garantía de una atención médica inmediata y obligatoria.

De tal manera, el SOAT tiene como función social cubrir los gastos que ocasione el transporte del accidentado al centro asistencial; su atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria; su incapacidad permanente, cuando ésta ocurra; la muerte de la víctima hasta un año después de ocurrido al accidente, siempre y cuando sea consecuencia de él, y los gastos funerarios.

Así mismo, contribuye al fortalecimiento de la infraestructura de urgencias del Sistema Nacional de Salud.

Anexo 4. MARCO LEGAL DEL SOAT[4]

Fue creado mediante la ley 33 de 1986, reglamentada en lo pertinente al seguro obligatorio de accidentes de tránsito, mediante el Decreto 2544 de 1987, y estableciendo las bases para el funcionamiento del mismo. Dichas normas fueron modificadas por el Decreto-Ley 1032 de 1991, actualmente vigente y que regula integralmente este seguro.
En armonía con la normatividad con la normatividad procedente siguieron en su orden:

- Resolución 2090 de 14 de Junio de 1991, de la Superintendencia Bancaria. Adopta las condiciones generales de la póliza y las tarifas máximas aplicables al seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, emanada
- Resolución 13049 del 23 de Octubre de 1991, del Ministerio de Salud. Fija las normas y procedimientos y adopta los modelos de reclamación uniformes para el reconocimiento y pago por la prestación de los servicios de salud correspondientes al SOAT.
- Decreto 2878 de 1991, Reglamenta el Decreto 1032 de 1991, expedido por el Ministerio de Hacienda.
- Resolución 003 de 1992, de la Junta de Tarifas para el sector salud. Dicta normas y se adoptan procedimientos de reclamación y pago por la prestación de servicios de salud a personas naturales correspondientes al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 0663 de 1993, Actualiza el Estatuto Orgánico del Sistema financiero y modifica su titulación y numeración.
- Ley 100 de 1993, Introduce modificaciones al Decreto 663 de 1993 en sus Artículos 192, 195, 195, 199 y 244.
- Resolución 2389 del 19 de Abril de 1994, del Ministerio de Salud, Determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos medico quirúrgicos a través de la Junta de Tarifas para el sector salud y se fijan las tarifas para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
- Decreto Nº 1813 de 3 de Agosto de 1994 del Ministerio de Salud, Define y reglamenta los riesgos catastróficos y a los accidentes de tránsito dentro del sistema de seguridad social en salud.
- Decreto Nº 1896 de 3 de Agosto de 1994 del Ministerio de Salud, Reglamenta el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en salud.
- Decreto Nº 473 del 21 de Marzo de 1995 del Ministerio de Salud, Incrementa las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.

[4] **SUPERSALUD,** Guía para la aplicación de normas del SOAT en IPS públicas y privadas. Bogotá. 1997. Pág. 9-10.

- Resolución 4746 de Noviembre 29 de 1995, Adopta un formato y dicta otras disposiciones.
- Decreto Nº 0238 del 1 de Febrero de 1996 del Ministerio de Salud, Incrementa las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.
- Decreto 1283 del 23 de Julio de 1996 del Ministerio de Salud, Reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 1293 del 23 de Julio de 1996 del Ministerio de Salud, Reglamenta el funcionamiento de Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 2423 del 31 de Diciembre de 1996 del Ministerio de Salud, Determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos medicoquirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 0806 del 30 de Abril de 1998 del Ministerio de Salud, Reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.
- Decreto 488 del 24 de Diciembre de 1998 del Congreso de la República, Expide normas en materia tributaria y se dictan otras disposiciones fiscales de las entidades territoriales.
- Decreto 488 del 24 de Diciembre de 1998 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Reglamenta el Impuesto de Vehículos Automotores de que trata el Capítulo VI de la Ley 488 del 24 de diciembre de 1998.
- Circular Externa 042 del 7 de Julio de 1999, emitida por la Superintendencia Bancaria, Establece las condiciones generales de la póliza y las tarifas máximas aplicables al Seguro Obligatorio de Daños Corporales causados a las personas en Accidentes de Tránsito.
- Circular Externa 047 del 30 de Julio de 1999, emitida por la Superintendencia Bancaria, Establece las condiciones generales de la póliza y las tarifas máximas aplicables al Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a las personas en Accidentes de Tránsito.
- Resolución 3374 del 27 de Diciembre del 2000 del Ministerio de Salud, Reglamenta los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.
- Decreto 0887 del 11 de Mayo de 2001 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Modifica el artículo 1° del Decreto 2423 de 1996.
- Resolución 2217 del 21 de Diciembre de 2000 del Ministerio de Salud, Establece y adopta los formatos de recaudos especiales del FOSYGA.
- Decreto 1281 del 19 de Junio de 2002 del Ministerio de Salud, Expide normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación.

- Ley 769 del 6 de Agosto de 2002 del Congreso de la República, Expide el Código Nacional de Tránsito y Terrestre y se dictan otras disposiciones"[5].
- Circular Externa 048 del 21 de Noviembre de 2002, emitida por la Superintendencia Bancaria, por medio de la cual se modifican las tarifas máximas que pueden cobrarse por el SOAT.
- Circular Externa 052 del 20 de Diciembre de 2002, emitida por la Superintendencia Bancaria, Modifica las tarifas máximas que pueden cobrarse por el SOAT.
- Ley 795 del 14 de Enero de 2003, emitida por el Congreso de la República, Ajusta algunas normas del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y se dicta otras disposiciones, entre ellas; se transfiere al Ministerio de Hacienda y Crédito Público la facultad de señalar el carácter uniforme de las condiciones generales de la póliza, las tarifas máximas que se pueden cobrar por el mismo así como el valor de la contribución al FOSYGA.
- Circular Externa 017 del 29 de Mayo de 2003, emitida por la Superintendencia Bancaria, Modifica el numeral 3.1.5. del Capítulo Segundo del Título VI de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Bancaria (Circular Externa 007 de 1996), instrucción relativa a las tarifas máximas que pueden cobrarse por el Seguro Obligatorio de Daños Corporales Causados a las Personas en Accidentes de Transito (SOAT).
- Decreto 2078 del 25 de Julio de 2003 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Establece las tarifas máximas que pueden cobrarse por el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito (SOAT), y el valor de la contribución al Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.
- Resolución 3574 del 20 de Noviembre de 2003 del Ministerio de la Protección Social, Dicta disposiciones sobre la información relacionada con la expedición de pólizas sobre el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT y el pago de siniestros sobre las mismas.
- Decreto 060 del 15 de Enero de 2004 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Modifica el artículo 4° del Decreto 2078 de 2003 y se dictan otras disposiciones.
- Sentencia C-312 del 31 de Marzo de 2004, emitida por la Corte Constitucional, Declara inexequibles algunos apartes del artículo 44 de la Ley 795 de 2003.
- Carta Circular 48 del 18 de Junio de 2004, emitida por la Superintendencia Bancaria, Establece las tarifas máximas del SOAT.
- Circular Externa 041 del 7 de Octubre de 2004, emitida por la Superintendencia Bancaria, Define las categorías de vehículos para la aplicación de las tarifas máximas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT.
- Ley 795 del 19 de Enero de 2006, emitida por el Congreso de la República, Adiciona y modifica el Código Nacional de Tránsito Terrestre, Ley 769 de 2002"[6].

---

[5] http://www.fasecolda.com/int/CT_SOAT_MJuridico.php Mayo 2 de 2002. 9:00 p.m.
[6] Ibid. Mayo 2 de 2002. Consulta realizada a las 9:00 p.m.

Anexo 5.

CONCLUSIONES DEFENSORIA DEL PUEBLO

LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD
PERIODO 2003-2005

• La tutela sigue siendo el mecanismo más utilizado por los ciudadanos para reclamar sus derechos: desde el año 1999 hasta el 2005 su crecimiento general fue del 160%, mientras que el crecimiento de las tutelas específi cas de salud, en el mismo período, fue del 280%.
• Los derechos más invocados por acción de tutela son el derecho a la vida, de petición y a la salud, este último invocado en más de la tercera parte de las tutelas.
• Antioquia origina más de la tercera parte de las tutelas en salud; le siguen Bogotá, Valle y Santander. En el caso de Antioquia, se invocan en promedio 47 tutelas por cada 10.000 habitantes, cada año.
• Más del 87% de las tutelas en salud favorece a los accionantes y una gran parte de las denegadas obedece a factores distintos del reconocimiento del derecho, como carencia de objeto (*muerte del accionante*) o hecho superado *(cuando la entidad aseguradora resuelve la petición antes del fallo)*.
• El 77% de las tutelas se instaura contra las entidades de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que administran el régimen contributivo y subsidiado.
• En los últimos tres años, el Instituto de Seguros Sociales con 72 tutelas anuales por cada 10.000 afiliados compensados es la EPS que mayor número de acciones recibe; le siguen Salud Colombia con 41 y Sánitas con 34. No obstante, en el año 2005 todas las entidades tienen el indicador más alto del período.
• El indicador de número de tutelas por cada 10.000 afi liados es más bajo en las EPS que prestan servicios en el régimen subsidiado que en aquellas que lo prestan en el contributivo.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

• La falta de cobertura en el aseguramiento y lo limitado del POS subsidiado –entre los aspectos más destacados– hacen que el 14,6% de las tutelas en salud se instaure contra los entes territoriales.
• Alrededor de 1.000 tutelas anuales son interpuestas por la población carcelaria para acceder a los servicios de salud, especialmente para solicitar cirugías.
• El 20,1% de las tutelas solicita exámenes paraclínicos, seguido de medicamentos (18,4%) y cirugías (17,6%). La solicitud de medicamentos pasó a ser la más reiterada en el año 2005.
• El 56,4% de las solitudes de tutelas en salud contra las entidades de aseguramiento corresponde a contenidos del POS, debido en gran parte al permisivo margen de interpretación que, de mediar voluntad, habría podido desaparecer con una juiciosa reglamentación del Mapipos.
• Las semanas mínimas de cotización no son factor preponderante para la negación de los servicios de salud incluidos en el POS.
• La inclusión de la carga viral y los antirretrovirales abacavir, efavirenz y lopinavir+ritonavir, incluidos en el Acuerdo 282 de 2004, redujeron el número de tutelas interpuestas por los pacientes con VIH/sida.
• Las solicitudes en las tutelas de exámenes contenidos en el POS (73,7%) van desde aquellos básicos como cuadros hemáticos y glicemias hasta los más complejos como tomografías axiales computarizadas (TAC) y resonancias magnéticas.
• A pesar del alto porcentaje de exámenes contenidos en el POS algunos de ellos son negados porque el medio de contraste requerido no se considera incluido en el mismo.
• Las EPS no les están dando la importancia necesaria a los programas de promoción y prevención, pues siguen apareciendo en las tutelas exámenes para la detección temprana de enfermedades (como citologías, mamografías y antígenos prostáticos).
• Más del 80% de los medicamentos tutelados corresponde a medicamentos NO POS, siendo los más reiterados los de marca, a pesar de que, en algunos casos, el principio activo se encuentra dentro del POS.

• El 89% de las cirugías solicitadas por tutelas está contemplado en el POS y su negación se debe principalmente a la no autorización de dispositivos (prótesis, válvulas, lente intraocular, grapas etc.) considerados, en algunos casos, por fuera del POS. En otros casos su negación se debe a la solicitud de nuevas tecnologías (laparoscopias).

LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD
PERIODO 2003-2005

• El 92,7% de los tratamientos tutelados se encuentra en el POS y corresponde a tratamientos integrales de patologías de alto costo (cáncer, angioplastias, reemplazos de cadera y diálisis).
• La negación de prótesis y órtesis se centran en aquellas que requieren mayores especificaciones a las contempladas en el POS (stent medicalizado, marcapasos, prótesis articuladas y de material determinado).
• La negación de citas médicas especializadas está asociada a patologías que en el futuro pueden ocasionar gastos, no solo en el tratamiento sino en otros insumos relacionados.
• El 84,1% de los procedimientos se encuentra dentro del POS y corresponde a cateterismos, mapeos, litotripcias y terapias neurales, entre las más frecuentes.
• Los ciudadanos continúan haciendo uso de la tutela para reclamar de su empleador los aportes a la seguridad social y el reconocimiento de prestaciones sociales.

Fuente. LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD, DEFENSORIA DEL PUEBLO **PERÍODO 2003-2005**

Anexo 6.

LAS TUTELAS SON 80.000 AL AÑO

A pesar del aumento de coberturas en salud, el acceso a los servicios, la oportunidad y la calidad de los mismos no son satisfactorias.

Datos de la Defensoría del Pueblo, actualizados a diciembre del 2005, indican que en los últimos tres años el incremento de tutelas en salud fue del 269 por ciento.
De hecho, representan algo más de la tercera parte del total de tutelas que se interponen en el país.
Este organismo concluye que los colombianos presentan 40 tutelas cada hora laboral para reclamar servicios de salud. Lo más grave es que el 70 por ciento de ellas corresponde a beneficios que las ARS y EPS deben proporcionar obligatoriamente a sus afiliados.
La negación de exámenes y de cirugías son las principales causas de las demandas, seguidas muy de cerca por las de tratamientos. Los más frecuentes se relacionan con manejos oncológicos (23 por ciento), cardiovasculares (15,7 por ciento), de sida (11 por ciento) y de insuficiencia renal (6.5 por ciento), que son patologías graves y de alto costo.

Se estima que a causa de los trámites que deben hacer estos pacientes para garantizar su atención, pierden dos (2) meses de tratamiento cada año en promedio.

Una encuesta aplicada por el mismo organismo entre afiliados a aseguradoras demostró que el 38 por ciento ha tenido, en algún momento problemas con los servicios de urgencias. En promedio, desde que una persona llega a estos servicios y tiene contacto con un profesional de la salud, pasan casi dos horas. De igual modo, la mayoría dice desconocer los programas de promoción y prevención y la información sobre las redes de servicios de sus aseguradoras.

Finalmente, este ente de control considera que el costo de las cuotas moderadoras y de recuperación y los copagos constituyen una barrera! De acceso a los servicios para el 22 por ciento de los usuarios consultados.
Expertos de la universidad de Antioquia consideran que el deterioro de la calidad de los servicios de salud también tiene como origen la gestión centrada en el control de costos. Eso implica negación de servicios para los pacientes, bajos salarios y limitación en la contratación de especialistas.
Para la sociedad Colombiana de sociedades científicas, la perdida de autonomía en el acto médico, por acción de la intermediación, le quito la posibilidad al profesional de definir conductas y prescribir tratamientos adecuados.

Fuente. Periódico El Tiempo, domingo 8 de octubre, 2006.
Sección Nación 1-17

Anexo 7. Cronología del sistema de salud en Colombia.

- ✓ En los años 20's se da la transición hacia la salud publica con las campañas contra la fiebre amarilla y la unciniarasis, las cuales contaron con el apoyo de la Fundación Rockefeller.
- ✓ 1936 Durante el gobierno de la revolución en marcha de López Pumarejo, nace la seguridad social en Colombia, clara inspiración Bismarckiana, elevada a categoría de norma constitucional la responsabilidad del Estado en la asistencia social, como una función por excelencia del mismo.
- ✓ 1945 Se funda la caja nacional de previsión para empleados y obreros oficiales
- ✓ 1947 Se consolida el Ministerio del ramo.
- ✓ 1949 Comienza a funcionar el Instituto de Seguros Sociales.
- ✓ Desde inicios de los años 50's en el país se concreta el cambio de la concepción clásica de beneficencia y asistencia social a la seguridad social. Así mismo Colombia se inserta definitivamente en la economía mundial y la población inicial una rápida transformación de rural a urbana, con innegables efectos en los perfiles epidemiológicos y en la manera de sentir la salud y la enfermedad.
- ✓ En los años 60's con el frente nacional dentro de la estrategia política de la pacificación se concibe la salud ligada al desarrollo, la inversión en salud se entendió como contribución al desarrollo
- ✓ 1968 Se lleva a acabo la reforma del Estado (gobierno de Lleras Restrepo) aspiró a un hipotético alcance del progreso a través de los planes centralizados de desarrollo.
- ✓ 1975 como continuación de la visión planificadora y centralizada, se adoptó el enfoque sistémico (Gobierno de López Michelsen), definiéndose los objetivos del sistema nacional de salud, entre el cual cabe destacar la centralización de las unidades de salud, que se concibieron como una totalidad lógicamente articulada en un servicio único nacional de salud, que distribuyera y asignara los recursos, que fluyera local y regionalmente a través de diferentes niveles de atención, de modo que cubrieran as actividades y procedimientos, dando así prioridad a la atención básica. Materializándose la reforma constitucional de 1968.
- ✓ 1991 el panorama del sector salud, en nuestro medio era desalentador, dado que el gasto proporcional en salud se venia reduciendo paulatinamente, de un 8% -10% en los 70's a un 4% a finales de los 80's, se presentaban diagnósticos serios de ineficiencia, insolidaridad, inequidad, mala calidad etc. En conclusión una situación de estado intervencionista, con pretensiones de ser benefactor sin lograrlo."[7]
- ✓ Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos.
  En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por

[7] Galvis Cristian. Justicia Sanitaria Colección Pedagogía y Bioética, Universidad El Bosque, Bogota D.C.2002 Pág. 26-29

su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

El viejo Sistema tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal de ese último año redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población.[8]

[8] http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm#Organización La Reforma El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia noviembre 3,2007 10:30 AM

Anexo 8. ANÁLISIS DE CASOS DISPONIBLES (Textos originales)

Este artículo comprueba el gran fraude en el Sistema de Salud Colombiano donde otro niño muere gracias a la Ley 100**:**

- **TRES CENTROS MÉDICOS LE NEGARON ATENCIÓN POR FALTA DE SEMANAS COTIZADAS**, **Niño de 11 años, nueva víctima del 'paseo de la muerte' en Barranquilla.**

El martes en la tarde, mientras Barranquilla gozaba en el último día del Carnaval, Dennis Urrieta Rojas buscaba algo que explicara lo inexplicable: la muerte de su hijo, de apenas 11 años. Lo que empezó como una simple fiebre, una semana antes, terminó en tragedia. Inicialmente, cuenta la madre, los médicos de la clínica Prevenir, adonde llegó el 22 de febrero con su niño, no podían hallar la causa de la fiebre.

"Me dijeron que era la peste tropical que anda por ahí; después, que era un uñero que se le infectó. Sólo cuando les pedí que hicieran la prueba de dengue dieron con el mal", contó la afligida mujer. Pero ni así mejoraron las cosas. Las fiebres altas no cedían, el niño empezó a delirar y en la clínica sólo le recetaban antibióticos y calmantes y lo regresaban a casa.

"Cuando vi que la salud de mi hijo se deterioraba, lo llevé otra vez de urgencias a la clínica. Allí vomitó sangre y fue cuando el médico recomendó remitirlo a una unidad de cuidados intensivos, pero ellos no tenían", dijo la mujer.

El drama se agravó porque la entidad a la que estaba afiliado el niño (Colmédicas) no autorizó el traslado a la clínica Reina Catalina, con la excusa de que el niño sólo tenía cotizadas 26 semanas y se requería mínimo de 100 para permitir el procedimiento.
De oficina en oficina, y enviada de un médico a otro, pasaron los días hasta que finalmente la mujer decidió trasladar al niño al Hospital Metropolitano. Allí le negaron atención porque no tenían convenio con Colmédicas.

Desesperada, Dennis corrió con su hijo a la clínica La Asunción, donde le exigieron 5 millones de pesos. Ella ofreció un millón, lo único que pudo reunir con sus familiares, pero no le aceptaron esa plata. Tuvo que regresar a Prevenir.

Amenazó con interponer una tutela. Trece horas después, el niño fue remitido, otra vez, a la Reina Catalina, donde demoraron más de dos horas para la admisión mientras el niño agonizaba en una camilla, sin el respirador artificial que necesitaba para sobrevivir.

Cuando se decidieron a atenderlo ya era muy tarde. Entró en crisis respiratoria, porque tenía los pulmones invadidos por la enfermedad. A los 11 años no lo mató el dengue, sino la indolencia.

La Red de Urgencias del Distrito de Barranquilla está al frente de las investigaciones por el caso. Y los directivos de las diferentes instituciones médicas a las cuales fue llevado el menor y la EPS Colmédica se negaron a dar declaraciones sobre el hecho.

- **No es el primer caso de este año**

En Barranquilla han ocurrido seis casos similares, sólo este año. El sábado pasado, en el Hospital San Camilo, donde han muerto cuatro pacientes por circunstancias atribuidas a supuesta negligencia médica, falleció un menor de 15 años. La víctima sufrió un trauma craneoencefálico por una caída.

"Los médicos del centro de salud dijeron que el menor requería atención urgente de tercer nivel y comenzó el vía crucis con la Red de Urgencias Pública. "Llamamos 25 veces y nunca pudimos encontrar una cama desocupada en una unidad de cuidados intensivos. El niño permaneció 12 horas en urgencias, donde murió", dijo el padre Humberto Van Enerven, gerente del Hospital San Camilo.

Nota: Este niño hubiera podido recibir mejor atención si sus familiares hubiesen tenido idea de como obligar a la EPS a responder, pues pasó una semana antes de que muriera. Obligue OPORTUNAMENTE a su EPS a responder!.

Documento Original
Autor. William Ahumada Maury
Fuente. Periódico EL TIEMPO 04 Marzo 2006
Especial para EL TIEMPO Barranquilla

- **DENUNCIAN AL HOSPITAL TUNJUELITO POR DEMORAS Y MAL SERVICIO DE AMBULANCIA. 'Paseo de la muerte' a niña de 5 años.** opera la ambulancia de placas OIB 368 que es ilegal y no cumple requisitos para funcionar.

La ambulancia tardó seis horas en recoger a la paciente. Luego la llevó sin auxiliar de enfermería. La niña murió en el hospital.
La tragedia llegó al hogar de Ferney Pinzón el pasado viernes, cuando su hija, Gineth, de 5 años, se convirtió en otra víctima más del llamado 'paseo de la muerte'.

Ese día, hacia las 4:00 de la tarde, Ferney llevó a su niña al Centro de Atención Médico Integral (Cami) El Carmen, en el sur, para que le atendieran de urgencia por un problema respiratorio.

Debido a que el estado de salud de la pequeña se complicó, los médicos ordenaron su remisión al hospital Tunjuelito Nivel II y pidieron la ambulancia (placas OIB 368) con la cual opera este hospital.

Pero el vehículo apareció casi seis horas después y sin llevar ningún auxiliar de enfermería para que atendiera a la niña por el camino. Según denunció el padre, cuando la pequeña ingresó al Tunjuelito, hacia las 10:10 de la noche, ya estaba desfallecida.
Gineth murió media hora después de haber ingresado a este hospital.

"Este fue otro paseo de la muerte, porque aquí el servicio de ambulancia no funciona. Ese vehículo no cumple con los requisitos exigidos para operar. Anda solo con el conductor y sin auxiliar de enfermería para que asista a los pacientes", aseguró el radiooperador del hospital Tunjuelito, Martín Contreras.

- **Otro presunto caso**

Agregó que la ambulancia se demoró en llegar al Cami El Carmen, entre otras razones, porque después de salir del hospital Tunjuelito, el conductor se fue primero al Cami de Venecia a llevar unos exámenes y luego se trasladó a El Carmen a recoger a la niña.

Contreras afirmó que esta no es la única persona que ha fallecido en ese hospital por culpa de la demora de la ambulancia.

Contreras dijo que en enero de este año, otro paciente presuntamente falleció por esa misma causa. Y que en los últimos tres meses otras cuatro personas perdieron citas y exámenes por retardos o falta de ese transporte. Tales hechos los denunció el 3 de marzo, en una acción de tutela que interpuso ante el Juzgado 70 Civil Municipal.

El asunto se complica aún más, por cuanto la ambulancia que utiliza el hospital Tunjuelito es ilegal: no cuenta con la respectiva autorización de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) para prestar ese servicio. Por esa causa, la entidad suspendió ayer la operación de este vehículo.

Al gerente del hospital se le llamó ayer telefónicamente para informarle las denuncias y conocer su versión, pero no respondió.

Documento Original
Fuente. Periódico EL TIEMPO 16 Marzo 2006

- **Colombia, El FMI contento con paseos de la muerte**

"El Paseo de la Muerte" ronda en los hospitales colombianos pero FMI felicita el gobierno, 250 trabajadores de la salud toman el ministerio de trabajo y salud en Bogota "Esta es la primera respuesta obrera y sindical al **"Plan B"** neoliberal",

dicen los trabajadores que dicen que anualmente mueren 700 personas a consecuencia de la política neoliberal.

Ayer miércoles fueron tomadas las instalaciones del Ministerio de Protección Social por 250 trabajadores del sector salud que venían de toda Colombia. La masiva toma, que en este cierre de edición lleva más de 30 horas, es la respuesta sindical contra la política neoliberal que tiene consecuencia nefasta en este sector, dice Jaime Ariza, vicepresidente de ANTHOC, la federación sindical de salud. – La toma obedece más que todo a exigir al gobierno de Álvaro Uribe soluciones efectivas al grave problema que en materia de salud viene afrontando el pueblo colombiano.
La Ley 100 busca fortalecer el capital financiero a través la figura que se ha inventado como es el EPS (empresa publica de salud) o ARS lo cual va en detrimento de los hospitales públicos y la misma salud del pueblo. Por eso no es sorprendente de que hayan aparecido una serie de enfermedades como la tuberculosis, lepra, lesmaniasis, malaria o paludismo que desde años han sido controladas o erradicadas. Esto ha disparado las indicaciones de la mortalidad. Dos personas por día mueren por el neoliberalismo Según el dirigente sindical, dos personas por día mueren como consecuencia por esta política. Sin embargo, 140 hospitales de tercer nivel se encuentran en eminente peligro ante una clausura. En mayoría de ellos, los trabajadores llevan en promedio 30 meses sin cancelar sus sueldos, lo cual también es un peligro por los pacientes. Según Ariza, el cierre de hospitales en este gobierno evidencia no detenerse, por el contrario. Por eso la toma pacifica del ministerio de 20 pisos en el corazón de la capital colombiana.

El gobierno de Álvaro Uribe Vélez inició en sus primeros días de la presidencia (7 de agosto, 2002) la “reestructuración” del estado colombiano. Esto significa despedidos a más de 40.000 trabajadores y empleados públicos. En la mira esta la salud pública que se transformará, según el vicepresidente de ANTHOC, a hospitales privatizados o convertidos en cooperativas donde todas las conquistas sociales y sindicales como el derecho a pliego de petición será derrotado. Así, el estado se lava sus manos de responsabilidad en este proceso de “out sourcing” público. Uribe, “padrino” en su calidad de parlamentario a principio de la década - 90 a las leyes “100” y “50” ahora sigue como presidente aplicando lo que Ariza caracteriza como arrasar con la salud pública y la estabilidad laboral.
Los beneficiarios son el capital financiero y transnacional en el sector de la salud como Colsanitas, entre varias empresas. El plebiscito sobre el “Referendo” el 25 de octubre, tenía la ambición de legitimar, dice Ariza, esta política neoliberal, pero sufrió una derrota total ya que ni siquiera había un electorado suficiente. “El Paseo de la Muerte”.
A Bogota han llegado 25 trabajadores del Hospital Universitario de Cartagena, una ciudad donde en este momento se esta realizando el Reinado de la Belleza y donde también se espera varios cruceros de miles de turistas norteamericanos. Como el ex-presidente Bill Clinton, son llevados a la Ciudad Vieja, el castillo de San Felipe o al archipiélago de Islas Rosarios pero nunca ven la miseria total en

que se encuentran más de 600.000 personas que residen en 600 hectáreas. La mayoría de ellas son desplazadas por el conflicto social y armado. Los trabajadores en las afueras del ministerio, se esconden por seguridad detrás de sus "tapabocas". Denuncian que no han recibido sueldo en los últimos 40 meses y que están pasando hambre. – En Cartagena tenemos "El Paseo de la Muerte". ¿En que consiste? Como no hay capacidad resolutiva para atender pacientes con algunos tipos de enfermedades, le dan a buscar en ambulancias de clínica en clínica, hospital y hospital, y en medio de esos viajes fallece el paciente. – Pero pasa algo peor; se ha institucionalizado la muerte al interior de los centros hospitalarios, por que, como se cerró el Hospital Universitario para atender el tercer y cuarto nivel, no hay capacidad resolutiva de las otras instituciones.

Documento Original
Fuente. Caracol radio *Thursday, Jun. 09, 2005 at 6:49 AM*

- **Hospital Regional se acerca a otra crisis.**
  Usuarios, los más afectados

Más de dos horas tuvo que esperar Julieth Paola Consuegra, de 6 años, para que en Urgencias del Hospital Regional la atendiera un especialista. Esto ocurrió en la noche del 31 de Mayo, luego de arribar casi desmayada al centro asistencial. Su abuela, Carmen Bartolomé Arévalo, estuvo ese tiempo tratando de reanimar a la pequeña mientras acudía a la paciencia para que a su nieta se la atendieran, luego de sufrir un golpe en la parte frontal de la cabeza que la mantuvo sin sentido por varios minutos.

Julieth y su abuela provenían de Berrugas, corregimiento de San Onofre. Al momento de llegar al Hospital, tenía fiebre, asevera su abuela quien sostuvo que la primera atención se la brindó una doctora del Hospital quien le instó a que esperara al especialista, pero éste no llegó sino hasta varias horas después.

El Universal estuvo en ese momento confirmando la demora y observó cómo la niña yacía dormida al lado de su abuela sólo con suero aguardando al demorado especialista. Mientras tanto, en la Sala de Reanimación, abuela y nieta escuchaban otra de las pacientes, Ana Fermina Pérez de Hernández, quien se quejaba de un fuerte dolor en su pierna izquierda, causado por la trombosis venosa profunda.

Según su hija, Ana Hernández, también llevaba un tiempo esperando la atención de un especialista, pero no apareció sino hasta algunas horas después. Al momento de intentar conversar sobre el por qué de esas demoras con la enfermera jefe, ésta se negó argumentando que estaba muy ocupada.

Ana Fermina vive con su hija en La Mano de Dios. La animaba su madre en medio de más de 40 personas que esa noche estaban recibiendo atención o

esperándola. Mientras la acomodaba tratando de aliviar la presión de la pierna, una camilla que empujaban varias personas entró de improviso en la Sala de Reanimación donde estaba Ana Fermina. Se trataba de un baleado quien, por causa de que ningún conductor quería cargarlo, llegó al Hospital muerto. Los médicos no pudieron hacer nada y a lado y lado, los otros pacientes observaban estupefactos la escena que ocurría a escasos centímetros.

Otros pronunciamientos

Otra de las personas que estaba en el lugar, el concejal de Sincelejo, Norbey Moreno Romero dio a conocer que también ha hecho seguimiento ocasional a la atención de Urgencias que brinda el Hospital. Sobre el particular, dijo a este medio:

"Estamos liderando la campaña de no darle la espalda a la salud en el municipio de Sincelejo. Comenzamos con el sector público y luego, con el privado. No podemos darle la espalda a la negligencia médicas, la falta de conciencia y de espíritu que se observa en Urgencias del Hospital Regional".

El cabildante acudió con otros colegas la semana pasada, en horas de la noche y se encontró con escenas similares a las que observó El Universal.

"Yo estaba desde las 6 de la tarde es que había una serie de pacientes que ya estaban evaluados por el médico general y que necesitaban una más especializada pero ésta nunca apareció. Nunca vimos el cirujano".

Moreno Romero llamó la atención sobre la vigencia del contrato que el Regional sostiene con los especialistas y dijo que, según lo que observó, no se está cumpliendo, por lo cual anunció que el tema será tratado en el Concejo con el material gráfico recogido durante varias noches en Urgencias.

En seguimiento al tema, El Universal conoció que a muchos especialistas del Hospital Regional les tienen una deuda de varios meses de honorarios. Las directivas del Hospital sostienen que también han conocido sobre algunas quejas por las demoras de varios de éstos profesionales.

"Esto es un hospital público, no atiende solamente a la élite. Sí hay demoras y tratamos de que estas quejas se minimicen", explicó Rodolfo Quessep Esguerra, gerente del Hospital Regional de Segundo Nivel de Sincelejo.

Si bien algunos especialistas aceptaron a hablar sobre el tema, otros ser mostraron reacios, pero unos que pidieron reserva de su nombre expresaron que la celeridad en el pago en algunas ocasiones ha estado supeditada a preferencias, incluso políticas, y por eso, varios sectores se han sentido inconformes y otros prefieren no hablar.

El caso es que Julieth y Ana Fermina esperaron más de dos horas para que las atendiera un especialista pese estar en estado delicado que el Hospital reconoce que, debido a que su vinculación con estos médicos es por contratos no directos, no se puede tener control estricto sobre sus horarios en casos imprevistos, como el del 31 de mayo, sobre todo, si ya han cumplido con su asignación diaria de horas.

En cuanto a la situación laboral de un caso similar no se salva tampoco el Hospital de Corozal. Actualmente les deben cinco meses a los especialistas y, por causa de una demanda que interpuso uno de ellos, quien argumentó que le habían quedado debiendo unos emolumentos, está embargado desde el pasado martes. Este proceso está en un juzgado de ese municipio.

En el Regional de Sincelejo, los especialistas están contratando con estos hospitales a través de cooperativas de profesionales.

Según la fuente, aunque los hospitales están ahorrándose el déficit prestacional siguen sin pagar a tiempo los contratos. En el de Sincelejo, los contratos se establecen con más de cuatro cooperativas.

El Universal intentó recoger versiones de varios especialistas sobre esa deuda que les tiene el Hospital. Específicamente, este medio se comunicó vía telefónica con el ginecólogo Rafael Ramírez quien dijo que no podía dar esa información y por el contrario, instó a averiguarla con las directivas del Hospital, las cuales, afirmó, la podían brindar de forma "... más fidedigna".

Otro de los consultados fue el ginecólogo y perinatólogo Jaime Hernández Herazo, quien confirmó su vinculación con el Hospital Regional de varios años y la deuda que éste le tiene desde el mes de febrero.

Explicó que la cancelación ocurre cada mes vencido pero 30 días más tarde, además de esto, aseveró que siempre ha habido demoras para cancelarles. Él pertenece a la cooperativa Quirucoop, a cargo del médico Guillermo Carriazo, pero indicó que hasta el momento esa situación se ha manejado de forma concertada sin todavía pensar en acciones jurídicas de reclamación.

"Siempre hemos tenido buena relación con la parte administrativa. Nos hemos puesto la camiseta", manifestó además de que sigue prestando de forma normal sus servicios y que no participado en cese de actividades.

Precisamente, el ginecólogo Guillermo Carriazo fue otro de los consultados por El Universal. En un principio expresó que en este momento el Hospital estaba dentro del plazo estipulado para pagarles, pero después, se mostró reacio a brindar más información y solicitó que no se publicara aseverando que en este momento no les están debiendo nada y que por ello no estaban cobrando. **"Sí debemos, pero no**

hay discriminación". Por su parte, el Gerente del Hospital Regional de Segundo Nivel de Sincelejo, confirmó que sí se les está adeudando más de cuatro meses a los especialistas pero negó que haya algunos a los que se les deba más que otros o que se tenga preferencia al momento de pagar, como dijeron las fuentes.

En este momento, el Hospital espera que el Ministerio de Protección Social les cancele el 60% que les debe de los 2 mil millones que les autorizó para este año como asignación especial. Con esos recursos se espera cubrir la deuda con los especialistas, anotó Quessep Esguerra.
Igualmente, reveló que también se debe a la cooperativa de enfermeras tres meses y a la de mantenimiento, dos meses. La nómina está al día.

Quessep manifestó que las quejas contra algunas situaciones que han tenido que ver con la atención de los especialistas son comunes, sin embargo, explicó que la única solución es la aplicación de turnos presénciales, pero los costos para el Regional serían insostenibles.

El Hospital lo intentó hacer con los ginecólogos y pediatras pero definitivamente no habría cómo pagarles. Si bien en muchas ocasiones hay que esperar que el especialista llegue pues está en otro centro asistencial se busca disminuir el número de quejas y en eso se ha mejorado, aseveró Quessep Esguerra.

En general, la directiva respaldó la labor que están cumpliendo sus especialistas y por ello, está tratando de abrir todo el material logístico. De otra parte, el directivo también reiteró que el Hospital está ad portas de una nueva crisis financiera, pese a que se había presagiado que el 2005 sería una mejor vigencia.

En la actualidad, el recorte que ordenó el Conpes fue de más de 40% pero el caso más grave es que la Nación sólo está pagando un tercio de lo que se le está cobrando por atención a vinculados, que concentra la mayor parte de la atención, sostuvo Quessep Esguerra.

Como ejemplo tomado por el funcionario, mensualmente se factura en promedio mil millones de pesos por atención a población vinculada pero sólo se está cancelando cerca de 300 millones.

Con respecto a esto, pese a que varios departamentos lograron que el 90% de lo recortado se devuelva, como lo confirmó el gobernador de Sucre, Jorge Anaya, la mejora no sería sustancial, advirtió el Gerente del Hospital Regional.

Este año, el Hospital hizo una gran inversión para la parte física y el reajuste de salarios que generaron la necesidad de una gran cantidad de recursos que, finalmente, no llegaron. Una de las medidas de contingencia que se está buscando aplicar es la de trasladar la Unidad Materno Infantil, que está

funcionando en una sede alterna hacia la planta principal. Teniendo en cuenta que, cuantitativamente, la Unidad supera en atención a otros centros asistenciales como el Hospital Regional de San Marcos, la permanencia de sus servicios debe mantenerse a toda costa, insistieron las directivas.

Desde 2003, los recortes han sido consecutivos y por tanto, el déficit del Hospital ha aumentado en razón de 6 mil millones de pesos por año, en las últimas tres vigencias, en promedio.

El problema sigue siendo la atención del segundo y tercer nivel, pues esto es lo que menos se está pagando pues el primer nivel está asegurado con la cancelación que hace de sus afiliados el Régimen Subsidiado.

Sin embargo, este ítem también está presentando disminución identificándose una disminución del recaudo mensual con relación a lo ocurrido el mes anterior y ante esto, todavía no hay respuesta, puntualizó Quessep Esguerra.

Documento Original
BEATRIZ DIEGÓ SOLANO
Fuente. Caracol radio Thursday, Jun. 09, 2005 at 5:54 AM

Muere otro niño por 'Paseo de la Muerte' en Santa Marta

El niño Andrés Felipe de León, de 18 meses de edad, murió en la clínica El Prado de Santa Marta donde fue atendido después de un largo y tortuoso recorrido por otros centros asistenciales que le negaron atención médica.

Según Alberto de León, abuelo del pequeño afectado por una lesión neurológica, clínicas y hospitales de la ciudad le negaron el servicio de urgencias al niño por no contar con camas en algunos de esos centros asistenciales, y por falta de convenios en otros, según relatan los familiares.

La denuncia es la segunda con orígenes fatales que involucra a los centros médicos más importantes de Santa Marta, ciudad que atraviesa por una de sus peores crisis en el servicio médico a la ciudadanía. De hecho, el hospital central Gómez Barreneche, está prácticamente cerrado por falta de recursos económicos. Otras clínicas como "La Milagrosa" no cuentan con camas suficientes y en otros no existen unidades de cuidados intensivos para niños.

Supersalud investiga muerte de menor en Santa Marta

El Superintendente Nacional de Salud, Cesar Augusto López, dijo que se adelantará una investigación rigurosa y efectiva, para determinar los responsables del denominado "paseo de la muerte" en Santa Marta, que deja dos niños muertos en las últimas semanas.

Afirmó que la semana anterior se reunió con el gobernador de Magdalena, Trino Luna, ya que muchas de esas circunstancias se presentan porque los hospitales no tienen buenos servicios de salud, y por eso van a trabajar en el proceso de habilitación de IPS.

Anunció que adelantará una investigación rigurosa y efectiva, y por eso hay investigaciones que en dos meses ya tienen la segunda instancia fallada. También se incrementaron las multas de cinco o diez millones de pesos hasta 150 millones de pesos en algunos casos.

Afirmó que no le temblará la mano para sancionar a los gerentes o los responsables de la red involucrados en el denominado paseo de la muerte.

El Superintendente informó que ya han adelantado procesos a varios prestadores de salud, particularmente en la costa Atlántica, y en Cartagena se han sancionado cerca de 14 agentes del sistema por el denominado paseo de la muerte, de la misma manera se está investigando el caso de Santa Marta de hace varias semanas, donde murió otro menor de edad.

Por su parte el director ejecutivo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Juan Carlos Giraldo, dijo que las instituciones prestadoras de salud tienen la obligación constitucional y legal de que los pacientes que llegan solicitando atención de urgencias es obligatorio atenderlos, y no puede haber ningún tipo de trámite, ni administrativo, ni ninguna excusa de otro tipo para argumentar la no atención.

Documento Original

Fuente. Caracol radio *Thursday, Jun. 09, 2005 at 6:49 AM*

Anexo 9. ACCIONES PARA MEJORAR EL SERVICIO

REESTRUCTURACIÓN HOSPITALARIA EVITA EL DESGREÑO DE LO PÚBLICO"[9] .*Anunció sanciones para las entidades de salud que no atiendan los casos de urgencias de la comunidad para evitar el "paseo de la muerte"*

Barranquilla, 9 may. (SNE). El presidente Álvaro Uribe Vélez, afirmó este martes que la reestructuración de 126 hospitales por parte del Gobierno Nacional en todo el país, es el mejor camino para evitar el desgreño de lo público y ponerlo al servicio de la comunidad. Así lo aseguró durante la visita que realizó a las instalaciones del Centro de Atención y Rehabilitación Integral -CARI- de la ciudad de Barranquilla, entidad de salud que fue reestructurada.

"¿Por qué camino vamos? Vamos por el camino de evitar esa privatización, ese cierre de lo público, que recorrió América Latina en los años 90. Vamos por el camino de evitar que lo público sea derroche, que lo público sea desgreño, vamos por el camino de recuperar lo público para su dueño, que es la comunidad, vamos por el camino de tener unos hospitales públicos, los mejores al servicio de la comunidad", dijo el Presidente.
Además destacó las acciones que en este sentido han emprendido las administraciones departamentales, para cumplir con el objetivo de mejorar el sistema de salud del país.

"El extremo de que esos hospitales públicos del desgreño, le presten poco servicio a la comunidad y sirvan simplemente para el clientelismo, para la politiquería, para los excesos sindicales, o el extremo de que se cierre. Nosotros no aceptamos ni lo uno ni lo otro y hemos encontrado un gran aliado, el señor Gobernador, su equipo, para poder entregarle al departamento una solución", refiriéndose al caso específico de Barranquilla.

El Jefe de Estado también anunció que la prestación de servicios de urgencia de manera prioritaria –con o sin carnét- por parte de todas las entidades de salud del país, es otra de las acciones dispuestas por el Gobierno Nacional para luchar en contra de lo que se ha denominado el "paseo de la muerte".

"Los colombianos demandan acciones contra el paseo de la muerte, la reestructuración de 126 hospitales públicos es una gran respuesta contra esta tragedia social que es el paseo de la muerte", dijo.

Añadió que el ministro de la Protección Social, Diego Palacios, "ha producido todas las normas jurídicas, para que sea obligatoria, con o sin contrato, con o sin

[9] http://noticias.presidencia.gov.co/prensa_new/sne/2006/mayo/09/19092006.htm Noviembre 6, 2007 12:10Pm

carné, la prestación de servicios de urgencia, las normas jurídicas que ha expedido el Ministro son imperativas".

El Presidente explicó que la entidad de salud considera que no cuenta con los recursos científicos para atender al paciente que demanda el servicio o este no es de urgencia, tiene que hacerlo constar por escrito, de lo contrario enfrentarán las sanciones. Todas estas instituciones deberán contratar con personal idóneo para prestar los diferentes servicios médicos.

Finalmente otra de las acciones que destacó el presidente Uribe Vélez es el incremento en la cobertura del régimen subsidiado de salud. "Hemos pasado de un aseguramiento de 23 millones y medio de personas, a un aseguramiento de 34 millones cien mil personas. Crecimos de 10 millones de asegurados a 18 millones 600 en régimen subsidiado, y crecimos dos millones y medio en el régimen contributivo".

"Estas acciones ponen las bases para que en los años que vienen Colombia pueda llegar a cobertura universal en régimen subsidiado de salud, avanzar en régimen contributivo y con mejor calidad", enfatizó el Presidente.

INICIATIVA CONJUNTA DE 200 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD PARA MEJORAR ATENCIÓN DE URGENCIAS

Histórico Acuerdo

Hospitales hacen pacto contra 'paseo de la muerte' Por decisión propia pusieron en marcha un plan para garantizar que los pacientes sean atendidos. Aseguran que trámites pasarán a segundo plano.

En un hecho sin precedentes, 200 hospitales, clínicas y fundaciones suscribieron una iniciativa para reducir al máximo las fallas de atención en los servicios de urgencias del país. La idea, según Juan Carlos Giraldo, director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, es evitar que vuelvan a ocurrir episodios como los llamados "**Paseos de la Muerte**", con la adopción de criterios como "la atención es primero, el trámite después".

En adelante, ni el personal de vigilancia ni el administrativo tendrán autorización para emitir conceptos sobre el estado de salud de una persona. Aseguraron que pedirán a los organismos de control que vigilen el cumplimiento de esta iniciativa, que ya fue puesta en marcha en buena parte de los hospitales.

Doscientas instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas y privadas del país, entre las que se cuentan clínicas, hospitales y fundaciones, presentaron ayer un plan para garantizar el cumplimiento oportuno de la atención en los servicios de urgencias.

"El propósito es reducir a cero episodios como los llamados 'paseos de la muerte' con desenlace fatal, de los cuales, según la Defensoría del Pueblo, se presentaron veinte en el 2006", dijo Juan Carlos Giraldo, Director General de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

Las instituciones que asumieron el compromiso suman alrededor de 21.000 camas hospitalarias (más del 40 por ciento de la capacidad instalada general en el país) y atienden cada año entre 12 y 14 millones de urgencias.

Mientras los estándares contemplan que por cada 100 consultas, alrededor de 50 se hacen por urgencias, en el país esa relación es de 65 por cada 100: "Hay una creciente demanda de este servicio, entre otras razones por los problemas de atención que los afiliados encuentran en el sistema. Al no obtener citas médicas oportunas cuando se sienten mal, acuden a urgencias", explicó Giraldo.

A reducir quejas. La saturación que esto genera, sumada a otros factores, como los trámites administrativos y la conducta de algunos miembros del personal de estas áreas, llegan a dificultar el acceso de los pacientes a una atención médica oportuna. Tras identificar factores como estos las IPS se comprometieron a cumplir con cinco deberes que facilitarán el ingreso a urgencias (ver recuadro).

"Es una manera de volver a lo esencial dentro de un sistema de salud, que son los pacientes", recalcó Roberto Esguerra, presidente de la Fundación Santa Fe. Giraldo invitó a las EPS a sumarse a la iniciativa, pues una de las principales causas de congestión, según la Asociación, son las trabas administrativas.

Sobre esta iniciativa, Juan Pablo Currea, presidente de la junta directiva de Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, afirmó que "para las EPS es una prioridad procurar la atención de las urgencias de los afiliados. Es un mandato legal ineludible. En tal sentido, apoyamos estas iniciativas y nos comprometemos a agilizar los procedimientos que dependan de nosotros con ese fin".

Aunque no hizo parte del grupo inicial de esta propuesta, la Clínica San Pedro Claver, a través de su director, Pedro Dávalos, también dijo que la adoptará: "De hecho, en el último semestre hemos implantado medidas que van en el mismo sentido, y que han mejorado la percepción de los usuarios sobre el servicio de urgencias, que es el de mayor volumen en la capital".

21000 El total de camas que reúnen los hospitales que hacen parte de la iniciativa, más del 40 por ciento de la capacidad instalada en el país. En ellos se hacen, cada año, entre 12 y 14 millones de consultas.

Algunas de las IPS son:

Fundación Santa Fe, Bogotá, Instituto Nacional de Cancerologia, Bogotá, ¡ Clínica Palermo, Bogotá, ¡ Profamilia, Bogotá, ¡ Clínica Reina Sofía, Bogotá, ¡ Hospital Universidario La Samaritana, Bogotá ¡ Clínica Shaio, Bogotá, ¡ Hospital San Vicente de Paúl, Medellín.

- Clínica Santa María, Medellín.
- Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín.
- Centro Médico Imbanaco, Cali.
- Clínica La Asunción, Barranquilla.
- Hospital Infantil Rafael Henao Toro, Manizales.
- Hospital Departamental de Villavicencio.
- Hospital Departamental Universitario del Quindío
- Hospital Federico Lleras Acosta, Ibagué

LOS CINCO COMPROMISOS ADOPTADOS

1. El 'ojo clínico' solo corresponde a los médicos. El personal de seguridad y de administración no dará opiniones sobre el estado de salud de los usuarios.
2. El triage (primera valoración del paciente) debe ser para dar prioridad a los casos graves y asignar tiempos de atención, nunca para rechazar pacientes.
3. La **recepción,** atención, valoración y tratamiento de los pacientes es primero, los trámites van después.

4. **Si el caso no es grave,** es deber del personal del servicio ayudar al paciente a conseguir una cita por consulta externa o prioritaria, preferiblemente en la misma institución.
5. Si la institución puede resolver todo el problema del paciente, lo hará, y solo lo remitirá a otro hospital en caso absolutamente necesario.

Los hospitales anunciaron la creación de un observatorio para hacer seguimiento de esta iniciativa y definir indicadores; en él participarán las entidades mismas, los entes de control, comunidad y los medios.

Fuente. Periódico EL TIEMPO 19 Julio 2007
Sección Nación 1-4

Anexo 10.

NUEVO DECRETO DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

EPS y hospitales asumirán trámites que hacían pacientes

En adelante, las gestiones para conseguir exámenes y procedimientos son obligación de las IPS y las aseguradoras. No pueden exigir fotocopias, autenticaciones y documentos a enfermos y familiares.

Los trámites para autorizaciones que permitan acceder a determinados servicios de salud, que hoy son todo un dolor de cabeza para afiliados, pacientes y familiares, tendrán que ser asumidos por los hospitales, las clínicas, los centros de salud (IPS) y por las EPS de los regímenes subsidiado y contributivo.

Así quedó plasmado en el decreto 4747, expedido el 7 de diciembre por el Ministerio de Protección Social, que estableció disposiciones para regular las relaciones entre prestadores y aseguradores.

"La prohibición de poner a la gente a 'dar vueltas' para solicitar esas autorizaciones aplica para todos los servicios, pero hace énfasis en urgencias", dijo Blanca Cajigas, viceministra de Salud.

En este último caso, la identificación del paciente y de la entidad a la cual está afiliado (la que paga por su atención) deberá hacerse no antes sino después de que este haya sido valorado y clasificado por un médico en urgencias. "En ningún caso podrá ser causa para posponer la atención inicial", dijo la Viceministra.

Si la persona necesita atención posterior a la de urgencias, que requiera autorización de la EPS o de la Secretaría de Salud, el trámite no podrá trasladarse ni al paciente, ni a la familia, ni a sus acudientes, pues "es de responsabilidad exclusiva del prestador de los servicios de salud (hospitales)", dice la norma.

Para los casos de urgencia, el decreto fijó un plazo a los aseguradores de dos horas pa ra otorgar las autorizaciones de procedimientos subsiguientes a los iniciales, y de seis horas para los adicionales. "Cuando no se obtenga respuesta dentro de esos términos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de devolución o no pago de la factura de cobro" que genere el hospital por la atención.

También para hospitalización

Las EPS y demás responsables del pago de los servicios deberán garantizar a sus afiliados disponibilidad de los servicios a su cargo, en todos los niveles de complejidad. En otras palabras, si el afiliado requiere ser remitido a otro hospital (de primero, segundo o tercer nivel), su EPS deberá hacer el trámite y garantizar que el sitio al que lo envíe cuente con personal idóneo, camas, recursos tecnológicos y medicamentos necesarios.

La norma también prohíbe a todos los prestadores (incluidos profesionales independientes y ambulancias) pedirles a los usuarios copias, fotocopias o autenticaciones para acceder al servicio.

El decreto aclara que a aquellos empleados cuyo empleador descuente de su salario el monto de la cotización, pero no la gire a la EPS a tiempo, no se les puede negar el servicio. Bastará con que presenten el comprobante de nómina (con el descuento) para ser atendidos.

Cuando se trate de consultas y actividades programadas, el paciente solo está obligado a pedir la cita médica: "Los exámenes y procedimientos que por su complejidad necesiten autorización, también deberán ser tramitados por la IPS donde fue atendido", dijo la Viceministra.

Fuente. Periódico EL TIEMPO 18 de Diciembre 2007
Sección Nación 1-5

Anexo 11. EPS evaluadas por la séptima encuesta de ACHC[10]

N.º	EPS Evaluadas
1	Susalud
2	Compensar
3	Sanitas EPS
4	Comfenalco Valle
5	Colmédica S.A.
6	Coomeva
7	Salud Colpatria
8	Comfenalco Antioquia
9	Salud Total
10	Famisanar
11	S.O.S.
12	Saludvida S.A.
13	Cafesalud
14	Cruz Blanca
15	Salud Colombia
16	Humana Vivir
17	Saludcoop
18	Red Salud Atención Humana
19	Seguro Social
20	Solsalud

Fuente: ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS -ACHC-.Séptima Encuesta 2006

[10] ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, IPS evalúan a las EPS: La Séptima Encuesta. En: Revista Hospitalaria. Año. 7 No. 47 (mayo - junio 2006); p. 18.

Anexo 12. Carta Superintendencia Nacional de Salud

Libertad y Orden

Superintendencia Nacional de Salud
República de Colombia

Para responder a este Documento, favor citar este número: **8022-1-8842**

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
NURC 8022-1-8842

Bogotá D.C.,

Señor
OMAR RICARDO BERMUDEZ P.
CALLE 184 NO. 41-61 BLOQUE 5 INTERIOR 4 APTO 202
BOGOTA D.C.

Referencia: Respuesta a consulta - Estados Financieros 2004 - 2005

Respetado señor Bermudez:

Acuso recibo de su comunicación del 11 de julio de 2006, radicada en esta Superintendencia con el NURC 8022-1-8842, mediante la cual solicita información con el fin de analizar un tema por ustedes denominado *"Paseo de la Muerte"*.

Sobre la información solicitada, se anexan los Estados Financieros de los años 2004 y 2005.

En relación con las estadísticas requeridas sobre la Atención Inicial de Urgencias, le informo que la Dirección General para el Control del Sistema de Calidad se encuentra tramitando su solicitud.

Cordialmente,

JOSE ROBERTO GARAY GIRALDO
DIRECTOR E.P.S. Y ENTIDADES DE PREPAGO

Copia:
Observaciones: SE ANEXA 1 DISQUETE
No. Folios: 1
No. Anexos: 1
Redactó: LUISA FERNANDA GONZALEZ OVIEDO

Anexo 13. Población SISBEN 2005

Nivel	Número de Personas	% de Part.
Nivel 1	11.620.000	52%
Nivel 2	7.720.000	34%
Nivel 3	2.950.000	13%
Nivel 4 o más	170.000	1%
Total Población SISBEN	**22.460.000**	100%

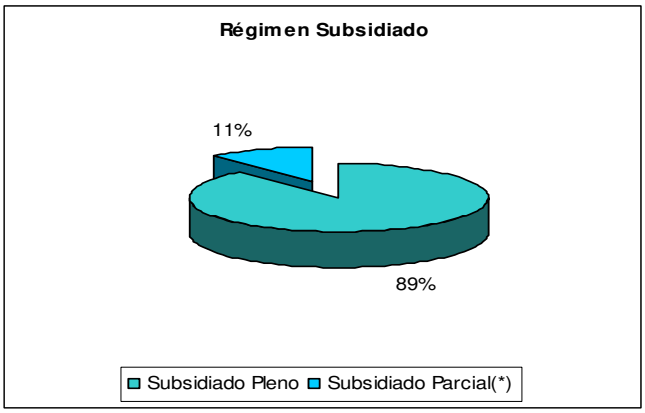
Nota: No incluye Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Puerto Nariño. Cobertura del 99.7%
Fuente: DNP. Informe Al Congreso 2005. p.148 y Cálculos Realizados por los Autores.

Anexo 14. Población Afiliada Régimen Subsidiado

Clasificación	Personas Afiliadas	% de Participación
Subsidiado Pleno	13.765.405	89%
Subsidiado Parcial(*)	1.788.069	11%
Total Régimen Subsidiado	**15.553.474**	100%

(*) El esquema de los subsidios parciales en salud se implementó en el año de 2004 y está dirigido a las poblaciones de los niveles 2 y 3 del SISBEN no cubiertas por el Sistema General de la Seguridad Social en Salud. [Acuerdo 267 de 2004, Subsidios Parciales]

Fuente: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Informe de Actividades 2004-2005 al Congreso de la República.



Fuente: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Informe de Actividades 2004-2005 al Congreso de la República

Anexo 15. Información Casos “paseo de la muerte”

TRES CASOS DIARIOS CONOCE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO SOBRE DENUNCIAS RELACIONADAS CON EL "PASEO DE LA MUERTE" 03/06/2006 - 11:28:00[11]

Fuente: Caracol

El defensor del Pueblo delegado para la Salud, Dario Mejía, reveló en Caracol Radio que a diario **llegan a su oficina más de tres de quejas contra instituciones médicas que se niegan a atender a pacientes vulnerables**, porque simplemente no cumplen con algún requisito contenido en el Plan Obligatorio de Salud.

Tras conocer que tan solo en la Costa Atlántica se ha presentado la muerte de 10 personas, incluido el menor de 11 años que murió tras recorrer más de seis clínicas donde nadie lo atendió, el defensor aseguró que la mayoría de las veces las centros médicos se aprovechan de la ignorancia de los usuarios sobre la ley, dijo el funcionario.

Enfatizó que gracias a que muchos ciudadanos acuden a la Defensoría del Pueblo ha sido posible interponer los recursos necesarios para evitar que los pacientes sufran ese "trágico recorrido mortal y que para ello la tutela se ha convertido en el único instrumento eficaz contra el sistema de salud".

Caracol Radio ha venido revelando varios casos donde queda consignado que son cada vez más evidentes las irregularidades que se presentan en los centros médicos por el mal uso de la ley de salud o porque nadie pone en marcha los mecanismos para hacer respetar los derechos de los ciudadanos.

---

[11] CARACOL RADIO. Actualidad: Tres casos diarios conoce la Defensoría del Pueblo sobre denuncias relacionadas con el "paseo de la muerte" [documento consecutivo en línea]. Bogotá D.C.: Caracol: Radio, 3 de junio de 2006; 11:28:00 [citado en 2006-07-07; 19:00]. Disponible en Internet: <http://www.caracol.com.co/noticias/256183.asp?id=256183>.