



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ABECÉ

Monitoreo de la calidad: Resolución 256 de 2016

Que estableció la resolución 256 de 2016?

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

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

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

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

Las disposiciones de esta resolución se aplicarán a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, al Instituto Nacional de Salud y al Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo.

Se excluye del ámbito de aplicación de la resolución 256 de 2016 a los Profesionales Independientes de Salud, a las Entidades con Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud y a las entidades de los Regímenes Especial y de Excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001.

Cuántos anexos técnicos tiene la resolución 256 de 2016?

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

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

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

Tiene cuatro partes:

1. ESTRUCTURA Y ESPECIFICACIÓN DEL NOMBRE DEL ARCHIVO: es donde se define la estructura y especificación del nombre del archivo y el contenido del archivo.

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

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

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

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

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

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

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

Fecha de corte de la información a reportar:

Primer semestre 2016 (de 2016-01-01 al 2016-06-30)

Plazo para enviar el archivo plano desde 2016-07-01 hasta 2016-07-31

Segundo Semestre 2016 (de 2016-07-01 hasta 2016-12-31)

Plazo para enviar el archivo plano a partir del 2017-01-01 hasta 2017-01-31 y así sucesivamente:

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

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

Tiene cinco partes:

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

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

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

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

Registros:

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

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

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

Cómo se registra una entidad en PISIS?

Es necesario que la entidad ingrese al link:

<http://web.sispro.gov.co/WebPublico/Entidades/RegistrarEntidad.aspx>

En dónde se registra la solicitud de usuario?

Para llevar a cabo este procedimiento es necesario ingresar al link:

<http://web.sispro.gov.co/Seguridad/Cliente/Web/RegistroSolicitudes.aspx>

Los archivos a reportar deben venir firmados con firma digital?

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

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

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

Los servicios de transporte especial de pacientes deben reportar de acuerdo a los servicios habilitados así:

- Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General (P.3.1)
 - Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría (P.3.4)
- Solo si tiene habilitados dichos servicios.

Los indicadores deben ser reportados a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), según anexo técnico No. 2 –Registro Tipo 1 y Registro Tipo 2

Cuáles son los indicadores que deben reportar las IPS?

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

Registro Tipo 2-Registro de detalle oportunidad de citas:

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

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

Registro Tipo 3-Registro de detalle satisfacción global:

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

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

- Proporción de cancelación de cirugía (P.2.15)

Registro Tipo 5-Registro de detalle de Eventos Adversos:

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

Registro Tipo 6-Registro de detalle de Urgencias Triage II

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

Las EAPBs deben reportar los indicadores de oportunidad de citas?

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

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

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

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

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

Cuál es la codificación vigente para diagnósticos?

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10

Cuál es y donde encuentro el separador de campos PIPE?

Regularmente los archivos CSV son guardados con separación de coma o punto y coma, y el pipe es otro tipo de carácter y se representa por el símbolo (|), el cual está al lado izquierdo del número 1 del teclado.

Otra forma de encontrar el caracter pipe es abriendo el Mapa de caracteres de Windows en la ventana Ejecutar (Windows + R) y abrir charmap y escoger el carácter pipe. O bien, usando la combinación Alt + 179.

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

Los resultados de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS se encuentran disponibles en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, en el link:

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/Resultados/EncuestadeEPS2015.aspx>

Existe algún validador disponible para la información a reportar?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.....

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

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

.....

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

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

.....

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

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

.....

Sólo deberán reportar el Registro Tipo 1.

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

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

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

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

Póliza: no se reportan pacientes de Póliza
Medicina prepagada: sí se reportan
Planes complementarios: si se reporta
ARL: si se reportan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Dónde puedo encontrar los códigos de las EAPB?

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

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

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

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

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

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

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

¿Debemos reportar usuarios que ingresan por SOAT?

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

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

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

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

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

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

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

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

.....
Este reporte se realizará por procedimiento principal realizado al paciente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los errores ocurren cuando las entidades reportan varios archivos y en cada archivo insertan un registro tipo 3 y uno tipo 5.

Por lo tanto, la instrucción es la siguiente:

1. Construir un único registro tipo 3 y un único registro tipo 5, que sean la suma de todas las encuestas de satisfacción y eventos adversos de la entidad.
2. Incluir este registro tipo 3 y tipo 5 en el archivo con consecutivo 01
3. Eliminar los registros tipo 3 y 5 de los demás archivos.

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

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

Fecha Julio 13 de 2017

Oficina de Calidad

