



**ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.**

Secretaría
Salud

DIRECCION DE PLANEACION Y SISTEMAS

GRUPO DE INFORMACION

Bogotá, Junio de 2008

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS



BOGOTÁ
RIPS CON CALIDAD EN EL 2008

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

Jairo Villamil Hernández

GRUPO DE INFORMACIÓN

ORLANDO ROMERO

SANDRA AREVALO

SUSANA ANGEL

FRANCISCO BERNAL

JOSE MANUEL PALACIOS

GUERLY LÓPEZ

JAIRO AGUILERA LÓPEZ

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS

GRUPO DE INFORMACIÓN

TELEFONO: 3649090

EXT 9725 – 9667

<http://www.saludcapital.gov.co>

RESOLUCION 3374 DE 2000

EN LA PRESTACION DE LAS ATENCIONES DE SALUD, SE NECESITA UNIFICAR UN LENGUAJE Y UN SISTEMA DE COMUNICACIÓN, Y OPTIMIZAR EL REGISTRO DE CADA PARTICIPANTE EN EL PROCESO DE ATENCIÓN, PARA GANAR TIEMPO, AHORRAR DINERO, Y GARANTIZAR TANTO CALIDAD DE INFORMACIÓN COMO DE CONOCIMIENTO.

ANTECEDENTES RIPS

**Resolución N° 2542 del 2 de julio de 1998,
expedida por el Ministerio de Salud (SIIS)**

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

ANTECEDENTES RIPS

Resolución N° 2546 del 17 de julio
de 1998, expedida por el
Ministerio de Salud (RIA)

“Por la cual se dictan los lineamientos en
relación con el Registro Individual de
Atención”.

QUE ES EL RIPS?

La Resolución 3374 de 2000 Define: “Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS -: Es el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicio”

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD RIPS

- Se hace un registro por cada persona atendida
- Se hace un registro por cada atención que se preste al usuario
- Se define que tipos de datos componen el registro
- Se define un campo para cada dato de cada registro
- Se normativa el tipo de dato, los valores, las unidades, las longitudes, el orden y la forma de consignación informática.

REGISTRO INDIVIDUAL

En la BASE DE DATOS, el usuario solo aparece una vez y relacionados al dato “usuario” van todos los datos de atenciones prestadas por ese prestador, con las fechas en que fueron prestadas.

QUIENES DEBEN REPORTAR LOS RIPS

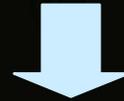
Los prestadores institucionales (IPS), los profesionales independientes y los grupos de práctica asociada, que presten atenciones de: detección temprana, protección específica, prevención general, diagnóstico de patologías o estados de salud, tratamiento o rehabilitación, que se encuentren en los planes de beneficios del SGSSS, por fuera de éstos o en forma particular.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL



QUÉ CONTIENE EL REGISTRO INDIVIDUAL?

La atención: CONSULTA



- Código de la consulta
- Fecha de realización
- Finalidad
- Motivo que la originó:
 - Enfermedad (DX)
 - Causa externa

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Documento de Identif
Nombres y apellidos
Edad
Sexo
Tipo afiliado
EAPB
Lugar de residencia



IDENTIFICACION DEL PRESTADOR

Código de habilitación
Nombre
Nit



Valor

QUIEN REGISTRA?



ADMISIÓN DEL USUARIO



ATENCIÓN AL USUARIO

Evaluación socio-económica provisional



CAJERO

Valor de la atención
Valor del copago

LA ATENCIÓN: QUIEN LA REGISTRA? LOS PROFESIONALES DE LA SALUD



POR QUÉ EL REGISTRO DE LA ATENCIÓN



El registro de las condiciones del paciente, y de las atenciones prestadas para prevenir, detectar tempranamente o tratar las enfermedades, es una actividad inmanente al cuidado de la salud.

Todos los prestadores son responsables ante el SGSSS de construir el conocimiento sobre las características de su población objetivo, del perfil de salud y de los servicios de salud que reciban, en razón de una relación contractual y/o de una responsabilidad ética y social.

FLUJO DE DATOS EN EL SGSSS

PRESTADORES



ENTIDAD ADMINISTRADORA



Alcaldía

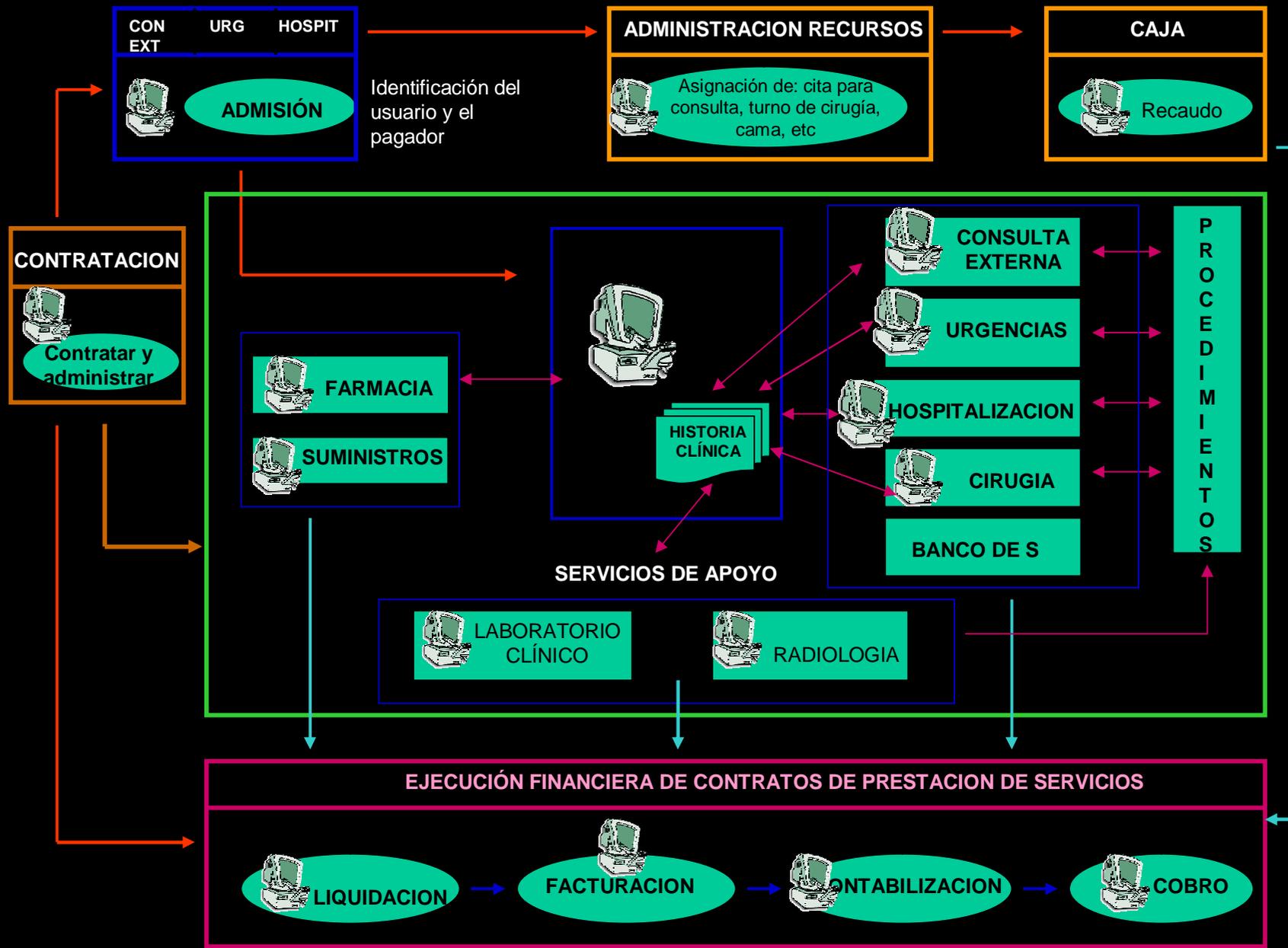


ENTE TERRITORIAL



MIN PROTECCION S.

PROCESOS VS SISTEMA DE INFORMACION





**ES HORA DE
ENTENDERNOS:
UNIFICAR Y
ESTANDARIZAR**

QUIEN UNIFICA

LOS ORGANOS DE DIRECCIÓN Y REGULACIÓN DEL SGSSS

CNSSS
MINISTERIO DE LA
PROTECCIÓN SOCIAL

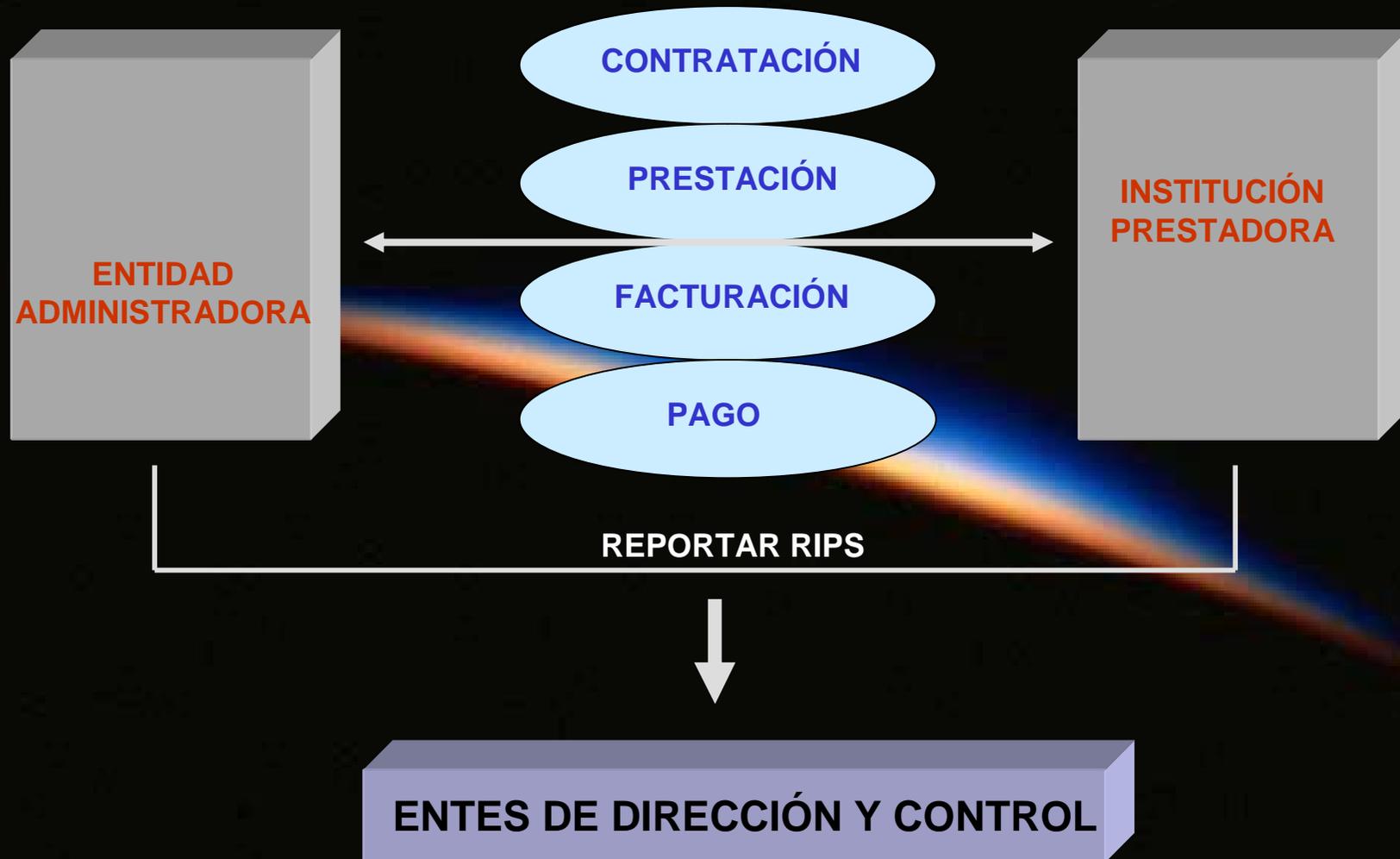
NORMAS

- RESOLUCIÓN 3374/2000:
- Establece Datos Básicos y estructura: RIPS
- RESOLUCIÓN 1895/2001: Adopta codificación CIE 10
- RESOLUCIÓN 1896/2001: Adopta codificación CUPS
- ACUERDO 236/2006; 282/2004 Y 228 DEL 2002
- DECRETO 4747 DE 2007
- CIRCULAR EXTERNA DEL VICEMINISTRO TECNICO MIN PROTECCION SOCIAL

QUÉ SE UNIFICA

1. Un conjunto de datos básicos
2. La denominación de dichos datos
3. Los sistemas de codificación
4. Los valores que puede adoptar el dato o variable en ese sistema
5. El tipo de dato (para el sistema automatizado)
6. La longitud máxima permitida
7. El orden de las variables
8. Los signos de separación (separadores: comas, puntos)
9. Los formatos: fechas

CARACTERÍSTICAS DEL RIPS



POR QUÉ EL RIPS



IPS

FACTURAR →

REPORTAR

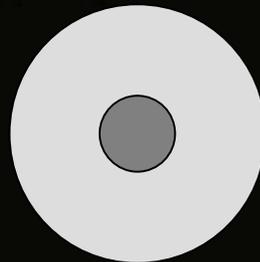
CLINICA SANTA MARIA
NIT
CODIGO HABILITACION

FACTURA N° 3522490

CONCEPTO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

FECHA:
FIRMA:

ESTRUCTURA UNICA



DETALLE

DATOS Y ESTRUCTURAS DEL REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- RIPS -

Los RIPS están compuestos por las siguientes CLASES:

1. Datos de Identificación
2. Datos del servicio de salud
3. Datos del motivo que origina la prestación del servicio
4. Datos del Valor de la atención

DATOS DE LA TRANSACCIÓN

Corresponden al encabezado de la factura

IDENTIFICAN:

- La entidad administradora
- El prestador
- La transacción

ARCHIVO AF

DATOS	LONG.	VALOR PERMITIDO
Código del prestador	10	
Razón social/ nombre del prestador	60	
Tipo de identificación	2	NI = identificación tributaria CC = cédula de ciudadanía CE = cédula de extranjería PA = pasaporte
Número de identificación	20	
Número de factura	20	
Fecha expedición factura	10	Dd/mm/aaaa
Fecha inicio	10	Dd/mm/aaaa
Fecha finalización	10	Dd/mm/aaaa
Código entidad administradora	6	
Nombre de la entidad administradora	30	
Número de contrato	15	
Plan de beneficios	30	
Número de la póliza	10	
Valor total copagos	15	
Valor de comisiones	15	
Valor total descuentos	15	
Valor neto a pagar por la entidad contratante	15	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

ARCHIVO US

DATOS		LONG	VALOR PERMITIDO
Tipo de identificación	documento de	2	CC = Cédula de ciudadanía CE = Cédula de extranjería PA = Pasaporte RC = Registro Civil TI = Tarjeta de identidad AS = Adulto sin identificación MS = Menor sin identificación NU = Número único de identificación
No de identificación		20	
Código de la EAPB		6	
Tipo de usuario		1	1 = Contributivo 2 = Subsidiado 3 = Vinculado 4 = Particular 5 = Otro
Primer apellido		30	
Segundo apellido		30	
Primer nombre		20	
Segundo nombre		20	
Edad		3	
Unidad de medida de la edad		1	1 = Años 2 = Meses 3 = Días
Sexo		1	M = Masculino F = Femenino
Código del departamento de residencia habitual		2	
Código del municipio de residencia habitual		3	
Zona de residencia habitual		1	U = Urbana R = Rural

DATOS DE LA ATENCIÓN

- CONSULTA (**ARCHIVO AC**)
- PROCEDIMIENTOS (**ARCHIVO AP**)
- URGENCIAS CON OBSERVACION (**ARCHIVO AU**)
- HOSPITALIZACIÓN (**ARCHIVO AH**)
- RECIEN NACIDOS (**ARCHIVO AN**)
- MEDICAMENTOS (**ARCHIVO AM**)
- OTROS SERVICIOS (**ARCHIVO AT**)

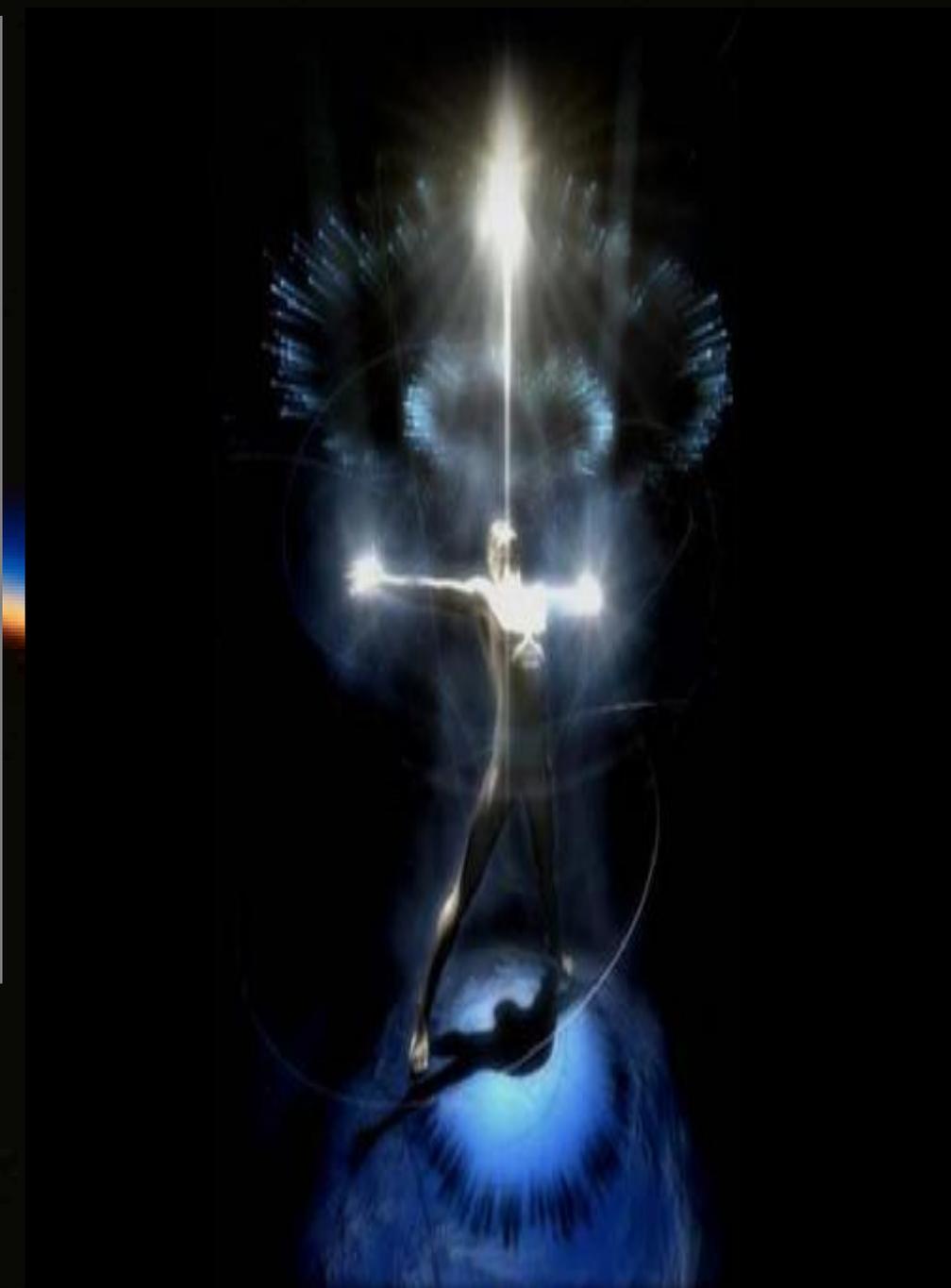
DATOS	LONGITUD	VALORES PERMITIDOS
Número de factura	20	
Código del prestador	10	
Tipo de identificación del usuario	2	Los mismos del registro de usuarios
Número de identificación del usuario	20	
Fecha de la consulta	10	Dd/mm/aaaa
Número de autorización	15	
Código de la consulta	8	
Finalidad de la consulta	2	01 = Atención del parto (control del puerperio) 02 = Atención del RN 03 = Atención de planificación 04 = Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo de menores de 10 años 05 = Detección de alteraciones del desarrollo del joven 06 = Detección de alteraciones del embarazo 07 = Detección de alteraciones del adulto 08 = Detección de alteraciones de la agudeza visual 09 = Detección de enfermedad profesional 10 = No aplica

Causa externa	2	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión autoinflingida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 15 = Otra
Código del diagnóstico principal	4	Codificación CIE 10
Código del Dx relacionado 1	4	
Código del Dx relacionado 2	4	
Código del Dx relacionado 3	4	
Tipo de Dx principal	1	
Valor de la consulta	15	
Valor de la cuota moderadora	15	
Valor neto a pagar	15	

CIE - 10

Clasificación
Estadística
Internacional
de Enfermedades
y Problemas
Relacionados
con la Salud

DECIMA REVISION



CLASIFICACION INTERNACION DE ENFERMEDADES DECIMA REVISIÓN “CIE 10”

Sistema de categorías a las que se asignan entidades morbosas de conformidad con criterios establecidos y unificados.

La clasificación puede girar en torno a uno o varios ejes y la elección de uno de ellos depende del uso estadístico que se quiera dar a la información.

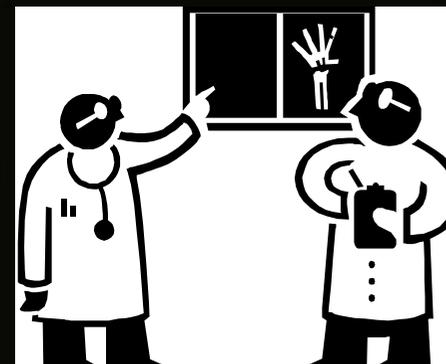
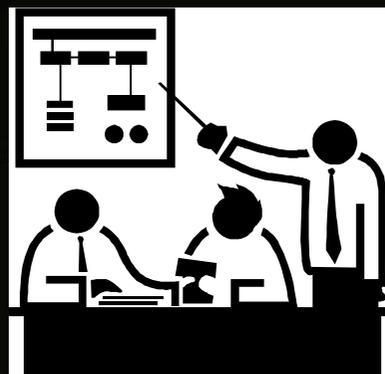
¿QUE PERMITE LA CIE-10?

Identificar los principales problemas de salud.

Establecer políticas, programas y acciones encaminadas a su atención.

Estadísticas de calidad.

Posibilita la adecuada toma de decisiones para la atención de los problemas de salud.



¿Qué se clasifica con la CIE-10?

- Enfermedades.
- Traumatismos.
- Envenenamientos.
- Síntomas y signos.
- Hallazgos anormales clínicos y de laboratorio.
- Otras razones para entrar en contacto con los servicios de salud.
- Causas externas de accidentes y lesiones.

ANTECEDENTES

- COMENZÓ EN 1983: REUNIÓN PREPARATORIA CONVOCADA POR LA OMS EN GINEBRA
- LAS ORIENTACIONES DE POLÍTICA EMANARON DE VARIAS REUNIONES ESPECIALES, EN PARTICULAR DEL COMITÉ DE EXPERTOS PARA LA DÉCIMA REVISIÓN.
- MUCHOS USUARIOS DESEABAN QUE SE INCLUYERA OTRO TIPO DE INFORMACIÓN ADICIONAL A LA DIAGNÓSTICA, DE DONDE SURGIÓ LA IDEA DE UNA “FAMILIA” DE CLASIFICACIONES CENTRADA EN LA CIE TRADICIONAL:
- “SE HA CONSERVADO LA ESTRUCTURA TRADICIONAL, PERO LA CLAVE NÚMERICA ANTERIOR SE HA REEMPLAZADO POR UNA DE TIPO ALFANUMÉRICO, PARA HACER MAS VASTA LA POSIBILIDAD DE INCLUIR OTRAS CATEGORÍAS”.
- SE CONSERVAN LAS NOTAS DE “EXCLUSIÓN” AL INICIO DE CADA CAPÍTULO.
- AL PRINCIPIO DE CADA CAPÍTULO SE PRESENTA UN RESUMEN DE LOS GRUPOS DE CATEGORÍAS DE 3 CARACTERES.
- AL FINAL DE CIERTOS CAPÍTULOOS SE CREARON CATEGORÍAS PARA LOS TRASTORNOS QUE SON CONSECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS (efectos secundarios) Y LAS QUE ENTRAN EN EL GRUPO DE EVENTOS ADVERSOS VAN EN EL CAPÍTULO DE “TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSA EXTERNA”.

UTILIDAD DE LA CIE

Convierte términos diagnósticos y otros problemas de salud de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

DIARREA (castellano)

DIARRHEE (francés)

DIARRHEA (inglés)

A09.X

INFORMACIÓN
(diagnóstica)



INFORMACIÓN
(código)

COMPOSICION DE LA CIE-10

3 VOLUMENES

21 CAPITULOS

GRUPOS

CATEGORIAS

14200 SUBCATEGORIAS
(CODIGOS)

1. CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS. **A00-B99**
2. TUMORES (NEOPLASIAS). **C00-D48**
3. ENFERMEDADES DE LA SANGRE, ENFERMEDADES HEMATOPOYETICAS Y TRASTORNOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD. **D50-D89**
4. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICOS. **E00-E90**
5. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO. **F00-F99**
6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO. **G00-G99**
7. ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS. **H00-H59**
8. ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LAS APOFISIS MASTOIDES. **H60-H95**
9. ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO. **I00 - I99**
10. ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO. **J00 - J99**

- | | |
|---|---------|
| 11. ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO. | K00-K93 |
| 12. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO. | L00-L99 |
| 13. ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO. | M00-M99 |
| 14. ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO. | N00-N99 |
| 15. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. | O00-O99 |
| 16. CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL. | P00-P99 |
| 17. MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS. | Q00-Q99 |
| 18. SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO. | R00-R99 |
| 19. TRAUMATISMOS ENVENENAMIENTOS. | S00-T98 |
| 20. CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD. | V01-Y98 |
| 21. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD. | Z00-Z99 |

CAPÍTULO XXI

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Z00 – Z99

- Personas en contacto con los servicios de salud para investigación y exámenes
- Personas con riesgo potencial para su salud, relacionados con enfermedades transmisibles
- Personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción
- Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y cuidado de la salud
- Personas con riesgo potencial para su salud, relacionadas con circunstancias económicas y sicosociales
- Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias
- Personas con riesgo potencial para su salud, relacionados con su historia personal y familiar.

CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD "CUPS"

REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS

DATO	LONG	VALORES PERMITIDOS
Número de la factura	20	
Código del prestador	10	
Tipo de identificación del usuario	2	Igual que en registro de usuarios
No de identificación del usuario	20	
Fecha del procedimiento	10	Dd/mm/aaaa
Número de autorización	15	
Código del procedimiento	8	
Ambito de realización	1	1 = ambulatorio 2 = hospitalario 3 = en urgencias
Finalidad del procedimiento	1	1 = diagnóstica 2 = terapéutica 3 = Detección temprana de enfermedad general 4 = protección específica 5 = Detección temprana de enfermedad profesional
Personal que atiende	1	1= Médico especialista 2 = Médico general 3 = Enfermera 4 = Auxiliar de enfermería 5 = Otro

REGISTRO DE PROCEDIMIENTOS

Código del Dx principal	4	Codificación CIE 10
Código del Dx relacionado	4	
Código de la complicación	4	
Forma de realización del acto quirúrgico	1	1 = Único o unilateral 2 = Múltiple o bilateral, misma vía, diferente especialidad 3 = Múltiple o bilateral, misma vía, igual especialidad 4 = Múltiple o bilateral, diferente vía, diferente especialidad 5 = Múltiple o bilateral, diferente vía, igual especialidad
Valor del procedimiento	15	

4. Registro de Urgencias con observación

DATO	LONG	VALORES PERMITIDOS
Número de la factura	20	
Código del prestador	10	
Tipo de identificación del usuario	1	
Número de identificación del usuario	20	
Fecha de ingreso del usuario	10	
Hora de ingreso	5	
Número de autorización	15	
Causa externa	2	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión autoinflingida 09 = Sospecha de maltrato físico 10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 15 = Otra

DATO	LONG	VALORES PERMITIDOS
Diagnóstico a la salida	4	
Dx relacionado 1	4	
Dx relacionado 2	4	
Dx relacionado 3	4	
Destino del usuario a la salida de observación	1	1 = Alta de urgencias 2 = Remisión a otro nivel de complejidad 3 = Hospitalización
Estado a la salida	1	1 = Vivo 2 = Muerto
Causa básica de muerte en urgencias	4	
Fecha de salida de observación	10	
Hora de salida	5	

5. Registro de Hospitalización

DATO	LONG	VALORES PERMITIDOS
Número de la factura	20	
Código del prestador	10	
Tipo de identificación del usuario	1	
Número de identificación del usuario	20	
Vía de ingreso a la institución	1	1 = Urgencias 2 = Consulta externa o programada 3 = Remitido 4 = Nacido en la Institución
Fecha de ingreso	10	
Hora de ingreso	5	
Número de autorización	15	
Causa externa	2	01 = Accidente de trabajo 02 = Accidente de tránsito 03 = Accidente rábico 04 = Accidente ofídico 05 = Otro tipo de accidente 06 = Evento catastrófico 07 = Lesión por agresión 08 = Lesión autoinflingida 09 = Sospecha de maltrato físico

DATO	LONG	VALORES PERMITIDOS
Causa externa		10 = Sospecha de abuso sexual 11 = Sospecha de violencia sexual 12 = Sospecha de maltrato emocional 13 = Enfermedad general 14 = Enfermedad profesional 15 = Otra
DX principal de ingreso	4	
Dx principal de egreso	4	
Dx relacionado 1 (de egreso)	4	
Dx relacionado 2 (de egreso)		
Dx relacionado 3 (de egreso)		
Dx de complicación	4	
Estado a la salida	1	1= vivo 2 = muerto
Dx de la causa básica de muerte	4	
Fecha de egreso	10	
Hora de egreso	5	

6. Registro de Recien nacidos

DATO	LONG	VALORES PERMITIDOS
Número de la factura	20	
Código del prestador	10	
Tipo de identificación de la madre	2	
Número de identificación de la madre	20	
Fecha de nacimiento	10	
Hora de nacimiento	5	
Edad gestacional	2	
Control prenatal	1	1 = sí 2 = no
Género	1	M = masculino F = femenino
Peso	4	
Diagnóstico del RN	4	
Causa básica de muerte	4	
Fecha de muerte del RN	10	
Hora de muerte	5	

8. Medicamentos

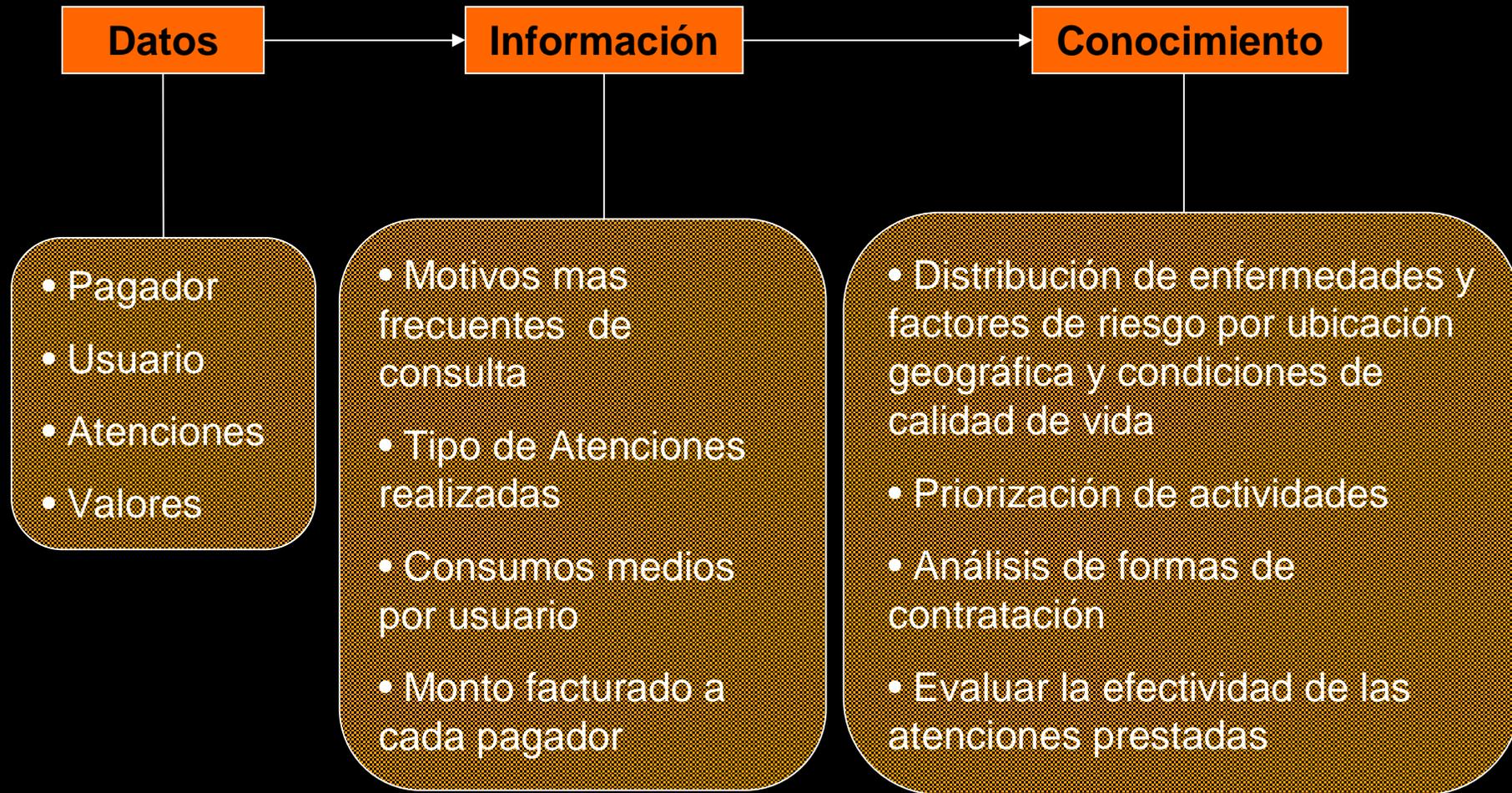
DATO	LONG	VALORES PERMITIDOS
Número de la factura	20	
Código del prestador	10	
Tipo de identificación del usuario	2	
Número de identificación del usuario	20	
Número de identificación	20	
Número de autorización	15	
Código del medicamento	20	
Tipo de medicamento	1	1 = POS 2 = No POS
Nombre genérico del medicamento	30	
Forma farmacéutica	20	
Concentración	20	
Unidad de medida	20	
Número de unidades administradas	5	
Valor unitario	15	
Valor total	15	

9. Registro de otros servicios

DATO	LONG	VALORES PERMITIDOS
Número de la factura	20	
Código del prestador	10	
Tipo de identificación del usuario	2	
Número de identificación del usuario	20	
Número de autorización		
Tipo de servicio	1	1= Materiales e insumos 2 = Traslados 3 = Estancias 4 = Honorarios
Código del servicio	20	
Nombre del servicio	60	
Cantidad	5	
Valor unitario	15	
Valor total	15	

USO DE LOS DATOS DE LOS RIPS

Uso de los datos de los RIPS



Beneficios: Mejorar formas de contratación y modelo de atención, evaluar calidad, efectividad y eficiencia

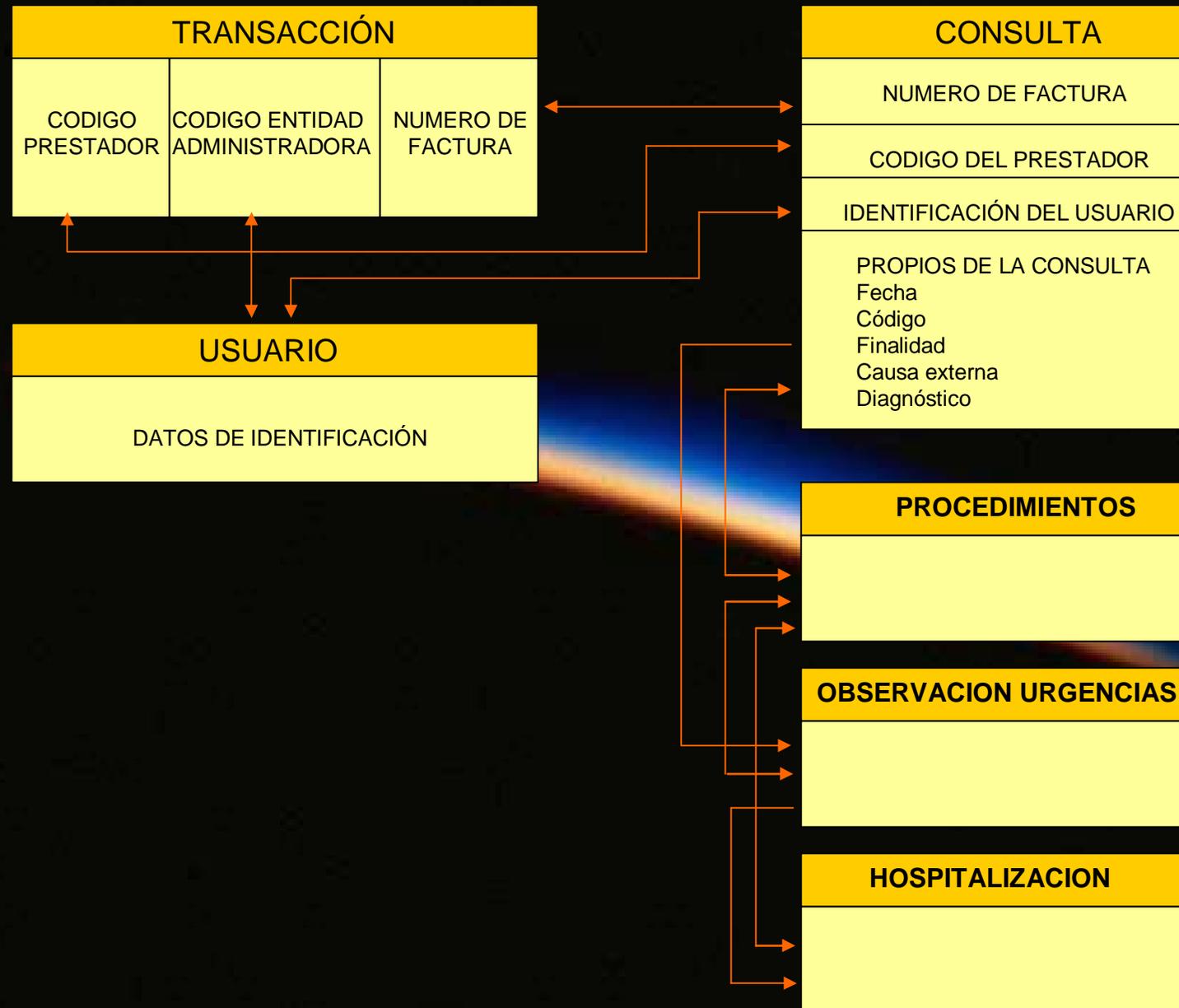
EL ARCHIVO PLANO DE RIPS

PRESENTACIÓN DE LOS RIPS

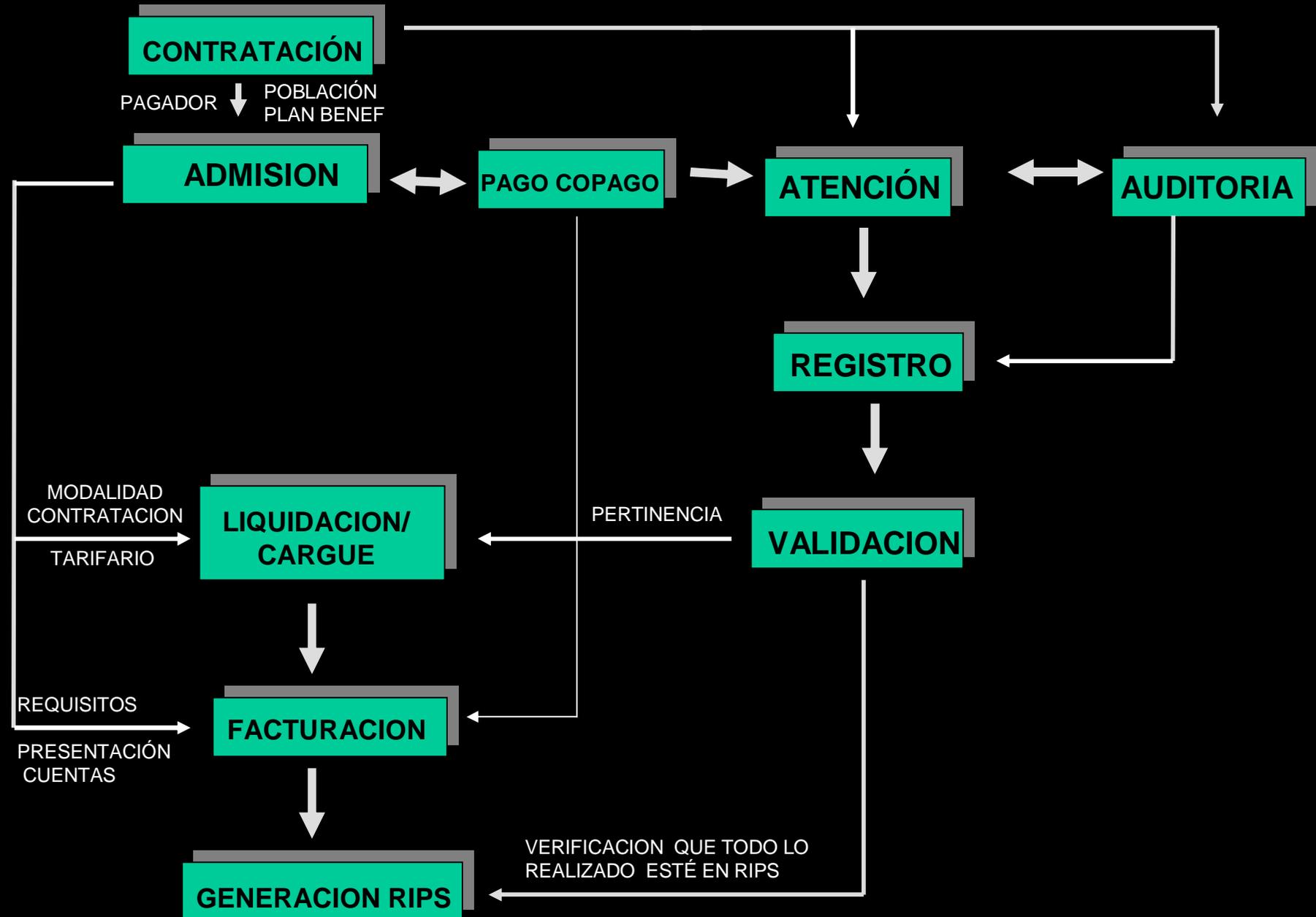
1100108925,HOSPITAL DE
MEISEN,60324529,26/12/2004,008EPS,SUSALUDEPS,427,1,CC,52475441,TORRES,VER
GARA,LUZ,STELLA,30,1,2,12,89,1,25/12/2004,,890201,08,13,7021,,,,1,18000,2000,16000



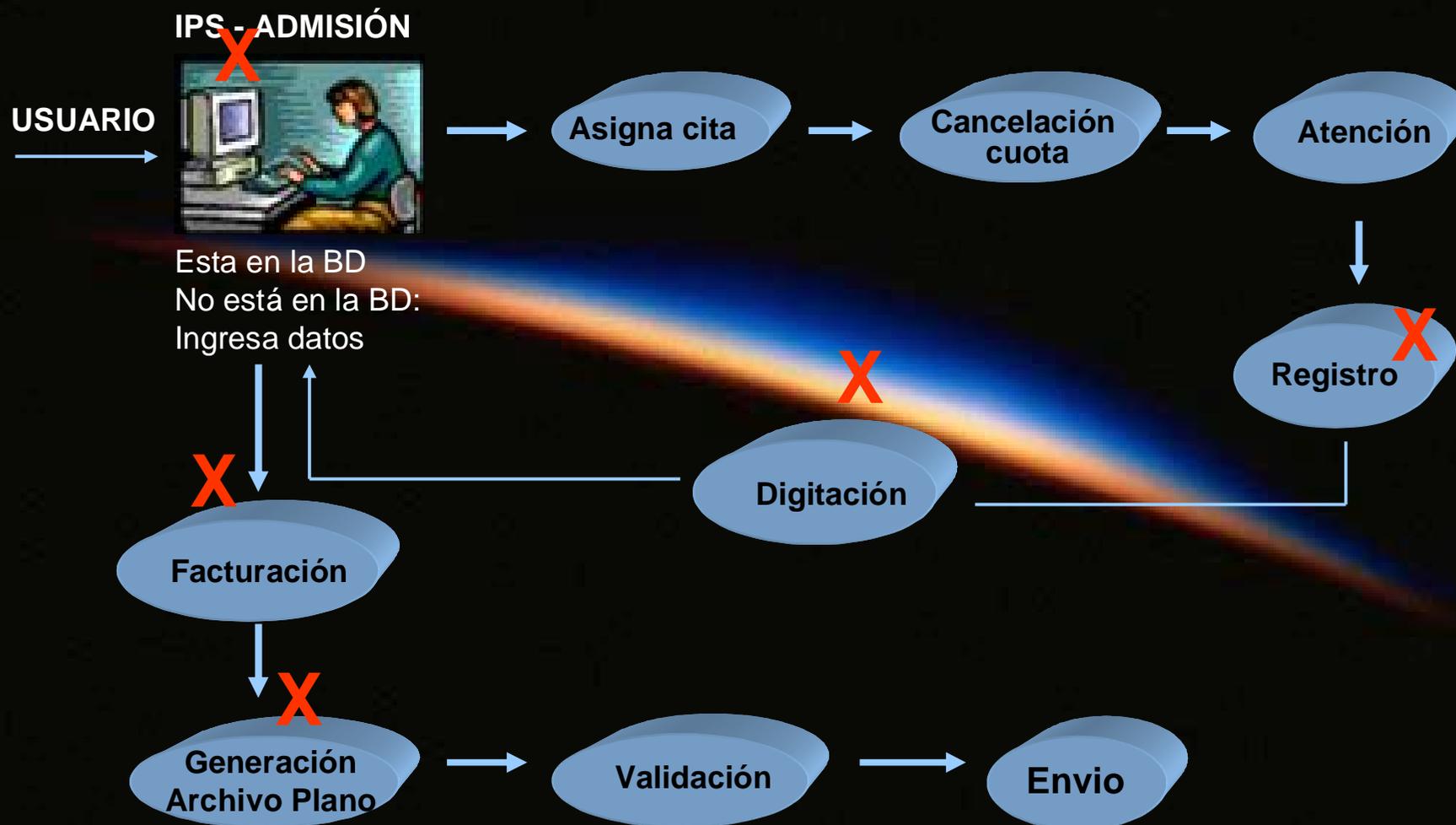
RELACION DE DATOS EN LA ATENCION DE URGENCIAS



PROCESO DE GENERACION



GENERACIÓN DEL ARCHIVO PLANO



ALGUNAS INCONSISTENCIAS OBSERVADAS

Registro incompleto

Sin Diagnóstico

Sin código de procedimiento

Sin código del prestador

Sin edad, sin tipo de edad

Sin fecha de procedimiento

Sin tipo, ni número de identificación del paciente

Sin Tipo de usuario

Sin identificación del sexo

Sin finalidad, causa externa, ni tipo de diagnóstico



ALGUNAS INCONSISTENCIAS OBSERVADAS

Registro errados

Diagnóstico no corresponde a la edad del paciente

Diagnóstico no corresponde al sexo del paciente

Diagnóstico no corresponde al CIE 10

Procedimiento no aplica para el diagnóstico del paciente

Identificación corresponde al afiliado y no al paciente

Fecha de egreso menor a la fecha de ingreso

Procedimiento no CUPS

Código del Medicamento no existe

Para los medicamentos NO POS, se registra el nombre comercial del medicamento y no el genérico



¿ Cual es la estrategia?

1. Reconocimiento como equipo de trabajo

2. Análisis de la problemática en grupo

3. Compromiso individual y colectivo

4. Estandarizar el proceso completo

5. Establecer los controles necesarios

6. Capacitación y actualización permanente

LA CALIDAD DE LOS DATOS REPORTADOS
EN EL RIPS BENEFICIA A TODOS, PERO
REQUIERE EL ESFUERZO MANCOMUNADO
DE TODOS LOS QUE PARTICIPAN EN SU
GENERACIÓN, FLUJO Y TRANSFORMACIÓN
EN INFORMACIÓN

TRABAJEMOS JUNTOS PARA LOGRARLO

JAIRO AGUILERA LÓPEZ

Asesor

Dirección Planeación y Sistemas

Secretaria Distrital de Salud

jaaguilera@saludcapital.gov.co

Tel.: 3649090 Ext. 9667 / 9725