

ACTUALIZACIÓN DE MANUAL DE RÉGIMEN TARIFARIO

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del
Aseguramiento en Salud

Viceministerio de Protección Social

2.018



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Contenido

- 1. Antecedentes**
- 2. Situación actual**
- 3. Propuesta**
 - Análisis de experiencias internacionales**
 - Metodología**



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Contenido

- 1. Antecedentes**
2. Situación actual
3. Propuesta
 - Análisis de experiencias internacionales
 - Metodología



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Decreto 2423

De aplicación obligatoria por las **IPS Públicas**; también para entidades privadas únicamente en la atención a víctimas de AT, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el entonces Consejo Nacional de Seguridad Social.

1996

Decreto 056

Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECA T (...), párrafo del artículo 10: ajustar el manual tarifario antes de dos años.

2015

2001

Obligatorio en AT, desastres naturales, atentados terroristas y demás eventos catastróficos definidos por el entonces CNSSS; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza, si no hay acuerdo entre las partes. En los demás eventos, IPS públicas o privadas acordarán sus tarifas teniendo estas tarifas como referencia.

Decreto 887

2016

TÍTULO 3. PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Capítulo 6. Régimen Tarifario.

Anexo Técnico 1 - Manual de Régimen Tarifario.



Deber de publicación



Fundamentos
normativos

- Ley 1437 de 2011, artículo 8, numeral 8

*Los proyectos específicos de regulación y la información en que se fundamenten, **con el objeto de recibir opiniones, sugerencias o propuestas alternativas.** Para el efecto, deberán señalar el plazo dentro del cual se podrán presentar observaciones, de las cuales se dejará registro público. En todo caso la autoridad adoptará autónomamente la decisión que a su juicio sirva mejor el interés general.*

- Decreto 1081 de 2015, artículo 2.1.2.1.23

Los proyectos específicos de regulación que no sean suscritos por el Presidente de la República serán publicados en los plazos que señalen las respectivas autoridades en sus reglamentos, plazos que se determinarán de manera razonable y proporcionada, atendiendo, entre otros criterios, al interés general, al número de artículos, a la naturaleza de los grupos interesados y a la complejidad de la materia regulada.

Deber de publicación



Fundamentos
normativos

- Resolución 1133 de 2017. Literal k) del artículo 2º.

*(...) el **director o jefe de oficina del área técnica que la promueva**, determinará el plazo durante el cual deberá ser publicada (...), (...) La remisión del proyecto para revisión jurídica, únicamente podrá efectuarse **cuando se haya surtido tanto el trámite de publicación, como el análisis a las observaciones y comentarios de la ciudadanía y grupos de interés (...)***



Contenido

1. Antecedentes
- 2. Situación actual**
3. Propuesta
 - Análisis de experiencias internacionales
 - Metodología



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Manual de Régimen Tarifario - SOAT

- ✓ **No se dispone de la metodología.**
- ✓ **Eventos.**
- ✓ **Reglas no acordes con la evolución del sistema = Costos de transacción.**
- ✓ **No armónico con la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS)**
- ✓ **Sobre calificación o sub calificación de procedimientos.**



Contenido

1. Antecedentes
2. Situación actual
- 3. Propuesta**
 - Análisis de experiencias internacionales
 - Metodología



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Objetivo General:

Desarrollar una metodología que permita actualizar y definir las tarifas de forma permanente y continua.

Objetivos específicos:

- 1. Desarrollar una metodología que permita calificar y ordenar los procedimientos en salud en relación con el trabajo de los profesionales de la salud.**
- 2. Desarrollar una metodología que permita determinar las tarifas de los procedimientos o conjunto de los mismos y los costos asociados (insumos, equipos, salas).**



Contenido

1. Antecedentes
2. Situación actual
3. Propuesta
 - **Análisis de experiencias internacionales**
 - Metodología



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Se definieron los criterios para elegir las fuentes de información sobre metodologías de tarificación vigentes y acordes con el contexto actual de la salud a nivel mundial.

Criterios de Selección:

1. La metodología de calificación permite establecer [tarifas para todos los procedimientos médicos](#) (quirúrgicos y no quirúrgicos).
2. *En lo posible*, la metodología contiene los siguientes [elementos clave](#):
 - Descripción del método de cálculo: ¿cómo se determina la tarifa?, esencia de la metodología y la información ser suficiente para simular el cálculo de tarifas objeto del estudio.
 - [Elementos técnicos o variables de calificación para cada grupo de procedimientos \(quirúrgicos y no quirúrgicos\)](#). Ej.: duración, estrés, idoneidad, experiencia, riesgo del procedimiento en la salud, costo de práctica, etc.
 - Origen de los elementos técnicos con descripción y detalles de las fuentes.
 - [Actualización: periodicidad y método de actualización de los elementos técnicos, además el factor de conversión detallando los requerimientos de información que lo acompañan.](#)
 - Factor de conversión para determinar la tarifa para cada uno de los grupos de procedimientos considerando formulación, cálculo, datos y fuentes asociadas, condiciones de uso, etc.
3. Análisis de la experiencia del uso de la metodología: relación de los resultados de la aplicación en el país, ponderando los logros, ventajas y desventajas.



**Periodo de análisis: información generada después de 1977.
14.320 títulos identificados.**

Criterios de elegibilidad:

1. Métodos para calcular y reconocer servicios médicos a los prestadores. Definición detallada del método para identificar elementos técnicos.
 2. Identificación de factores de conversión.
 3. Métodos de cálculo (modelos econométricos, consideraciones estadísticas y matemáticas) Aplicabilidad al sistema de salud colombiano (pago por evento).
 4. Resultados obtenidos en la aplicación de esas metodologías en los países. Mecanismos de actualización.
- Se revisó la literatura publicada sobre métodos actuariales para el cálculo de tarifas, metodologías para la definición de factores de conversión y metodologías de cuantificación de evaluaciones psicométricas.
 - Resultado: Se encontraron 268 títulos compatibles con los criterios de elegibilidad propuestos, los cuales fueron revisados.



1. Estados Unidos
2. Francia
3. Reino Unido
4. Alemania
5. Bélgica
6. Países Nórdicos (Dinamarca, Suecia, Finlandia y Noruega)
7. Holanda
8. Austria
9. Corea
10. Australia
11. Uruguay.





Origen:	<p>Desarrollado por el Dr. William Hsiao y su equipo en los ochentas en la Universidad de Harvard. Utilizada actualmente por Medicare como la metodología de tarificación para el pago de servicios médicos. La metodología de calificación RBRVS comprende un marco analítico que ha modelado la conceptualización de los sistemas nacionales de salud y ha sido ampliamente utilizada por varios países. [Savarise and Senkowski, 2017].</p>
Elementos Técnicos:	<p>Sistema de Calificación de Servicios de Salud</p> <p>Establece una escala de unidades relativas (RVUs) para los procedimientos médicos en la clasificación CPT y esta se define para cada especialidad.</p> <p>El RVU total de un procedimiento está compuesto por tres elementos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Trabajo médico (wRVU)• Gastos de práctica (pRVU)• Costos de mala práctica (mRVU) <p>wRVU: Complejidad técnica del procedimiento y el nivel de esfuerzo requerido para su realización (que se puede medir en unidades de tiempo).</p> <p>pRVU : Costos operacionales del proveedor (administración de instalaciones, equipos, gastos generales).</p> <p>mRVU: Nivel de riesgo financiero incurrido por el procedimiento y se correlaciona directamente con el costo de seguros contra negligencia.</p> <p>Dado que los costos de práctica y las tarifas de las aseguradoras varían geográficamente, se pondera la suma por un conjunto de índices de costo geográfico (GPCI - Geographic Cost Index).</p>



Estados Unidos: *Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS)*

Elementos Técnicos:

El RVU total para cada procedimiento, se calcula a partir de la fórmula general:

$$RVU = (wRVU \times wGP CI) + (pRVU \times pGP CI) + (mRVU \times mGP CI)$$

Fórmula de pago:

$$\text{Pago} = (RVU \times FC)$$

Donde FC: Factor de Conversión

Componente de valor trabajo w - wRVU

Los wRVUs o w son una composición de cuatro elementos:

1. Tiempo

-El tiempo se divide en pre, post, e intra-procedimiento.

2. Estrés

-El estrés califica la complejidad y la gravedad de un posible resultado adverso en la intervención.

3. Esfuerzo mental

-El esfuerzo mental mide niveles de concentración y de precisión.

4. Habilidad técnica

-La habilidad técnica está ligada al nivel de preparación del especialista.





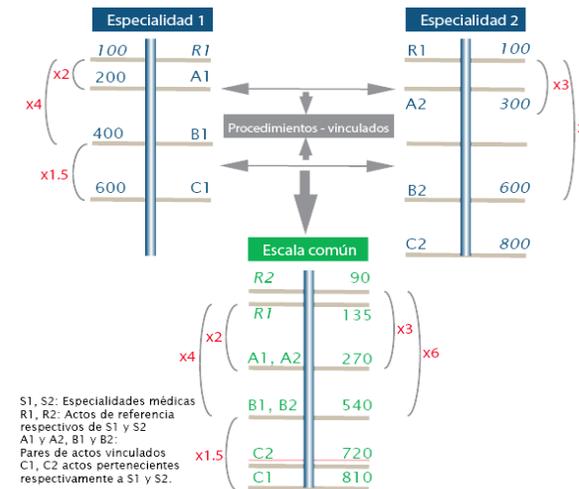
Estados Unidos: *Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS)*

Experiencia Internacional

Para medir **estrés, esfuerzo y habilidad**, la metodología desarrollada por el equipo de Hsiao utilizó el método de estimación de magnitudes (*magnitude estimation*):

- a) El comité inter-especialidad debe escoger una muestra de procedimientos que sean o similares o idénticos en los diferentes capítulos. Se les puede denominar como **puentes o equivalencias**.
- b) A partir de esta muestra, un algoritmo deberá generar una muestra reducida que excluya procedimientos cuya diferencia denominada en valor-trabajo (*w*) esté por encima de un umbral establecido (20 % por ejemplo).
- c) Un proceso de **optimización** restringida tratará de acercar los valores de los procedimientos puente o equivalentes. La restricción garantiza que la proporción de las magnitudes permanezca invariable dentro de cada especialidad

Elementos Técnicos :





Estados Unidos: *Resource-Based Relative Value Scale (RBRVS)*

Elementos Técnicos:	<p>Fases de elaboración y estudios de costos para el componente de gasto p</p> <ul style="list-style-type: none">• Primera fase: valoró los procedimientos de 18 especialidades para las cuatro variables del componente valor trabajo w.• Segunda fase: utilizando un modelo de regresión, se estimó el tiempo pre- y post- para procedimientos de los cuales solo se tenía el tiempo intra.• Dado que no todos los procedimientos pudieron ser incluidos en esta selección, el equipo de Hsiao desarrolló un modelo para extrapolar valores w obtenidos a procedimientos no encuestados.• Tercera fase: Reemplazar los valores extrapolados por valores encuestados (Paneles de expertos)
Revisión y Actualización:	<p>El proceso de actualización del M-RBRVS se puede ver como una cadena de recomendaciones.</p> <ul style="list-style-type: none">• Por un lado está el CPT que emite nuevos códigos siguiendo la evolución de las prácticas médicas. Cada sociedad médica tiene un representante en el RUC (Relative Value Scale Update Committee),• Cuando el CPT emite un nuevo código o clasificación, estos deben decidir si quieren someter el código al proceso de valoración por parte de su especialidad o no.• Si se decide que el código debe ser valorado, un comité RVS por especialidad debe dirigir el proceso de encuesta a sus miembros y someter recomendaciones al RUC para los componentes w, p, y m. Al menos 30 miembros deben ser encuestados.



Francia: CCAM (Clasificación común de actos médicos)

Origen:	<p>Se desarrolló como elemento clave en la serie de reformas introducidas por las autoridades públicas francesas para modernizar los sistemas de información y de tarificación del sistema de salud.</p> <p>Creado entre 1996 y el 2001, entró en vigor en 2004 con el objetivo de remplazar dos metodologías utilizadas hasta el momento.</p>
Método:	<ul style="list-style-type: none">• Calcular honorarios dentro de un esquema de pago por servicios (<i>fee-for-service</i>) Generar grupos relacionados por diagnóstico - GRDs dentro del esquema de recolección de información médica y financiera PMSI (<i>Programme de médicalisation des systèmes d'information</i>).• Sistema de contabilidad analítica que se utiliza para asignar costos por procedimiento y por grupos. Su metodología de asignación de costos es similar al Costeo Basado en Actividades (ABC) y responde a la especificidad del sistema tributario francés. <p>PMSI: Sistema DRG francés y la CCAM : estándar de entrada (o <i>input</i>) principal en términos de procedimientos. El PMSI se inspiró directamente de los estudios de Robert Fetter en la Universidad de Yale (que desarrollaron la versión original del sistema GRD). Por ley, todos los proveedores públicos y privados están obligados a utilizar el PMSI.</p>



Francia: CCAM (Clasificación común de actos médicos)

Composición del código:

- ✓ Código de procedimiento (sitio anatómico, vía de acceso y técnica).
- ✓ Código de actividad (diferentes procedimientos dentro de un mismo acto médico).
- ✓ Código de extensión documental (no tarifario, pedido por las sociedades médicas).
- ✓ Código de fase (para distinguir etapas en la intervención).
- ✓ Modificadores con incidencia en la tarifa (incremento o reducción porcentual).
- ✓ Modificadores sin incidencia en la tarifa.
- ✓ Asociaciones no previstas.
- ✓ Reembolso excepcional.
- ✓ Suplementos de cargos de la práctica.





Francia: CCAM (Clasificación común de actos médicos)

Experiencia Internacional

Elementos Técnicos:	<p>Integra la Información.</p> <ul style="list-style-type: none">• Conjunto de información administrativa, médica, y demográfica sintetizada en el Resumen de Salida Estandarizada – RSS, es a su vez un resumen de uno o más resúmenes de intervención por unidad médica.• Los contenidos del RSS pueden ser usados para generar una tarifa por procedimiento, o para clasificar la intervención dentro de un Grupo Relacionado por Diagnóstico (GRD).• En función de los procedimientos contenidos en el RSS, y de otras variables como el tiempo de la estancia y el diagnóstico principal, el algoritmo afecta cada RSS a un GRD.• El proveedor genera un resumen de la estancia con fines tarifarios, que es el Resumen Estandarizado de Facturación - RSF.
	<ul style="list-style-type: none">• Escalas de Valor.<ul style="list-style-type: none">• El <u>RBRVS</u>, y el <u>Índice de Costo Relativo</u>.• EL <u>RBRVS francés (F-RVS)</u> es una aplicación directa de la metodología de los estudios de Harvard.• Sólo utiliza RVUs para el componente de valor trabajo w (tiempo, estrés, esfuerzo mental, habilidad técnica).• El componente gastos de práctica p, incorpora variaciones regionales en los costos de producción.
	<p>Proceso de estimación de la unidad de valor-trabajo w:</p> <ol style="list-style-type: none">a) Organización de comités por especialidad y selección de sus representantesb) Selección de procedimientos a valorizar por especialidadc) Generar valores w vía estimación de magnitudesd) Armonización de escalas por selección de procedimientos puente y optimización restringidae) Estudios de verificación y coherencia de los resultados





Francia: CCAM (Clasificación común de actos médicos)

Elementos Técnicos :	<p>Construcción del Honorario: La construcción del honorario se define de la siguiente forma: $H = wK + cp$ Donde K es el factor de conversión global y cp es el costo de la práctica.</p> <p>La estimación del costo cp <i>no se realiza dentro de la lógica de la metodología RBRVS (versión Hsiao)</i>; tiene una metodología propia dentro del cuadro del Estudio Nacional de Costos (ENC) es una mezcla de estudios estadísticos a nivel agregado y encuestas anuales detalladas.</p>
	<p>Estimación del costo de la práctica. Para cada especialidad ω, se estima el gasto total $G\omega$ y sus respectivos gastos generales $g\omega$, sobrecostos $s\omega$ y gastos técnicos $z\omega$ $G\omega = g\omega + s\omega + z\omega$ Incorpora variaciones geográficas.</p>
	<p>Índice de Costo Relativo - ICR El ICR es una unidad contable que permite asignar los gastos ligados a los procedimientos a través de los eventos o episodios médicos. Permite repartir los costos ligados a los procedimientos médicos a través del case-mix. El ICR tiene tres sub-índices: a) Índice de actividad médica b) Índice de actividad de cuidado y atención c) Índice de consumo de recursos materiales (insumos, etc...)</p>



Francia: CCAM (Clasificación común de actos médicos)

Revisión y Actualización:

El proceso para inscribir y valorizar un procedimiento en la CCAM es bastante denso y debe pasar por 8 etapas. Se resume en los siguientes puntos:

1. Evaluación de la HAS (Alta autoridad de salud)
2. Evaluación Médica HAS
3. Evaluación Científica - UNCAM, CHAP
4. Evaluación médico-económica y tarificación
5. Consulta con la UNOCAM (Unión Nacional de Organizaciones de Seguro de Salud Suplementario)
6. Decisión
7. Aprobación por el Ministerio
8. Publicación





Reino Unido: HGR (*Healthcare Resource Groups*)

Experiencia Internacional

Origen:	<p>En 1992 la OCDE resalta el potencial que tendría el uso de metodologías case-mix en el sistema inglés. Las pruebas sugirieron que los datos del Reino Unido podrían agruparse con éxito en DRGs y que los grupos resultantes serían médicamente válidos. Posteriormente se emprendió una serie de proyectos con el objetivo de adaptar los DRG a la práctica clínica inglesa. El resultado fue la elaboración de los HRGs or “Healthcare Resource Groups” (Adaptación de los DRGs estadounidenses – US DRGs)</p>												
Elementos Técnicos:	<p>HRG: La clasificación inglesa también usa diagnósticos para generar grupos, <i>pero su base fundamental es el catálogo de procedimientos OPCS</i> (Office of Population Censuses and Surveys) y <i>se relaciona de forma más directa con las especialidades que con los sistemas-órgano (single organ systems)</i> [Grašič et al., 2015].</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los HRGs constituyen la base del esquema de tarificación nacional bajo un régimen de pago prospectivo, se conoce como Payment by Results (PbR); (pago por resultados). • Se hacen ajustes en la tarifa en función de variaciones geográficas, en los costos de los factores de producción, o de condiciones específicas para cada proveedor. <p>Composición del código HRG :</p> <table border="1" data-bbox="886 811 1760 1153"> <thead> <tr> <th>Capítulo</th> <th>Sub-Capítulo</th> <th>Número HRG</th> <th>Split (indicador de separación)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema Musculoesquelético • +21 capítulos </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos Ortopédicos, sin trauma • +50 sub-capítulos </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos en cadera, mayores, sin trauma, categoría 2 • Números mayores indican mayor consumo de recursos </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos en cadera, mayores, sin trauma, categoría 2, con calificación CC-X • Separa la clasificación de la raíz en función de comorbilidad, edad, y complejidad de la intervención </td> </tr> </tbody> </table> <p>Se indica un número HRG que sirve para identificar la intensidad del consumo de recursos en el procedimiento y un modificador denominado split que permite medir los costos adicionales generados en función de la edad, comorbilidad (procedimientos o diagnósticos secundarios) y complejidad</p>	Capítulo	Sub-Capítulo	Número HRG	Split (indicador de separación)	H	B	11	A	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Musculoesquelético • +21 capítulos 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos Ortopédicos, sin trauma • +50 sub-capítulos 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos en cadera, mayores, sin trauma, categoría 2 • Números mayores indican mayor consumo de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos en cadera, mayores, sin trauma, categoría 2, con calificación CC-X • Separa la clasificación de la raíz en función de comorbilidad, edad, y complejidad de la intervención
Capítulo	Sub-Capítulo	Número HRG	Split (indicador de separación)										
H	B	11	A										
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Musculoesquelético • +21 capítulos 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos Ortopédicos, sin trauma • +50 sub-capítulos 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos en cadera, mayores, sin trauma, categoría 2 • Números mayores indican mayor consumo de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos en cadera, mayores, sin trauma, categoría 2, con calificación CC-X • Separa la clasificación de la raíz en función de comorbilidad, edad, y complejidad de la intervención 										





Elementos Técnicos:

Escalas

- Dos escalas : 1) basada en procedimientos y otra en 2) diagnósticos.

Escala jerárquica de uso relativo de recursos:

Valor	Descripción
0	- Códigos OPCS no validos para la agrupación
1	- Procedimientos no quirúrgicos con uso mínimo de recursos (...administrar una inyección, por ejemplo)
2	- Procedimientos que generan un nuevo HRG (unbundling o desagregación) - Cada instancia de este tipo de procedimientos genera un nuevo HRG
3,4	- Procedimientos ligados al sub-capítulo WF (consultas ambulatorias)
5-40	- Escala de uso relativo de recursos, cinco siendo la mejor intensidad y 40 la mayor

- Las escalas se basan en un estudio de costos y las calificaciones otorgadas a procedimientos y diagnósticos están sujetas a validación por parte de grupos de expertos.
- Es importante resaltar que **la escala está basada en costos**, mide la intensidad en el consumo de recursos.
- **No comporta elementos técnicos/subjetivos de valoración como los que vimos en el M-RBRVS y F-RVS (esfuerzo, habilidad, estrés)**. Los grupos de expertos tienen la responsabilidad de garantizar la coherencia clínica del case-mix y de corregir distorsiones en la clasificación.

Algoritmo de Clasificación

La escala funciona como el criterio principal que guía la clasificación a través de un árbol de decisión binario. El método computacional actualmente utilizado por el NHS en la etapa inicial de la agrupación es el CART (Classification and Regression Trees).

Costos

- **Todos los hospitales vinculados al NHS están obligados a reportar anualmente su actividad y costos unitarios**, los cuales incorporan **gastos generales, personal, costos de capital, y excluyen los costos de educación e investigación [Mason et al., 2011]**.
- El análisis de costos del NHS utiliza una metodología “top-down” que parte de grandes bloques definidos por costos de fiscalización (o de monitoreo)



Alemania: HGR (Escala de Valor Uniforme (*Einheitlicher Bemessungsstab, EBM*))

Experiencia Internacional

Elementos Técnicos	Sistema de escalas relativas denominado Escala de Valor Uniforme (Einheitlicher Bemessungsstab, EBM) para calificar su catálogo oficial de procedimientos médicos (Operationen- und Prozedurenschlüssel-OPS), la cual codifica operaciones, procedimientos y servicios generales para el sector hospitalario, así como procedimientos quirúrgicos en el sector ambulatorio.
Elementos Técnicos	EBM: define una lista de cargos para servicios médicos y el valor en puntos relativo entre sí. Es una escala de valor relativo similar a la RBRVS de Medicare, sin embargo, el proceso para determinar los valores relativos es distinta [Ramsay et al., 1996]; [DIANE, 2004]. Dado que el sistema es de pagadores múltiples, el objetivo central de esta escala es de homogeneizar las relatividades puras a través de las más de 130 cajas de enfermedad.
Elementos Técnicos :	Puntos <ul style="list-style-type: none">• La estructura tarifaria se basa en una escala de valor relativo nacional que se define anualmente y que asigna los precios relativos en términos de puntos asignados a procedimientos médicos.• Los puntos asignados se traducen a euros a través de negociaciones independientes entre las organizaciones Federal y regionales de fondos de enfermedad y las organizaciones de médicos correspondientes• Los factores de conversión trasladan los puntos a una lista de cargos que son usados como un reembolso estándar para los servicios médicos. Se calcula dividiendo el presupuesto total de los fondos de enfermedad de médicos de cada región, por el número total de puntos por servicios que se espera prestar.
Revisión y Actualización:	Un Comité de Evaluación (Bewertungsausschuss, BA) compuesto por miembros de las aseguradoras nacionales y por médicos inscritos en el Seguro Médico Obligatorio (gesetzliche Krankenversicherung) se reúne periódicamente para establecer consenso y decidir sobre la actualización de la EBM, incluyendo o removiendo servicios, así como reevaluando los valores relativos de los servicios. Este Comité atribuye puntos a cada servicio o procedimiento en función del tiempo y del nivel de habilidad técnica requerido para su realización [DIANE, 2004].





Bélgica

Elementos Técnicos :	<p>La Nomenclatura, es una escala de tarifas que representa por medio de códigos las prestaciones. Se divide en diez capítulos y 36 artículos y contiene 9.000 servicios únicos con su respectiva tarifa. En ella están representados casi todos los procedimientos y productos médicos y dentales</p> <p>Estructura del código de la nomenclatura:</p> <p>Tiene 6 cifras (5 cifras, más una de comprobación), que designan la prestación correspondiente. A cada código lo acompaña:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una definición precisa del procedimiento (descripción del procedimiento, complementado o no por las condiciones cuantitativas o cualitativas de las condiciones de reembolso) 2. Una letra clave, de acuerdo a la especialidad médica 3. Un coeficiente de letra clave. La multiplicación de éstos dos últimos componentes, es igual a la tarifa que se debe pagar; el coeficiente le da a cada procedimiento el valor relativo comparado con otros procedimientos que tienen la misma letra clave.
	<p>El honorario o la tarifa (τ) de cada procedimiento médico se calcula a partir de la multiplicación entre la Letra Clave (α) y el Coeficiente que la acompaña (β):</p> $\tau = \alpha \times \beta$ <p>El valor de la letra clave α se fija en la Convención Nacional entre los médicos y los aseguradores (Acuerdo Medico-Mut). El valor del coeficiente β se fija en el texto de la nomenclatura y se hace por decreto real.</p>
	<p>En la mayoría de los casos la tarifa también cubre los costos directos e indirectos relacionados con la actividad médica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El tiempo de la prestación 2. La necesidad de la asistencia 3. El costo del equipo, y el material desechable utilizado 4. La complejidad de la prestación 5. El nivel de experticia del proveedor 6. El acto intelectual o técnico



Bélgica

Método:	<p>La comisión del INAMI que decide sobre la escala de tarificación, denominada “la Nomenclature”, es el Medico-Mut (Comisión Nacional de Médicos y Aseguradores), dentro del cual se realiza el Acuerdo Nacional Médico-Asegurador, en donde se negocia la tarifa y se establece por medio de acuerdos para médicos y dentistas y por medio de convenciones para otros proveedores de salud [Van de Voorde C, 2014].</p> <p>El acuerdo nacional tiene en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none">a) El procedimiento de referencia para de cada especialidad.b) El cálculo de los recursos necesarios para prestar el servicio (análisis de costos).c) El presupuesto disponible. <p>Así se determinan los compromisos cruciales entre los médicos y los aseguradores</p>
Revisión y Actualización:	<p>El sistema de aseguramiento obligatorio creó el Instituto Nacional de Salud y Seguro de Invalidez (INAMI), el cual es el responsable de establecer las reglas de reembolso para servicios médicos, determinar las tarifas de los medicamentos y las tarifas de los servicios médicos, así como organizar, manejar y supervisar la correcta aplicación del sistema de aseguramiento obligatorio.</p>





Países Nórdicos: Finlandia, Dinamarca, Noruega, Suecia
(“Nordic Classification of surgical Procedures”-NCSP).

<p>Origen:</p>	<p>En 1996, estos países a través del Comité Médico-Estadístico Nórdico -NOMESCO, lanzaron una clasificación nórdica de procedimientos quirúrgicos (“Nordic Classification of surgical Procedures”-NCSP). Cada país fue introduciendo una versión propia entre 1996 y 1999 tomando como base el NCSP general.</p>
<p>Elementos Técnicos :</p>	<p>Estructura del NCSP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 capítulos principales de procedimientos quirúrgicos ordenados según el sistema anatómico-funcional. • 4 capítulos subsidiarios que contienen procedimientos terapéuticos y de investigación asociados a cirugía • 1 capítulo suplementario, cuyos códigos sirven como calificadores de procedimientos generales, proveyendo información adicional a los procedimientos [Lorenzoni and Pearson, 2011]. <p>Cada país tiene su propia adaptación nacional del NCSP [Linna et al., 2010].</p> <p style="text-align: center;">Métodos de Tarificación:</p> <p>Finlandia: Existen varias formas para asignarle tarifas a los servicios médicos públicos y hacer la facturación, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRDs) • Con base al desempeño. • Días de tratamiento y procedimiento per cápita. • Con base al presupuesto. <p>Los costos de los servicios de salud públicos incluyen todos los costos incurridos dentro del tratamiento y otros costos generados en el lugar de tratamiento (trabajo, recursos humanos del personal de atención, uso de las instalaciones, comidas, servicio de limpieza, entre otros).</p> <p>Dinamarca: Utiliza un <u>modelo que combina el análisis de costos y un sistema de puntaje</u> para calcular costos relativos en determinados servicios. El modelo de costeo está basado en GRDs.</p> <ul style="list-style-type: none"> -El costo de cada grupo GRD individual es calculado por la Junta Nacional de Salud (Nationa Health Board), teniendo como fundamento la base de datos de costos de casi todos los hospitales del país. -El modelo vincula sistemáticamente la información de los servicios con sus costos consumidos por paciente que permite generar “ponderaciones de costo relativas” (“Relative cost weights”), o también llamados puntos, para los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos quirúrgicos. • Anestesia. • Bioquímica clínica. • Radiología. • Anatomía patológica. • Fisioterapia y ergoterapia.



Países Nórdicos: Finlandia, Dinamarca, Noruega, Suecia
(“Nordic Classification of surgical Procedures”-NCSP).

Experiencia Internacional

Métodos de Tarificación	
Elementos Técnicos :	<p>Suecia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La transformación de los datos de costos en la tarifa se hace a través de selectivas auditorías externas y mediante un proceso de decisión o resolución de problemas algorítmico (“algorithmic troubleshooting”). • Se calcula el <u>costo medio de los GRDs</u>, de esta manera se obtiene un peso relativo ponderado con el cual se determina el precio de los servicios médicos [Raulinajtys Grzybek, 2015]. • Se lleva a cabo un proceso de negociación entre el Estado y las autoridades de salud para guiar el proceso de asignación de precios <p>Noruega: <u>Las tarifas se determinan haciendo un estimado del costo del procedimiento teniendo en cuenta variables como el tiempo, los equipos médicos y la frecuencia con que se realiza cada procedimiento.</u></p> <p>-Todas las tarifas tienen sus propios números (o códigos) y descripciones según la ley de tarificación actual, la cual incluye todos los cargos (el que se le hace al paciente, el reembolso y la remuneración por el servicio).</p>
Revisión y Actualización:	<p>A cargo del <u>Centro Nórdico para la Clasificación de la Salud (“Nordic Centre for Classifications in Health Care”)</u>, con sede en Oslo, Noruega. El Centro mantiene una discusión grupal por medios virtuales y un Grupo de Referencia para la Clasificación Nórdica, que formula recomendaciones formales para hacer cambios en la clasificación.</p> <p>Deben cumplirse los siguientes criterios para realizar una modificación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Descripción del nuevo método y una explicación de sus indicaciones. 2. Estimación aproximada del número de procedimientos que se llevan a cabo anualmente en el país o el número anual previsto en un futuro próximo. 3. Las referencias deben incluirse en la literatura pertinente que documenta que cualquier nuevo código propuesto representa procedimientos establecidos y no procedimientos puramente experimentales.





Holanda: Sistema DBC

Origen:	Con la introducción del sistema DBC en 2005, la financiación de la atención de salud holandesa comenzó a cambiar gradualmente. El sistema DBC está reemplazando al actual sistema presupuestario (subvención en bloque) de los proveedores y el pago por suma global a los especialistas médicos.
Método:	<p>Tarifa: Dos segmentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Segmento A: Con tarifas nacionales fijas para la salud que se paga a proveedores y especialistas médicos, se utiliza para facturación solamente. • Segmento B: Los precios de los proveedores se establecen mediante negociaciones entre el proveedor y el asegurador, combinado con tarifas nacionales fijas para los especialistas médicos. <p>La autoridad sanitaria Holandesa (NZa) determina las tarifas para todos los componentes por DBC. Debido a las demandas del mercado y al desempeño del sistema de salud, NZa puede decidir usar sus poderes formales como regulador del mercado y desviarse de los precios calculados por DBC-0 para determinar las tarifas</p>
Elementos Técnicos :	<p>Componentes de la tarifa:</p> <ol style="list-style-type: none"> El costo hospitalario total para cada DBC. El costo para el médico especialista principal Los costos para todos los médicos especialistas que participan en el tratamiento del paciente. <ul style="list-style-type: none"> • Cada asociación médica estima el tiempo necesario para que cada DBC sea producido por su especialidad, esto determina la “carga de trabajo” por DBC. • La autoridad sanitaria holandesa determina la tarifa por hora para los médicos especialistas. <p>Información:</p> <p>DBC-0 recopila información sobre los costos y una descripción de la frecuencia de las diferentes actividades de los proveedores a través del “DBC Information System” lo cual permite calcular los precios de cada uno de los tres componentes de la tarifa.</p>





Austria: LKF/GRD

Origen:	Implementó en 1997 el “Esquema de pagos orientado a procedimientos basados en Grupos Relacionados de Diagnóstico” (“Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung” – LKF), es decir, es un sistema que utiliza tanto el diagnóstico como el procedimiento para la creación de grupos de casos.
Método:	El sistema LKF-GRD establece tarifas fijas que fueran diferentes entre sí, tanto en la estructura de costos, como en las características médicas, pero que a su vez estuvieran mutuamente relacionadas en términos de costos y tuvieran en cuenta las condiciones reales.
	El sistema LKF-GRD requirió: <ol style="list-style-type: none">1. Control de transparencia en costos de los hospitales.2. Introducción de documentación de diagnóstico nacionalmente estandarizada y basada en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (International Classification of Diseases-ICD).3. Desarrollo de un Catálogo de Procedimientos médicos para el sector hospitalario y el análisis de costos detallado para las tarifas fijas.





Austria: LKF/GRD

Catálogo de Procedimientos Médicos Austriaco

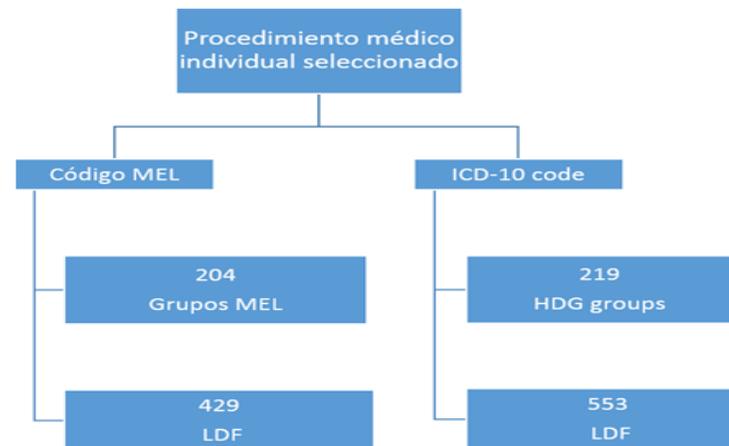
Clasificado en códigos según tres ejes independientes:

- Sitio anatómico.
- Tipo de procedimiento.
- Vía de acceso.

Cada procedimiento está representado por un código (alfanumérico), contiene aproximadamente 1.500 códigos y fue creado como instrumento base para la facturación de servicios médicos

Elementos
Técnicos :

Grupos de casos GRD





Austria: LKF/GRD

Elementos Técnicos :

Tarifa fija:

-20 hospitales de todo el país (“hospitales de referencia”), fueron seleccionados para calcular el costo de sus procedimientos con base en el Catálogo de Procedimientos Médicos.

-Para asegurar una amplia aceptación médica, especialistas de cada disciplina participaron en la elaboración de las tarifas fijas.

De esto surgió:

- “grupos de diagnóstico primario” - HDG
- “grupos de procedimiento médico individual” - MEL - por sus siglas en alemán.
- Grupos de casos relacionados con el diagnóstico, orientados a procedimientos (LDF)(procedure- oriented diagnosis-related case groups).

-A cada HDG y MEL se le asigna un puntaje, por lo tanto siempre se obtiene una “tarifa fija de caso”.

Para el año 2010 el modelo tenía 982 grupos de casos, de los cuales 429 eran orientados al procedimiento y 553 relacionados por diagnóstico.

Cálculo de la tarifa fija aplicable a cada caso.

Se aplica un árbol de decisión o algoritmo:

- Serie de decisiones que se toman siguiendo la secuencia “si...entonces”. Al final de cada proceso de decisión se determina un “nódo final”, el cual corresponde al grupo de casos relacionados con el diagnóstico, orientados a procedimientos- LDF- y conlleva a la definición de la tarifa fija correspondiente.
- Se considera si existen o no precondiciones para un añadir un puntaje suplementario.
- Los puntos de tarifa fija + puntos de tarifa suplementaria = puntaje total que será asignado a cada caso.
- Se determinó que un punto GRD corresponde a un Euro.



Austria: LKF/GRD

Revisión y Actualización:	<p>Se realiza en nombre de la Agencia Federal de Salud, luego de una evaluación y coordinación con el Grupo de Trabajo GRD (comité), un grupo interdisciplinario de expertos de los campos de la medicina, la economía, la estadística y tecnologías de la información. Todos los interesados en el sistema de salud austriaco están representados en este comité.</p> <p>El diseño del sistema DRG se deben cumplir las siguientes premisas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Patología y procedimientos médicos / de enfermería deben determinar la tarifa de reembolso para estancias de pacientes hospitalizados• El reembolso deberá efectuarse según la tarifa fija basada en los costos realmente incurridos El sistema debe ser transparente y comprensible• Debe estar en continuo desarrollo• Debe satisfacer los requisitos médicos y económicos en igual medida.
----------------------------------	---





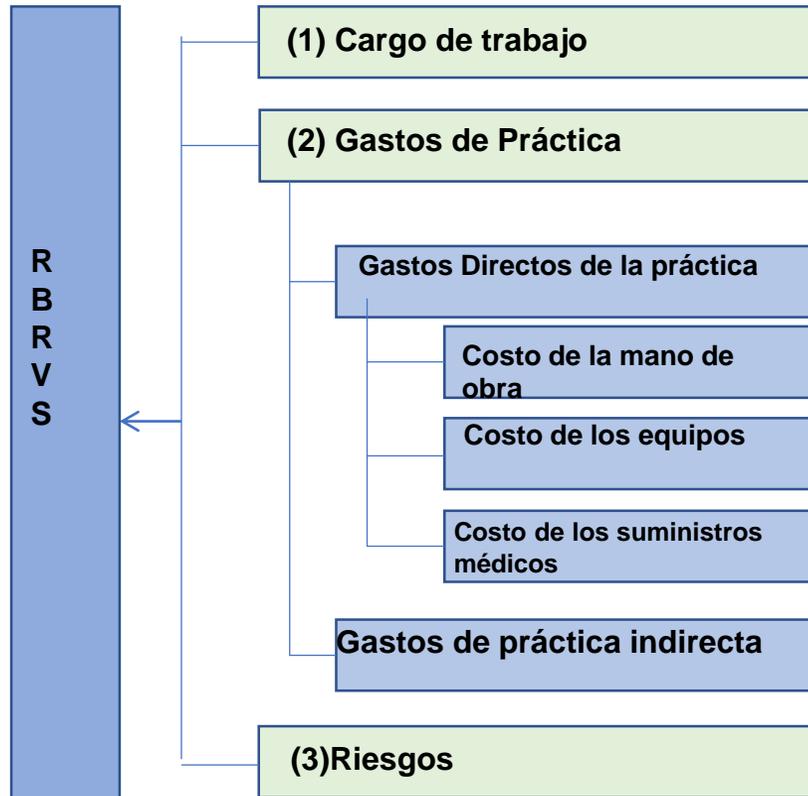
Corea

Elementos Técnicos :	<p>Según el art. 42 de la Ley del Seguro Nacional de Salud, para celebrar un contrato de compra de servicios de salud se realiza una negociación entre el presidente de la Corporación Nacional de Seguros de Salud - NHIC (Como pagador de terceros) y las asociaciones de proveedores (que representan Proveedores), en el cual se establecen los costos de los beneficios de atención de la salud.</p>
	<p>El objetivo de cada contrato es negociar el Precio unitario por “punto de valor relativo”. El punto de valor relativo se calcula considerando el volumen de trabajo con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none">• El tiempo• El esfuerzo utilizado en el tratamiento de los pacientes• El volumen de recursos como: personal, instalaciones y equipo• El grado de riesgo involucrado en el tratamiento de la enfermedad.





Corea



Remuneración de los principales médicos
[Tiempo de operación X complejidad (estrés)]

Costo de la mano de obra médica además del médico principal
[Asistentes médicos, enfermeras, etc.]

Costo de equipos médicos, costo de depreciación [endoscopia, tablas de operaciones, etc.]

Costo de los suministros médicos
[Vestimenta de los pacientes, guantes, etc.]

Gastos incidentales para la provisión de procedimientos médicos [Gastos administrativos, gastos de electricidad y agua, etc.]

Costo de solución de controversias relacionado con negligencia médica
[Costo de seguro de responsabilidad médica por negligencia médica, costo de liquidación, etc.]





Uruguay

Elementos Técnicos :	<p>Sistema de tarificación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se fundamenta en un <u>análisis de costeo exhaustivo</u>, cuya característica es que su elaboración está estructurada en Institutos de Medicina Altamente Especializada - IMAE tipo. • Se definen por medio de análisis de capacidad e infraestructura, esta selección puede beneficiar a algunos IMAE que tienen mejores composiciones de infraestructura y capacidad que el IMAE tipo y perjudicar a algunos cuyas características están por debajo, sin embargo se establecen así bajo el concepto de que “no se debe premiar la ineficiencia”.
	<p style="text-align: center;">Análisis de costeo</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Fondo Nacional de Recursos - FNR ya cuenta con datos suficientes y necesarios para calcular los costos directos e indirectos de la prestación de servicios en salud.
	<p>Cálculo de los costos directos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con los datos del IMAE, se calculan los rendimientos de cada una de las actividades necesarias para atender al paciente, desde su ingreso hasta el egreso, en cada uno de los procedimientos, incluida la estancia. • En algunos casos mediciones en tiempo real y se hace un análisis estadístico muy detallado, con proyección de necesidades. Para el cálculo de los costos de medicamentos e insumos, se sigue un procedimiento similar y detallado a la medida de las técnicas ejecutables en el IMAE tipo. <p>Cálculo de costos indirectos:</p> <p>Se hace <u>un micro-costeo</u> por técnica, para cada una de las etapas de atención, adicionando los insumos y medicamentos para los pacientes promedio y se calcula la tarifa para cada una de las técnicas, esta tarifa es el valor básico, no incluye ningún valor de utilidad.</p>
	<p>Negociación</p> <p>Con las tarifas definidas, se ejecuta una ronda de negociación de cada técnica con los representantes de los IMAE correspondientes, al final de la cual se firma un acta con el acuerdo, este proceso es ágil como todas las negociaciones de</p>

Debido a la importancia que tiene la prestación de los servicios de salud en la calidad de vida de la población y el impacto en los presupuestos nacionales, los sistemas de salud y las organizaciones internacionales, han desarrollado investigaciones orientadas a establecer mecanismos que permitan costear y tarifar los procedimientos en salud.

Avances e Investigaciones

A inicio de los años 70's en la Universidad de Yale, en los Estados Unidos. Fetter, Thompson y Averil, desarrollan un estudio que denominaron Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs), definidos como “un conjunto de tipos de casos, cada uno de los cuales representa una clase de pacientes con procesos de atención similares y un paquete de servicios predecible (o producto) de una institución” [\[Wiley, 1992\]](#).

En los años 80's, gracias a organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Consejo de Europa, la Comunidad Europea (hoy Unión Europea) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). De estos aportes vale destacar que en 1985, la OCDE, fue la primera en publicar comparaciones internacionales de la duración media de la estancia hospitalaria por GRDs.

La Comunidad Económica Europea apoyó estudios relacionados con:

- GRDs y la actividad hospitalaria,
- Estudios de costeo,
- Prácticas de codificación, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) apoya investigaciones:

- Opciones para los sistemas de pago por tipo de servicio o paciente
- Aplicaciones de GRD al presupuesto hospitalario
- Medición del desempeño, así como el “case-mix”

[\[Bus- se et al., 2011, Wiley, 1992\]](#).

En estos estudios se analiza el impacto de factores como:

- Prácticas clínicas,
- Los *sistemas de pago utilizados*
- Desarrollo de servicios de atención comunitaria,
- La reducción del número de camas, entre otros

De acuerdo a la sección “*Health at a glance*” **para el año 2015** cada vez hay más países como Francia, Alemania y Polonia, que se han pasado a métodos de pago prospectivo, basados generalmente en GRDs.

Contenido

1. Antecedentes
2. Situación actual
3. Propuesta
 - Análisis de experiencias internacionales
 - **Metodología**



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Definición de la foma funcional para el cálculo de la tarifa basado en las unidades relativas adaptado para Colombia:

$$Tarifa(i) = W(i) * FC + Costos(i)$$

Donde:

- ***W*** Trabajo de los profesionales de la salud = tiempo, habilidad técnica, esfuerzo mental y estrés
- **FC** es el factor que convierte dichas unidades de calificación relativas a valor monetario.
- **Costos:** centro de costos, uso de infraestructura, materiales e insumos, equipos y otros.



¿cómo lo vamos a hacer?



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Trabajo con Sociedades y agremiaciones de profesionales de la salud. Metodología

- Las sociedades científicas o agremiaciones de los profesionales de la salud deben estar inscritos en MIVOXPÓPULI: (36). Proceso de validación

<https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co>

Para poder participar debe estar registrado en nuestra plataforma :)

Los campos marcados con (*) son obligatorios.
Advertencia: Esta aplicativo no es compatible con Internet Explorer 11. Por favor utilizar Internet Explorer 10, Internet Explorer EDGE, Google Chrome o Firefox

1. Datos del usuario

Seleccione el tipo de persona (*)

Persona Jurídica

Tipo de persona jurídica

Seleccione un item de la lista (*)

- Selección
- Asociaciones y agremiaciones
- Persona jurídica individual
- Gobierno Nacional y Local (Excepto entidades de control)

Registrarme | Ingresar

Escoja el tema de su interés. Seleccione la opción **participar**, o si prefiere conocer los resultados de los diferentes procesos de participación ciudadana, seleccione la

GOBIERNO DE COLOMBIA

11:17 a. m. 14/08/2018

TRABAJO: Sociedades y agremiaciones

- Para descargar o cargar cualquier archivo deben ingresar a SIREPS con el usuario y la contraseña utilizadas en MI VOX PÓPULI.

<https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/Suficiencia/Home>

Plataforma de transporte de archivos

Solicitudes de informaci

Inicio Procesos Preguntas y respuestas frecuentes Ingresar

MINSALUD GOBIERNO DE COLOMBIA TARIFAS

Bienvenido a SIREPS

Sistema de información para el reporte de información de prestaciones de servicios en salud.

Seleccione

Con SIREPS podrá:

- Reportar información de prestaciones de salud de forma integrada, fácil y sencilla
- Seleccione la solicitud que desee reportar y el sistema lo guiará

Seleccionar solicitud

5:11 p. m. 13/08/2018

<https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/Suficiencia/Home>

1. Actualizando CUPS
2. Identificación de procedimientos de cada sociedad .
3. Agrupación de procedimientos por afinidad, definición y descripción del procedimiento base o de referencia de cada grupo.
4. Valoración del trabajo de los profesionales de la salud en cada procedimiento base.
5. Valoración del trabajo de los profesionales de la salud de todos procedimientos del grupo en relación con el procedimiento base.
6. Definición de equivalencias entre procedimientos base y definición de procedimientos vínculo (al menos dos)



Trabajo colectivo. Equipo definido por cada sociedad (Intrasociedad)

Trabajo individual (cada sociedad o agremiación)

Trabajo intersociedades (comités)



1. Actualizando CUPS

2. Identificación de procedimientos de cada sociedad .
3. Agrupación de procedimientos por afinidad, definición y descripción del procedimiento base o de referencia de cada grupo.
4. Valoración del trabajo de los profesionales de la salud en cada procedimiento base.
5. Valoración del trabajo de los profesionales de la salud de todos procedimientos del grupo en relación con el procedimiento base.
6. Definición de equivalencias entre procedimientos base y definición de procedimientos vínculo (al menos dos)



Trabajo colectivo. Equipo definido por cada sociedad (Intrasociedad)

Trabajo individual (cada sociedad o agremiación)

Trabajo intersociedades (comités)



- **Actualización de la CUPS**

- ❖ **Se cuenta con un procedimiento metodológico para la actualización de CUPS, formalizado mediante Resolución 3804 de 2016.**

FASES

Fase de nominación: los ciudadanos y demás actores del sistema presentan las nominaciones de procedimientos en salud, teniendo en cuenta: a. Tener evidencia científica de seguridad, eficacia y efectividad clínica. b. El procedimiento no deba ser prestado en el exterior. c. No estar en fase de experimentación.

Primer trimestre de cada vigencia.

Fase de análisis técnico-científico: las mesas de análisis técnico-científico deberá contar con la presencia de los delegados con los expertos del país de acuerdo con la especialidad correspondiente, analizando cada una de las nominaciones presentadas en el primer trimestre de cada vigencia.

Fase de decisión y seguimiento integral: se adopta la respectiva decisión frente a la actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS y su trazabilidad.

- **Actualización de la CUPS**

- ❖ **Proceso dinámico: Participación de Sociedades Científicas**
- ❖ **Nuevas actualizaciones según metodología**
- ❖ **Resumen de movimientos:**

Movimientos	Total
Se mantiene desde el origen	3.293
Desagregados	4.370
Eliminados	540
Agrupados	140
Reubicados	179
Modificación de descripción	1.747
Nuevos	1.790
Total movimientos	12.059

Resolución 1896 de 2001

7.391 descripciones



Resoluciones 5171 de 2017 y 483 de 2018

9.761 descripciones.



1. **Actualizando CUPS**
2. **Identificación de procedimientos de cada sociedad .**
3. **Agrupación de procedimientos por afinidad, definición y descripción del procedimiento base o de referencia de cada grupo.**
4. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud en cada procedimiento base.**
5. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud de todos procedimientos del grupo en relación con el procedimiento base.**
6. **Definición de equivalencias entre procedimientos base y definición de procedimientos vínculo (al menos dos)**

Trabajo colectivo. Equipo definido por cada sociedad (Intrasociedad)

Trabajo individual (cada sociedad o agremiación)

Trabajo intersociedades (comités)



W Trabajo de los profesionales de la salud = tiempo, habilidad técnica, esfuerzo mental y estrés

2. TRABAJO: Sociedades y agremiaciones

Cada Sociedad o gremio,
DESCARGA ARCHIVO
SIREPS (tarifas)
A partir del 17 de agosto

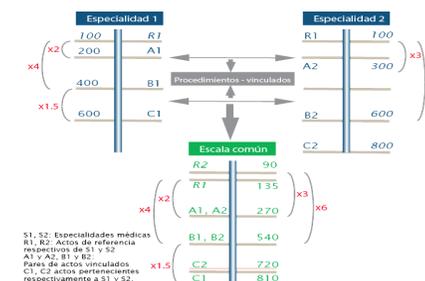
[Ventana](#)

Botón: Descarga
[Archivo.zip](#)

Cada Sociedad o gremio,
CARGA ARCHIVO
SIREPS (tarifas)
30 Octubre

Botón: Carga
[Archivo diligenciado](#)
Hay PROCESO validación

Metodología



Las sociedades o agremiaciones
definen su grupo de trabajo.

Registran en Mivoxpopuli
Lo delegados
“En eventos
Ordenamiento”



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

W Trabajo de los profesionales de la salud = tiempo, habilidad técnica, esfuerzo mental y estrés

2. TRABAJO: Sociedades y agremiaciones

Cada Sociedad o gremio,
DESCARGA ARCHIVO
SIREPS (tarifas)

Código CUPS	Descripción	Frecuencia	Procedimiento que hace
XXXX01	Aaaa fff	50	X
XXXX02	Bbbb Ggg	100	X
XXXX03	Cccc hhh	1	

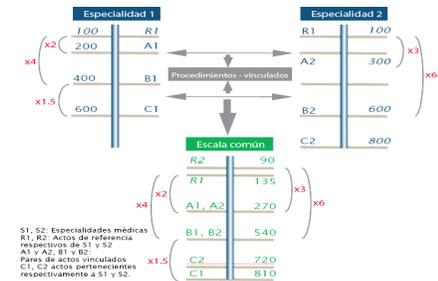
Cada Sociedad o gremio, debe seleccionar los procedimientos que realiza.

A partir del 17 de agosto

Hasta el 30 de Octubre.

CARGA ARCHIVO diligenciado
SIREPS (tarifas)

Metodología



Las sociedades o agremiaciones definen su grupo de trabajo.

Registran en Mivoxpopuli

Lo delegados

“En eventos

Ordenamiento”



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINSALUD

1. **Actualizando CUPS**
2. **Identificación de procedimientos de cada sociedad .**
3. **Agrupación de procedimientos por afinidad, definición y descripción del procedimiento base o de referencia de cada grupo.**
4. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud en cada procedimiento base.**
5. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud de todos procedimientos del grupo en relación con el procedimiento base.**
6. **Definición de equivalencias entre procedimientos base y definición de procedimientos vínculo (al menos dos)**

Trabajo colectivo. Equipo definido por cada sociedad (Intrasociedad)

Trabajo individual (cada sociedad o agremiación)

Trabajo intersociedades (comités)

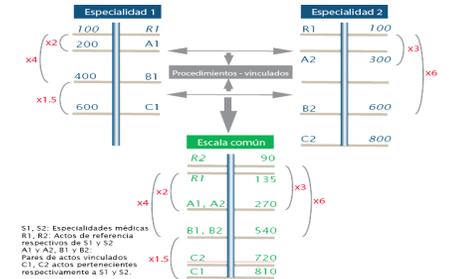


W Trabajo de los profesionales de la salud = tiempo, habilidad técnica, esfuerzo mental y estrés

TRABAJO: MINSALUD - DRBCYT

MINSALUD consolida y dispone en SIREPS las herramientas de trabajo
23 Noviembre

Metodología



Código Cups	Descripción	Frecuencia	Grupo procedimiento	Procedimiento base	Caso clínico	Tiempo Minutos base
xxxx01	Aaaa fff	50				
xxxx02	Bbbb Ggg	100				
xxxx05		20				
zzzz01		50				
yyyy01		600				
yyyy02		5				

Sociedades o agremiaciones
Descargan archivo y encuesta (W) de SIREPS
Entre el 23 y el 30 Noviembre.



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINSALUD

1. **Actualizando CUPS**
2. **Identificación de procedimientos de cada sociedad .**
3. **Agrupación de procedimientos por afinidad, definición y descripción del procedimiento base o de referencia de cada grupo.**
4. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud en cada procedimiento base.**
5. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud de todos procedimientos del grupo en relación con el procedimiento base.**
6. **Definición de equivalencias entre procedimientos base y definición de procedimientos vínculo (al menos dos)**

Trabajo colectivo. Equipo definido por cada sociedad (Intrasociedad)

Trabajo individual (cada sociedad o agremiación)

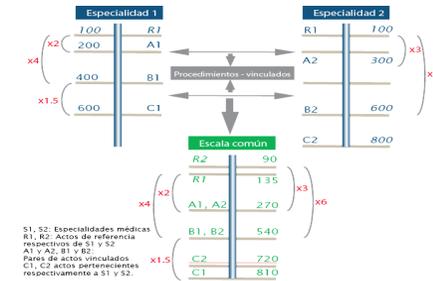
Trabajo intersociedades (comités)



3. TRABAJO: Sociedades y agremiaciones

Cada Sociedad o gremio, carga a través de SIREPS el diligenciamiento de trabajo clínico
Del 1 de diciembre al 28 de febrero

Metodología



Código Cups	Descripción	Frec.	Grupo procedimiento	Procedimiento base	Caso clínico	Tiempo minutos base	Percepción Wt
xxxx01		50	1	0		0	
xxxx02		100	1	1	Xxxx	360	
xxxx05		20	2	0		0	
zzzz01		50	2	0		0	
yyyy01		600	2	1	Xxxxxx	30	
yyyy02		5	2	0		0	

3. TRABAJO: Sociedades y agremiaciones

Pautas para conformar los **grupos de procedimientos**

- **Los procedimientos sean afines.**
 - **Que la estructura anatómica estuviera relacionada topográficamente** (ejemplo: todos los huesos del miembro superior)
 - **Que los procedimientos tuvieran la misma finalidad o función de realización;** por ejemplo: las biopsias, las escisiones, las extracciones, los drenajes.
 - **Bien por el abordaje o bien por la complejidad implicada** (ejemplo: reducciones abiertas, colocación de tutores externos, artrodesis, procedimientos en fracturas abiertas)

3. TRABAJO: Sociedades y agremiaciones

Pautas para seleccionar **procedimiento base**:

- Debe ser frecuente
- Debe ser común para la especialidad
- Debe ser de complejidad media
- Debe haber sido realizado al menos una vez por los participantes del grupo.

Número de participantes mínimo 5 profesionales (regional)

Descripción del **caso clínico del procedimiento base**

- Ser un caso típico este presente en más del 50% de las veces
- No tener comorbilidades que no se relacionen directamente con el diagnóstico
- Plantear al especialista un escenario común para la ejecución del procedimiento.
- Excluir el realizarlo en edades extremas.

(Propósito: facilitar la calificación individual)



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

Tiempo: ¿Cuántos minutos en promedio tarda la realización del Procedimiento Base?

Procedimientos no quirúrgicos: Mide el tiempo desde que inicia el procedimiento hasta su terminación.

- **Consulta:** desde que inicia la anamnesis hasta la entrega de recomendaciones y ordenes al paciente.
- **En imagenología:** el tiempo que tarda la toma de la imagen, incluyendo el tiempo de lectura.

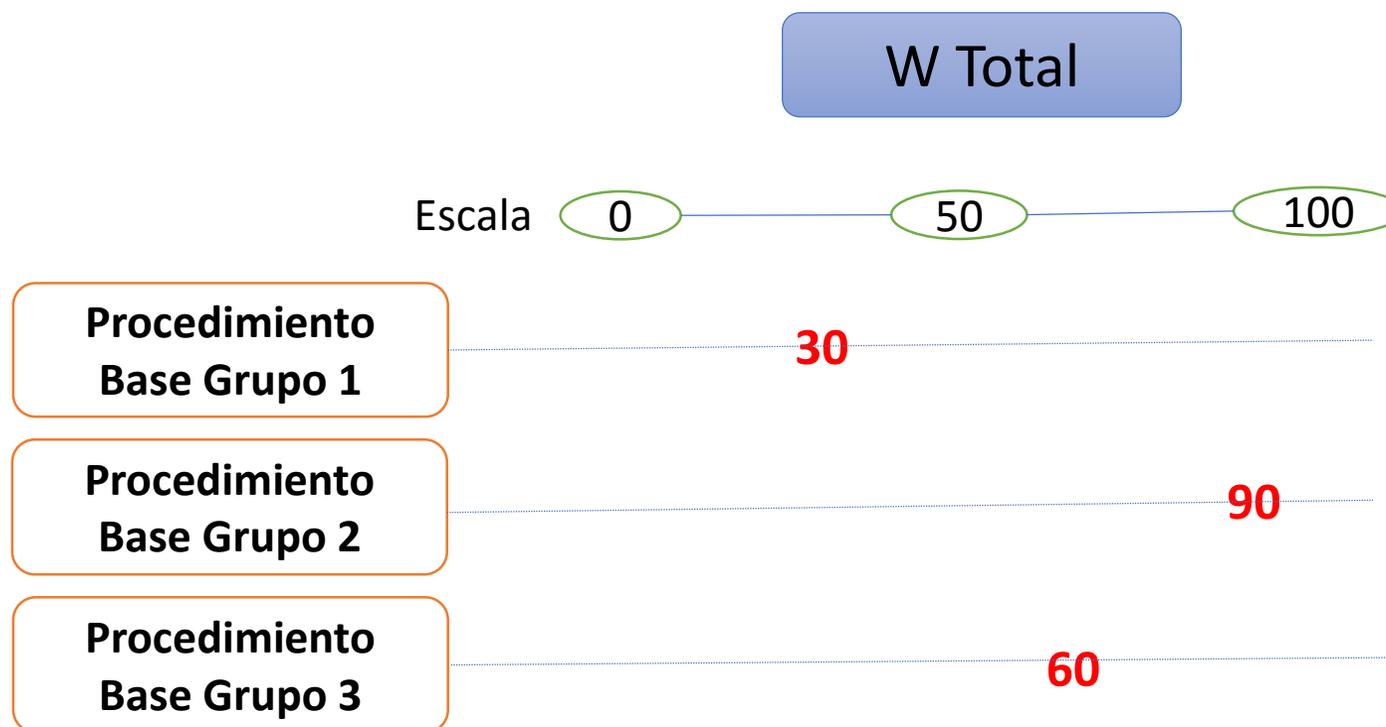
Procedimientos quirúrgicos: Mide el tiempo intraquirúrgico en minutos.

- **Con incisiones:** de piel a piel
- **Endoscópicos:** desde la incisión o la introducción del dispositivo médico a través del orificio natural hasta el cierre de la incisión o extracción del dispositivo médico.
- **Percutáneos:** desde la incisión o la punción del dispositivo médico a través de la piel hasta el cierre de la incisión o retiro del dispositivo médico.

3. TRABAJO: Sociedades y agremiaciones

Valoración subjetiva del trabajo clínico total del procedimiento base

W Total



1. **Actualizando CUPS**
2. **Identificación de procedimientos de cada sociedad .**
3. **Agrupación de procedimientos por afinidad, definición y descripción del procedimiento base o de referencia de cada grupo.**
4. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud en cada procedimiento base.**
5. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud de todos procedimientos del grupo en relación con el procedimiento base.**
6. **Definición de equivalencias entre procedimientos base y definición de procedimientos vínculo (al menos dos)**

Trabajo colectivo. Equipo definido por cada sociedad (Intrasociedad)

Trabajo individual (cada sociedad o agremiación)

Trabajo intersociedades (comités)



3. TRABAJO: Sociedades y agremiaciones

Diligenciar una encuesta con tres bloques para cada procedimiento base

Habilidad técnica

- Grado de conocimiento, destreza manual y experiencia del profesional de la salud para practicar el procedimiento y solventar de manera efectiva las dificultades que surjan en la práctica.

Esfuerzo mental

- Demanda cognitiva o proceso mental usado por el profesional para dirigir cada paso necesario para la realización del procedimiento después de su inicio.
- Intervienen niveles de concentración y precisión con respecto a:
 - Cantidad de datos clínicos a considerar
 - Cantidad y complejidad de información clínica a revisar y analiza
 - Rango y urgencia de las posibles conductas
- Interacción de los anteriores factores

Estrés

- Respuesta del profesional de la salud en relación con su desempeño en la realización del procedimiento en salud.
- La respuesta se relaciona con la complejidad del procedimiento y el desenlace en el paciente.



Habilidad técnica: Procedimiento base

Calificación de la habilidad técnica asociada al procedimiento base					
¿Cuáles de las siguientes son habilidades técnicas ineludibles para realizar el Procedimiento Base ?		Si / No	¿Cuál?	Tiempo mínimo y dedicación al aprendizaje (en semanas)	Número promedio de veces en que se realiza el procedimiento en un año
1	Titulación de pregrado				
2	Titulación de especialización clínica				
3	Titulación de especialización clínica				
4	Titulación de especialización clínica				
5	Titulación de sub-especialización clínica				
6	Capacitación o estudio no formal que incluyen la formación de nivel práctico				
7	Entrenamiento específico adicional a los títulos de pregrado o posgrado				
8	Experiencia profesional específica				

Fuente: elaboración propia DRBCT, 2018.



2. Estrés: Bocanument y Berjan. procedimiento base

Calificación del estrés asociado al Procedimiento Base					
Con respecto a las alteraciones físicas y psíquicas asociadas a situaciones estresantes antes, durante y después de realizar el Procedimiento Base, responda:		Casi siempre	La gran mayoría de veces	Algunas veces	Casi nunca
1	¿Le duele la cabeza?				
2	¿Siente mareos?				
3	¿Siente ganas de vomitar?				
4	¿Siente gastritis?				
5	¿Le da diarrea?				
6	¿Le da estreñimiento?				
7	¿Le duele la espalda?				
8	¿Siente cansancio muscular?				
9	¿Le tiemblan las manos?				
10	¿Le sudan las manos?				

Fuente: Adaptado de Bocanument y Berjan, 1993



2. Estrés: Bocanument y Berjan. procedimiento base

Calificación del estrés asociado al Procedimiento Base					
Con respecto a las alteraciones físicas y psíquicas asociadas a situaciones estresantes antes, durante y después de realizar el Procedimiento Base, responda:		Casi siempre	La gran mayoría de veces	Algunas veces	Casi nunca
11	¿Siente palpitaciones?				
12	¿Siente rasquiña o picazón en la piel?				
13	¿Se le brota la piel?				
14	¿Siente gastritis?				
15	¿Le dan muchos deseos de dormir?				
16	¿Se le quita el apetito?				
17	¿Se le olvida hacer las cosas?				
18	¿No puede concentrarse en el procedimiento?				
19	¿Siente inseguridad?				
20	¿Siente temor pero no sabe a qué?				

Fuente: Adaptado de Bocanument y Berjan, 1993



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINSALUD

2. Estrés: Bocanument y Berjan. procedimiento base

Calificación del estrés asociado al Procedimiento Base					
Con respecto a las alteraciones físicas y psíquicas asociadas a situaciones estresantes antes, durante y después de realizar el Procedimiento Base, responda:		Casi siempre	La gran mayoría de veces	Algunas veces	Casi nunca
21	¿Se siente incapaz para solucionar sus problemas?				
22	¿Se vuelve agresivo?				
23	¿Se irrita o enoja con facilidad?				
24	¿Se desespera?				
25	¿Siente tristeza?				
26	¿Se siente amenazado por algo?				
27	¿Se siente frustrado?				
28	¿Siente deseos de llorar?				
29	¿Se deprime?				
30	¿Siente que su actividad sexual le disminuye?				

Fuente: Adaptado de Bocanument y Berjan, 1993



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINSALUD

2. Estrés: Bocanument y Berjan. procedimiento base

Calificación del estrés asociado al Procedimiento Base					
Con respecto a las alteraciones físicas y psíquicas asociadas a situaciones estresantes antes, durante y después de realizar el Procedimiento Base, responda:		Casi siempre	La gran mayoría de veces	Algunas veces	Casi nunca
31	¿No puede hacer las cosas?				
32	¿Se ausenta del trabajo?				
33	¿No se puede estar quieto?				
34	¿Tiene dificultades para comunicarse con los demás?				
35	¿Fuma mucho?				
36	¿consume bebidas alcohólicas en exceso?				
37	¿Consumo medicamentos para tranquilizarse?				
38	¿Se accidenta con frecuencia?				

Fuente: Adaptado de Bocanument y Berjan, 1993



Esfuerzo mental: ESCAM. Procedimiento base (mínimo 5 individuales)

Calificación del esfuerzo mental asociado al Procedimiento Base						
No.	Cuando lleva a cabo el <u>Procedimiento Base</u> se siente	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
1	El nivel de esfuerzo o concentración mental que requiere el procedimiento es					
2	La cantidad de memorización de información y material que requiere el procedimiento es					
3	El grado de complejidad de la información que debo utilizar en el procedimiento es					
4	El nivel de esfuerzo mental necesario para evitar errores en el procedimiento es					
5	El nivel de ambigüedad de las decisiones a tomar en el procedimiento es					
6	Habitualmente durante la realización del procedimiento el número de decisiones que debo tomar es					
7	El tiempo asignado a cada una de las tareas que realizo en el procedimiento es					
8	El tiempo del que dispongo para realizar el procedimiento es					
9	El tiempo del que dispongo para tomar decisiones exigidas por el procedimiento es					
10	Es posible variar mi ritmo de trabajo sin perturbar el trabajo de mi grupo					

Unidad de medida: análisis factorial.



Esfuerzo mental: ESCAM. Procedimiento base

Calificación del esfuerzo mental asociado al Procedimiento Base						
No.	Cuando lleva a cabo el <u>Procedimiento Base</u> se siente	Muy Bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy Alto
11	Además de las pausas reglamentarias el trabajo me permite hacer una pausa cuando lo necesito.					
12	En el procedimiento puedo cometer algún error sin que incida en forma crítica sobre los resultados de este					
13	El número de interrupciones (llamas telefónicas, atención de público, otros compañeros solicitando información, etcétera) durante la realización del procedimiento base es					
14	La cantidad de dificultades que se producen cuando se introducen nuevas tareas al momento de realizar el procedimiento base es					
15	Para el procedimiento base tengo que hacer más de una tarea a la vez					
16	Las tareas que realizo en el procedimiento requieren una alta concentración debido a la cantidad de distracción o ruido de fondo					
17	Al final del procedimiento me siento agotado					
18	Me siento agotado cuando me levanto en la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo					
19	El cansancio que me produce el procedimiento es					
20	Tengo dificultades para relajarme después del procedimiento base					

Fuente: adaptado de la Escala Subjetiva de Carga Mental - ESCAM
<http://www.redalyc.org/html/2313/231316499004/index.html>



Estrés Bocanument & Berjan

Presenta
BAJO
MEDIO
ALTO

Esfuerzo mental: ESCAM.

Percibe
BAJO
MEDIO
ALTO

ESCAM – Adaptación para medir el esfuerzo mental

Requisitos:

Verificar la confiabilidad del instrumento: Consistencia interna de las escalas – Alfa de Cronbach para el instrumento y por dimensión.

Verificar la validez del constructo – Análisis factorial.

Bocanument – Adaptación para medir el Estrés

Requisitos:

Verificar la confiabilidad del instrumento: Consistencia interna de las escalas – Alfa de Cronbach para el instrumento

Conformar dimensiones que permitan identificar asociaciones entre los ítems para verificar su consistencia - Análisis factorial



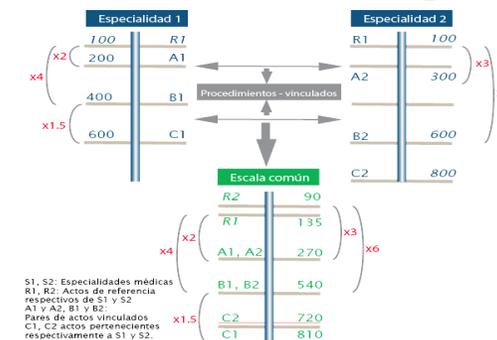
W Trabajo de los profesionales de la salud = tiempo, habilidad técnica, esfuerzo mental y estrés

3. TRABAJO: Sociedades y agremiaciones

Cada sociedad o agremiación envía los archivos diligenciados a través de la plataforma SIREPS.
Hasta 28 de febrero

Se diligencian las herramientas que disponga el MSPS: con grupo de afinidad, el procedimiento base seleccionado por cada grupo, la descripción del caso clínico, la calificación del tiempo para el procedimiento base y la estimación del trabajo clínico total del procedimiento base y encuestas con la calificación de la habilidad técnica, el esfuerzo mental y el estrés para cada uno de los procedimientos base.

Metodología



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINSALUD

W Trabajo de los profesionales de la salud = tiempo, habilidad técnica, esfuerzo mental y estrés

TRABAJO: Minsalud

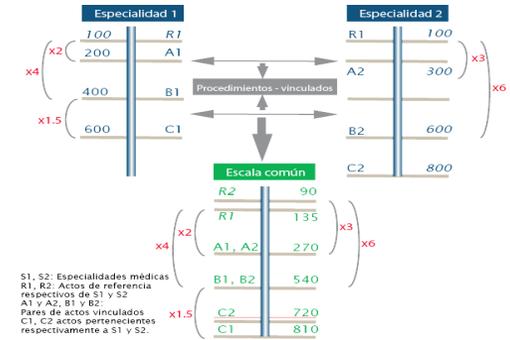
Consolidación
Validación
Retroalimentación

Preparación instrumentos para encuestas individuales

Envía a sociedades científicas y agremiaciones para diligenciamiento por parte de los respectivos miembros

Abril 2019

Metodología



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

1. **Actualizando CUPS**
2. **Identificación de procedimientos de cada sociedad .**
3. **Agrupación de procedimientos por afinidad, definición y descripción del procedimiento base o de referencia de cada grupo.**
4. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud en cada procedimiento base.**
5. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud de todos procedimientos del grupo en relación con el procedimiento base.**
6. **Definición de equivalencias entre procedimientos base y definición de procedimientos vínculo (al menos dos)**

Trabajo colectivo. Equipo definido por cada sociedad (Intrasociedad)

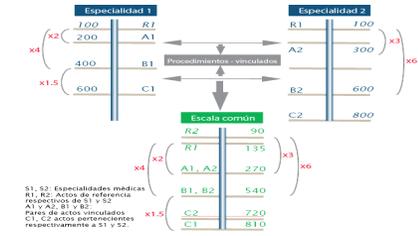
Trabajo individual (cada sociedad o agremiación)

Trabajo intersociedades (comités)



5. TRABAJO: Sociedades (individual)

1. Calificación de la variable tiempo: **¿Cuántos minutos en promedio tarda la realización del Procedimiento?**



TIEMPO

MAX. X MIN.

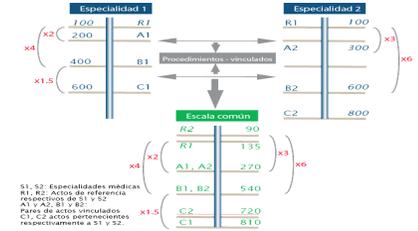
Procedimiento 1	X
Procedimiento 2	X
Procedimiento 3	X
Procedimiento 4	X

Calificación del elemento tiempo en el Procedimiento Base

Descripción del **caso clínico** del procedimiento base

5. TRABAJO: Sociedades (individual)

2. Calificación de la variable habilidad técnica



HABILIDAD TÉCNICA

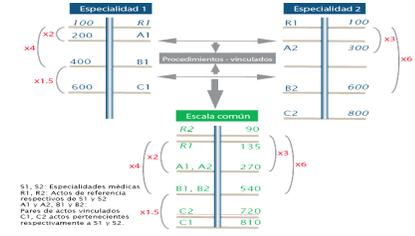
	MAX.	X	MIN.
Procedimiento 1		X	
Procedimiento 2		X	
Procedimiento 3		X	
Procedimiento 4		X	

Calificación del elemento habilidad técnica en el Procedimiento Base

Descripción del **caso clínico del procedimiento base**

5. TRABAJO: Sociedades (individual)

3. Calificación de la variable esfuerzo mental



ESFUERZO MENTAL

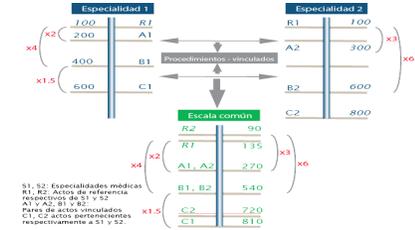
	MAX.	X	MIN.
Procedimiento 1		X	
Procedimiento 2		X	
Procedimiento 3		X	
Procedimiento 4			X

Calificación del elemento esfuerzo mental en el Procedimiento Base

Descripción del **caso clínico del procedimiento base**

5. TRABAJO: Sociedades (individual)

4. Calificación de la variable estrés



ESTRÉS

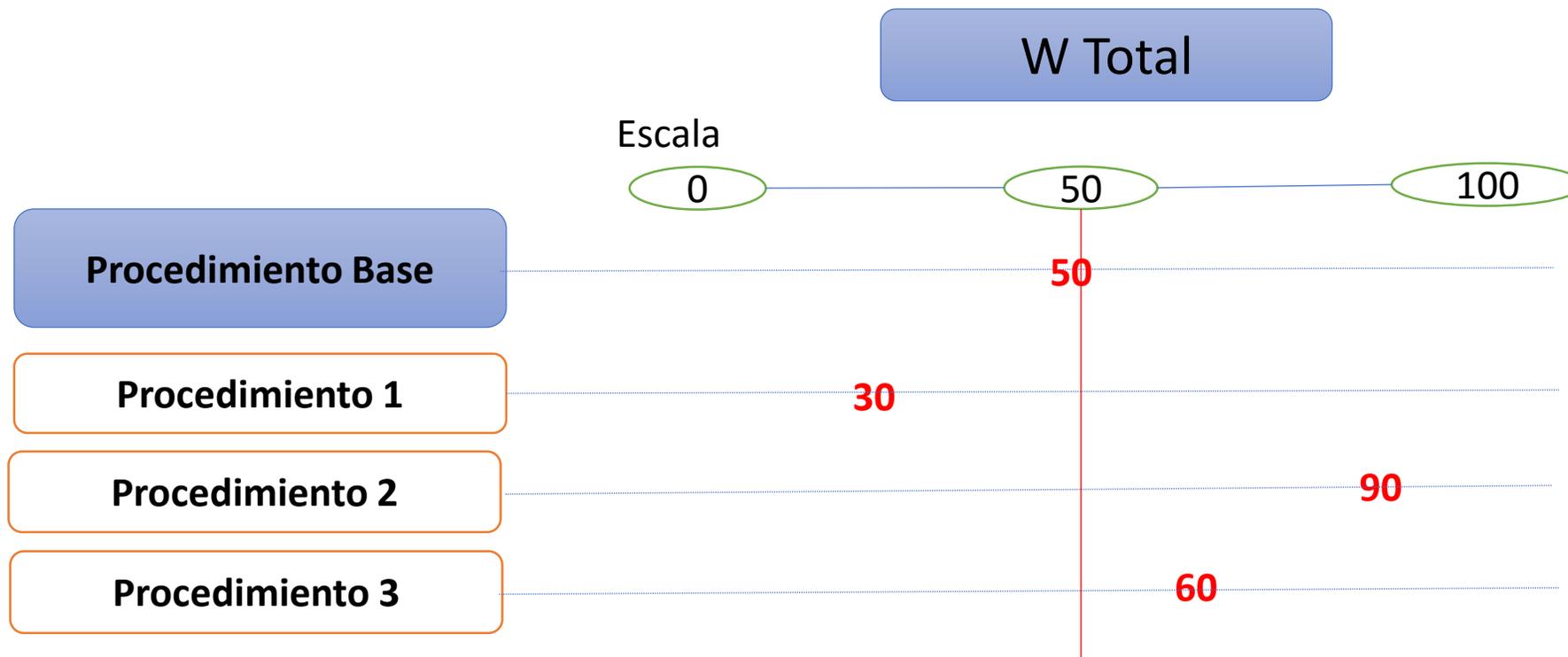
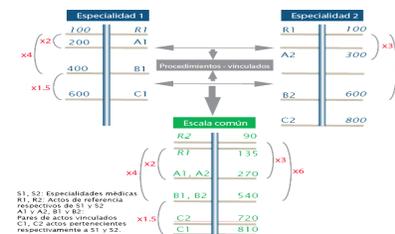
	MAX.	X	MIN.
Procedimiento 1		X	
Procedimiento 2		X	
Procedimiento 3			X
Procedimiento 4		X	

Calificación del elemento estrés en el Procedimiento Base

Descripción del **caso clínico** del procedimiento base

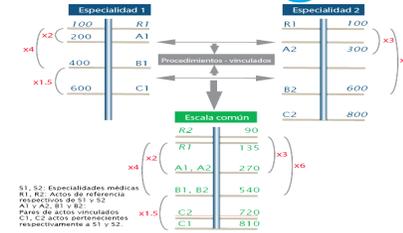
5. TRABAJO: Sociedades (individual)

1. Valoración del trabajo clínico total en cada procedimiento, teniendo en cuenta el procedimiento base



5. TRABAJO: Sociedades (individual)

Ponderación de componentes del trabajo clínico - Metodología: Análisis jerarquico ACDM



PONDERACIÓN DE CRITERIOS PARA VALORAR W MEDICO											
PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DE TARIFAS											
PARTICIPACIÓN DE ACTORES											
CIUDAD	DEPARTAMENTO					NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
FECHA	NOMBRE DEL DELEGADO										
	COLUMNA A										COLUMNA B
1	ESTRÉS	4	3	2	1	0	1	2	3	4	HABILIDAD TECNICA
IGUAL PESO											
2	ESTRESS	4	3	2	1	0	1	2	3	4	ESFUERZO MENTAL
IGUAL PESO											
3	ESTRESS	4	3	2	1	0	1	2	3	4	TIEMPO
IGUAL PESO											
4	HABILIDAD TECNICA	4	3	2	1	0	1	2	3	4	EFUERZO MENTAL
IGUAL PESO											
5	HABILIDAD TECNICA	4	3	2	1	0	1	2	3	4	TIEMPO
IGUAL PESO											
6	EFUERZO MENTAL	4	3	2	1	0	1	2	3	4	TIEMPO
IGUAL PESO											

1. **Actualizando CUPS**
2. **Identificación de procedimientos de cada sociedad .**
3. **Agrupación de procedimientos por afinidad, definición y descripción del procedimiento base o de referencia de cada grupo.**
4. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud en cada procedimiento base.**
5. **Valoración del trabajo de los profesionales de la salud de todos procedimientos del grupo en relación con el procedimiento base.**
6. **Definición de equivalencias entre procedimientos base y definición de procedimientos vínculo (al menos dos)**



Trabajo colectivo. Equipo definido por cada sociedad (Intrasociedad)

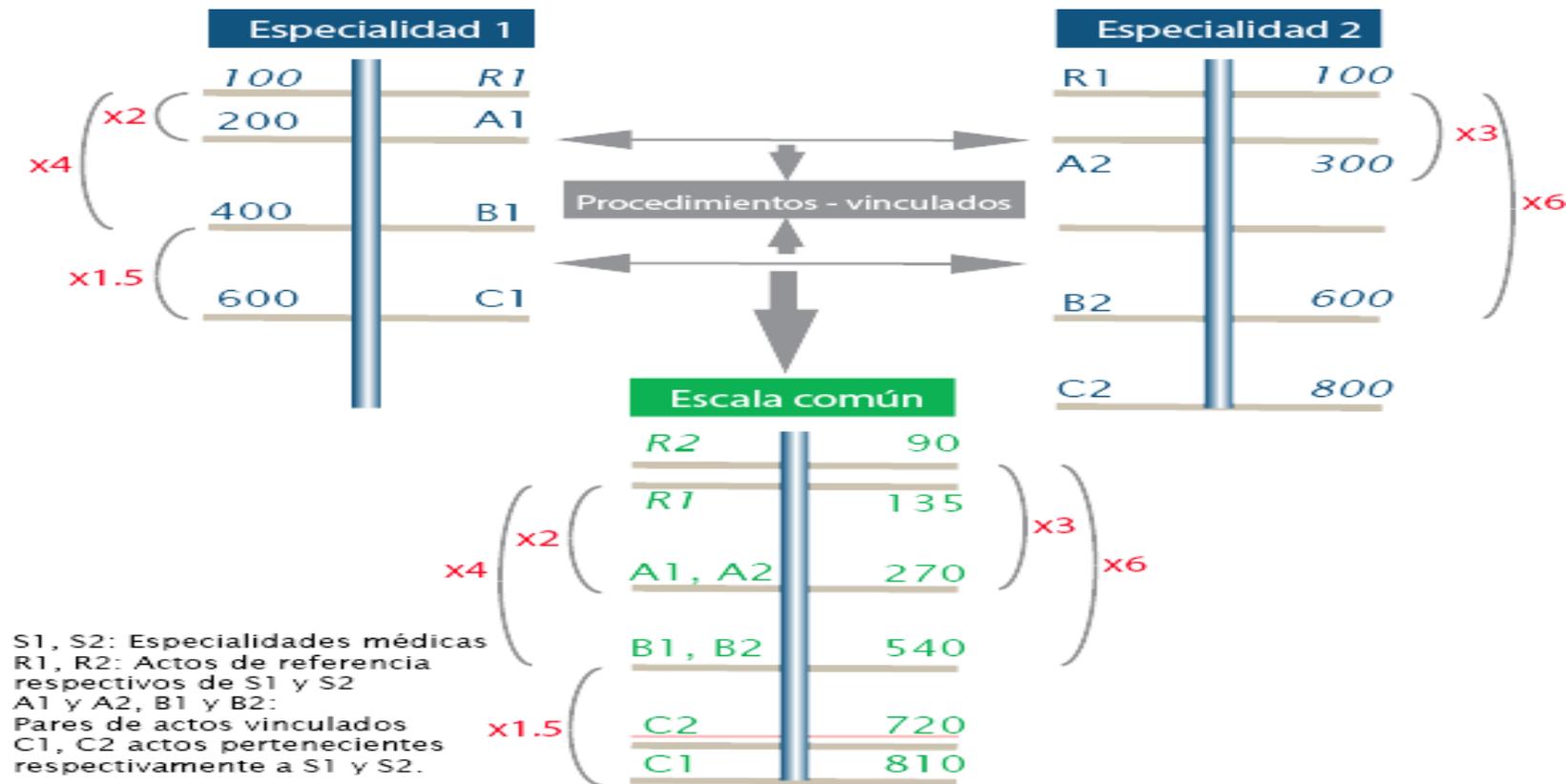
Trabajo individual (cada sociedad o agremiación)

Trabajo intersociedades (comités)



6. TRABAJO: Sociedades (Inter sociedades – comité)

1. Discusión y calificación de procedimientos base inter sociedades



Definición de la fórmula operacional para el cálculo de la tarifa basado en las unidades relativas, adaptado para Colombia:

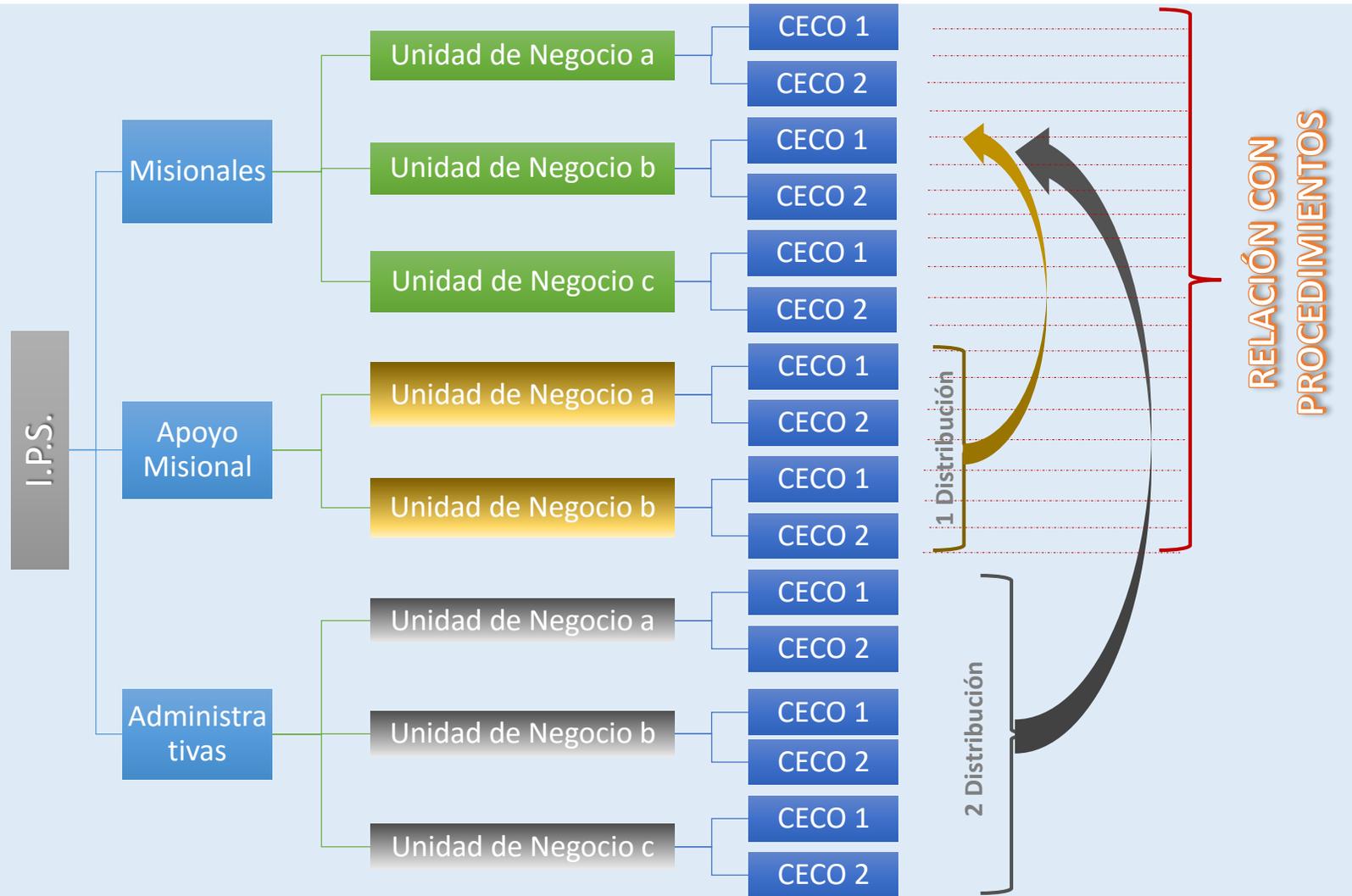
$$Tarifa(i) = W(i) * FC + Costos(i)$$

Donde:

- **W** Trabajo de los profesionales de la salud = tiempo, habilidad técnica, esfuerzo mental y estrés
- **FC** es el factor que convierte dichas unidades de calificación relativas a valor monetario.
- **Costos:** centro de costos, uso de infraestructura, materiales e insumos, equipos y otros.

Metodología de Costos para IPS

Se propone un modelo deductivo que inicia por unidades funcionales o de negocio, que se desagregan en centros de costo – CECOS, los cuales se relacionan con la producción en términos de procedimientos y servicios de salud.



Estructura de la tarifa

Definición de la forma funcional para el cálculo de la tarifa basado en las unidades relativas adaptado para Colombia:

$$Tarifa(i) = W(i) * FC + Costos(i)$$

Donde:

- ***W*** Trabajo de los profesionales de la salud = tiempo, habilidad técnica, esfuerzo mental y estrés
- **FC es el factor que convierte dichas unidades de calificación relativas a valor monetario.**
- **Costos:** centro de costos, uso de infraestructura, materiales e insumos, equipos y otros.



Teniendo en cuenta la estructura de la tarifa:

$$\text{Tarifa} = W * FC + \text{costos}$$

$$T_i = W_i * FC + CP_i$$

T_i es la tarifa del procedimiento i

Si se suman todos los procedimientos y se multiplica por su frecuencia, se tiene:

$$\sum_i T_i f_i = FC * \sum_i W_i f_i + \sum_i CP_i f_i$$

Despejando FC ,

$$FC = \frac{\sum_i T_i f_i - \sum_i CP_i f_i}{\sum_i W_i f_i}$$

Donde,

$\sum_i W_i f_i$ es el gasto total

CARACTERÍSTICAS

- Se puede calcular uno, dos o varios factores de conversión, para mitigar el efecto redistributivo.
- El uso de múltiples factores hace que el proceso del cálculo sea más transparente y coherente y permite el adaptar los precios al perfil de sus usuarios y de su mezcla de servicios.
- Sin la posibilidad de determinar de forma fiable el volumen de los servicios es difícil garantizar la neutralidad presupuestal o la constancia en el nivel del gasto (desembolsos).
- Bajo el supuesto de que no hay cambios en la casuística (mezcla de servicios), los datos exhaustivos de frecuencias y de cargos, permiten determinar el factor de tal forma, que el gasto permanezca constante.

ESTIMACIÓN DE LOS FACTORES

- A partir de una muestra representativa de procedimientos, determinar una distribución de pagos para cada división.
- Fijar el percentil para cada división V_C . Si la tendencia distributiva es inflacionaria se escoge el percentil mas bajo, de lo contrario se escoge entre los valores más altos de la distribución.
- Tomando los procedimientos de la muestra, se despeja el factor:

$$V_C = W_i * FC_{D,i} + CP_i$$

$$FC_{D,i} = \frac{V_C - CP_i}{W_i}$$



Trabajo con Sociedades y agremiaciones de profesionales de la salud.

Canal de comunicación:

Todas las inquietudes podrán ser enviadas al correo subdireccioncostos@minsalud.gov.co



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

GRACIAS



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

