



PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Profundización Análisis De Glosa y Cartera De Cuentas Médicas
- **Código del Programa de Formación:** 134504 **Version 2**
- **Nombre del Proyecto:** Implementación de una propuesta para el proceso de conciliación, objeción, glosa y el saneamiento de la cartera de instituciones de salud
- **Fase del Proyecto:** Análisis y Planeación
- **Actividad de Proyecto:** Identificar las características de la factura y los roles de los actores de acuerdo a la normatividad legal vigente.
- **Competencia:** 230101262 - Evaluar soportes de atención médica según manual técnico y normativa de salud.
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
 - 594550 - 2. Tramitar la respuesta de las glosas y devoluciones en cuentas médicas, según protocolos, contratación y normas en salud.
- **Duración de la Guía:** 20.

2. PRESENTACIÓN

Al ingresar el usuario a la Institución se inicia la atención con la recepción por el servicio de admisiones, que es el responsable de la identificación, verificación de derechos y clasificación, como paso primordial para el inicio del proceso financiero. Es el momento que identificamos quién es el responsable de la cuenta, posteriormente, se continúa con la solicitud de documentos soportes para el cobro de la cuenta en cada uno de los casos a la entidad responsable de la atención del paciente (EPS; IPS; ARL; Aseguradora; Convenio por tipo de seguro como medicina prepagada; Planes Complementarios de Servicios de Salud; ADRES, etc.)¹.



Su notable importancia radica en ser la puerta de entrada de los usuarios que asisten a la IPS.



¹ <http://www.ebooks7-24.com.bdigital.sena.edu.co/?il=2773&pg=52>



3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE



3.1 ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN INICIAL

Actualización del Plan de Beneficios en Salud PBS para el 2020 ¿qué cambió?

Con la publicación de la Resolución 3512 de 2019 se actualiza la lista de medicamentos, procedimientos y servicios que deberán ser financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación. Pero ¿qué es este plan de beneficios? ¿qué tantos cambios hubo desde su última actualización? ¿en qué se diferencia del antiguo Plan Obligatorio de Salud (POS)?



¿Qué es el PBSUPC? ¿Por qué debe actualizarse?

Debido a que en Colombia se considera que la salud es un derecho, todos los ciudadanos deben tener acceso a los servicios de salud. En consecuencia, el sistema tiene como mecanismo para garantizar el acceso a estos servicios un esquema de aseguramiento. Este esquema de aseguramiento se denomina mecanismo de protección colectiva.

Debido a que los recursos para el aseguramiento son limitados, para que este mecanismo sea financieramente sostenible, es necesario establecer cuáles son los servicios y tecnologías en salud más importantes para satisfacer las necesidades de la población, asegurándose así de que existan recursos para financiarlos. A este tipo de lista se le conoce como plan de beneficios, conjunto de prestaciones o canasta de servicios². En Colombia este conjunto de prestaciones se llama Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBSUPC), reemplazando desde el año 2016 al Plan Obligatorio de Salud (POS).

Debido a que las enfermedades que afectan a la población colombiana van cambiando y a que se desarrollan nuevos medicamentos y otras tecnologías en salud, es necesario que este conjunto de prestaciones sea actualizado periódicamente. De acuerdo con la legislación actual, el PBSUPC debe ser actualizado cada año. El PBSUPC fue actualizado en el año 2018 por la Resolución 5857 de 2018 y más recientemente por la Resolución 3512 de 2019, que define las prestaciones que harán parte de este conjunto durante 2020.

Tomado de: Msc. **Laura Van der Werf Cuadros**, Investigadora MBE;
<http://www.neuroeconomix.com/actualizacion-del-plan-de-beneficios-en-salud-para-el-2020-que-cambio/>

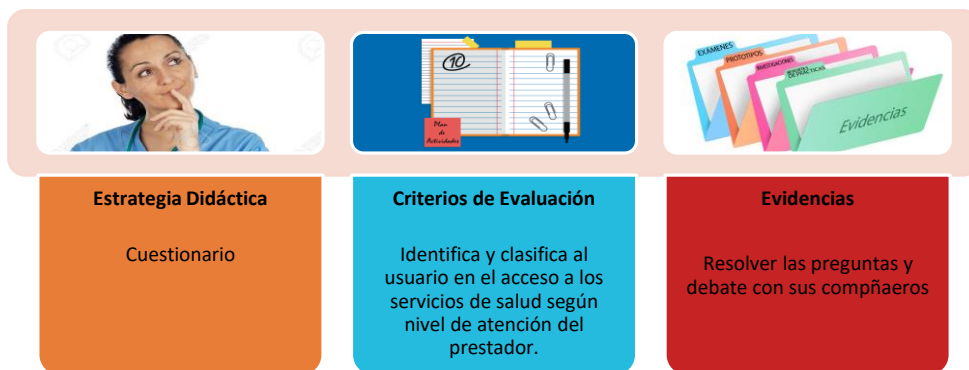
Teniendo en cuenta la lectura anterior, responda las siguientes preguntas:

²Rovira J, Rodríguez-Monguió R, Antoñanzas F. Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación [Internet]. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2003 [cited 2019 Jan 24].



1. ¿Cuál es tu opinión referente a los cambios de un Plan de Beneficios en Salud (PBS), al Plan de Beneficios en Salud con cargo UPC (PBSUPC)?
2. Es importante que este cambio ayude a la población adquirir mejor sus medicamentos, que opinas.

Detalles de la Actividad:



3.2 Actividades de contextualización e identificación de conocimientos necesarios para el aprendizaje

3.2.1 Actividad de Aprendizaje 1: Identificar y Conocer el Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- en el marco de la Ley 1751 de 2015 garantiza el derecho fundamental a la salud y la atención en salud a todos sus afiliados, en concordancia con el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, en las fases de promoción, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las patologías, mediante el aseguramiento en salud a través de servicios y tecnologías en salud descritos en el plan de beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -PBSUPC-, así como a través del mecanismo de reporte de prescripción señalado por la normatividad vigente según los requisitos y procedimientos dispuestos para las tecnologías y servicios que no son financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación –UPC-.

La resolución 3512 de 2019 tiene por objeto actualizar integralmente la financiación de las Tecnologías en Salud y los Servicios con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como mecanismo de protección colectiva, y establece las Tecnologías en Salud y los Servicios que deberán ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el territorio nacional, en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

Descripción de la Actividad: Por medio de una lectura guiada enviada por el instructor, los aprendices realizarán las siguientes evidencias:

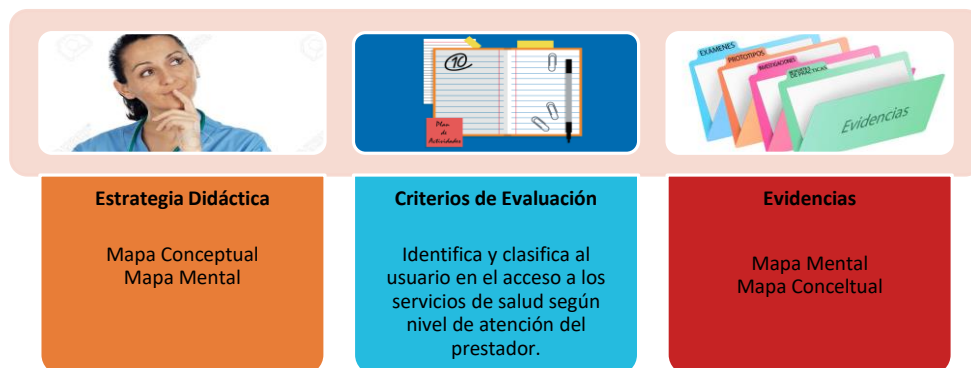
- a) Realizar un mapa conceptual del siguiente documento informe de la actualización integral del plan de beneficios en salud con cargo a la upc del año 2018.
- b) Realizar un mapa mental sobre la Resolución 3512 del 2019, Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).



Ambiente: Ambiente de formación asignado.

Materiales: Hojas de block tamaño carta, cartulina en octavos de colores. Lápiz, laiceros, marcadores de colores.

Detalles de la Actividad:



3.2.2 Actividad de Aprendizaje 2: Reconocer los diferentes tipos de Acuerdo de Voluntades.

La contratación tiene gran implicación en el funcionamiento del sistema de salud; lo que se puede observar claramente en la implementación de la ley 100 de 1993, ya que trasciende de Sistema Nacional de Salud a Sistema General de Seguridad Social en Salud, este cambio pretende la cobertura global a través de un Sistema de aseguramiento Nacional y obligatorio, buscando el aumento de eficiencia del Sistema de Salud; por lo anterior, es esencial conocer el sistema de pago y los modelos de contratación de los servicios de salud en Colombia, debido al impacto que tiene en la prestación y en calidad de los servicios.

Las EPS (Entidades Promotoras de Salud) y las IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) se relacionan entre sí a través del contrato de prestación de servicios de salud, que se entiende como un acuerdo entre dos partes donde hay una obligación de cumplir con las condiciones pactadas³

Descripción de la Actividad: Aprendices, en la siguiente actividad la desarrollaran en grupos de trabajo, no mayor de 5 integrantes el **Taller 1. Acuerdos de Voluntades en Salud**, que será entregado por el instructor en el ambiente de formación, después de desarrollarlo se debate en formación donde el instructor le asignara a cada grupo las preguntas que responderán.

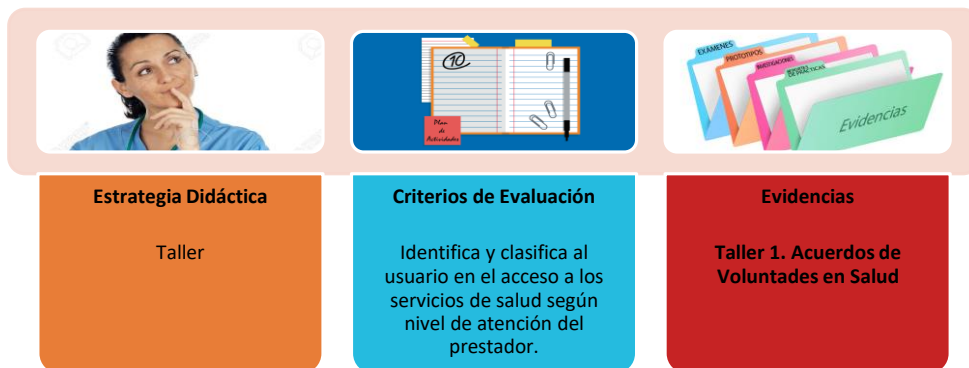
Ambiente: Ambiente de formación asignado.

Materiales: Hojas de block tamaño carta, cartulina en octavos de colores. Lápiz, laiceros, marcadores de colores.

³ Ley 100 de 1993, , Seguridad Social. Libro segundo, El sistema de seguridad social en salud. Diciembre 23 de 1993.



Detalles de la Actividad:



3.3 Actividades de apropiación del conocimiento.

3.3.1 Actividad de Aprendizaje 1: Explicar el concepto y clasificación del TRIAGE.

El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo. La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas.

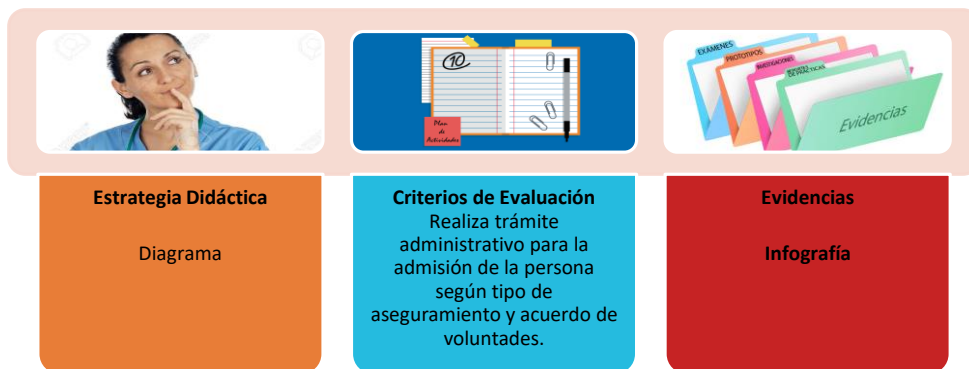
Descripción de la Actividad: Estimados Aprendices, en la siguiente actividad deberán desarrollar lo siguiente evidencia, teniendo en cuenta el Material de Apoyo entregado por el instructor en la plataforma LMS:

- Realizar una infografía donde se explique la siguiente norma Resolución 5596 del 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Ambiente: Ambiente de formación asignado.

Materiales: Hojas de block tamaño carta, cartulina en octavos de colores. Lápiz, laiceros, marcadores de colores.

Detalles de la Actividad:





3.3.2 Actividad de Aprendizaje 2: Explicar el trámite de autorización de servicios de salud a un usuario.

El régimen de Referencia y contrarreferencia, es el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.

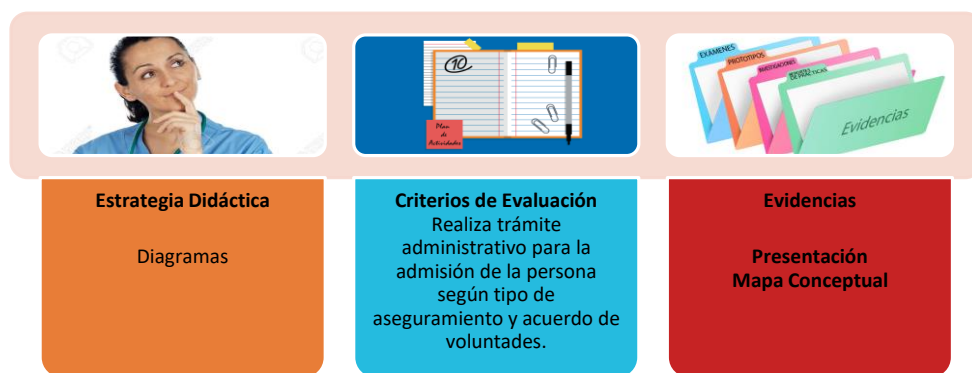
Descripción de la Actividad: Aprendices, la actividad que deben desarrollar en los grupos de trabajo, deben realizar lo siguiente:

1. Realizar una presentación sobre referencia y contrarreferencia, donde se encuentre una introducción, marco legal, marco conceptual, objetivos y propósitos de la contrarreferencia y referencia, modalidades, remisiones, responsabilidades y funcionamiento. (Decreto 2759 de 1991).
2. Realizar un mapa conceptual de la siguiente norma, Resolución 3047 del 2008.
3. El aprendiz deberá realizar un documento en donde se explique la organización de los diferentes formatos para soportar la cuenta de cobro, teniendo en cuenta el acuerdo de voluntades.
4. Consulta los siguientes términos:
 - a. Autorización de servicios de salud.
 - b. Entidades Responsables de Pago – ERP.
 - c. Nota técnica para la contratación de servicios de salud.
 - d. UPC.
5. Cuales son los documentos que solicita al ente responsable del pago las autorizaciones de servicios según normatividad legal y acuerdo de voluntades.
6. Cuales son los requisitos mínimos de los contrato de prestación de servicios de salud

Ambiente: Ambiente de formación asignado.

Materiales: Hojas de block tamaño carta, cartulina en octavos de colores. Lápiz, laiceros, marcadores de colores.

Detalles de la Actividad:





4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento Mapa Mental de PBSUPC Mapa Conceptual informe de la actualización integral del plan de beneficios en salud con cargo a la upc del año 2018.	Identifica y clasifica al usuario en el acceso a los servicios de salud según nivel de atención del prestador.	Cuestionario Lista de chequeo Debates Ejercicios prácticos
Evidencias de Desempeño Infografía de la Resolución 5596 del 2015.	Realiza trámite administrativo para la admisión de la persona según tipo de aseguramiento y acuerdo de voluntades. Diligencia formatos registro individual de prestaciones de servicios de salud según política institucional. Solicita al ente responsable del pago las autorizaciones de servicios según normatividad legal y acuerdo de voluntades. Organiza los diferentes formatos para soportar la cuenta de cobro según política institucional y acuerdo de voluntades. Emplea terminología básica técnica en salud al diligenciar los formatos administrativos según política institucional. Reconoce el manejo ético y legal de la historia clínica y su información según políticas	Lista de chequeo



	<p>institucionales.</p> <p>Ubica la historia clínica según tipo de archivo y normatividad vigente y protocolo institucional.</p> <p>Identifica las implicaciones éticas y legales del manejo de información de la historia clínica según política y normatividad vigente.</p> <p>Relaciona la clasificación internacional de enfermedades 10 revisión y la clasificación única de procedimientos en salud, en el diligenciamiento de los registros acorde a la política institucional.</p>	
Evidencias de Producto	<p>Direcciona a la persona sin aseguramiento en el trámite administrativo para el acceso a los servicios de salud según normatividad vigente.</p> <p>Tramita los procedimientos administrativos entre la entidad responsable del pago y la entidad que presta el servicio de salud para la admisión del usuario.</p> <p>Diligencia adecuadamente los formatos de autorización de servicios según políticas institucionales y normatividad vigente.</p> <p>Identifica en todos los eventos al responsable(s) del pago por los servicios de salud prestados según normatividad vigente y acuerdo de voluntades.</p>	



5. GLOSARIO DE TERMINOS

Accesibilidad: Condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados.

Actores del Sistema: Son las Entidades Promotoras de Salud -EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, Entidades Territoriales, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS, los profesionales y trabajadores de la salud, los usuarios y pacientes de los servicios de salud, asociaciones de profesionales de la salud, instituciones académicas y de investigación, la industria, las entidades de control y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Alto costo: Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea.

Aseguramiento en salud: Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Atención inicial de urgencias: Todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales; la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Atención Integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno bio-psicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud de los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas, hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.

MAPIPOS (Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud): Es la norma que contiene todas las actividades, procedimientos e intervenciones a que tienen derecho los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.



PAB (Plan de Atención Básica): Es un plan de carácter gratuito prestado directamente por el Estado o por particulares mediante contrato con el Estado que contiene acciones en Salud Pública, tales como acciones de información y educación para la salud, algunas acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz sobre las personas en patologías y riesgos con altas externalidades o sobre las comunidades en el caso de enfermedades endémicas o epidémicas.

Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU): Permite al usuario externo contar con un mecanismo de comunicación directo con los diferentes niveles de nuestra EPS, los cuales expresan sus necesidades y expectativas para la prestación de los servicios.

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control: Conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcional la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y colectivo.

6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

- Ley 100 de 1993, Seguridad Social. Libro segundo, El sistema de seguridad social en salud. Diciembre 23 de 1993.
- Ley 1438 del 2011, Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
- Rovira J, Rodríguez-Monguió R, Antoñanzas F. Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación [Internet]. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2003 [cited 2019 Jan 24].
- <http://www.ebooks7-24.com.bdigital.sena.edu.co/?il=2773&pg=52>.



7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Sandra Milena Enriquez Tròchez	Instructor	Centro de Comercio y Servicios	Febrero 2023

8. CONTROL DE CAMBIOS

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)	Alba Lucia Arroyave	Instructor	Comercio y servicios		



PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnólogo Gestión Administrativa Del Sector Salud.
- **Código del Programa de Formación:** 121104
- **Nombre del Proyecto:** Propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos de atención al usuario en un prestador de servicio de salud de la ciudad de Popayán
- **Fase del Proyecto:** Planeación
- **Actividad de Proyecto:** Establecer el diagnóstico del funcionamiento de los procesos administrativos en la institución
- **Competencia:** 230101262 - Evaluar soportes de atención médica según manual técnico y normativa de salud
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
 - 576825 - 1. Preparar cuentas médicas acorde a manuales tarifarios y normativa vigente.
- **Duración de la Guía:** 30 horas

2. PRESENTACIÓN

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)



El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993 con la Ley 100, ha sido reformado por la Ley 1122 de 2017 y la Ley 1438 de 2011, así como por múltiples resoluciones y decretos, entre otras normas. Actualmente el Decreto Único Reglamentario del sector salud y de protección social 780 de 2016 compila las diferentes normas que regulan nuestro sistema.

La rectoría del SGSSS a nivel nacional está en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social que tiene entre otras funciones, la formulación de políticas, planes y programas con el fin de mejorar la salud de la población; dirigir el funcionamiento del sistema y evaluar el resultado de las políticas ejecutadas.

A nivel territorial, las Secretarías Seccionales de Salud y las Secretarías Locales de Salud ejercen algunas funciones de rectoría del sistema a nivel territorial, generan planes, programas y proyectos en armonía con las directrices nacionales y con las particularidades de cada región; garantizan la prestación

adecuada de los servicios de salud, ejercen funciones de vigilancia y control, y gestionan la salud pública en cada territorio.

La inspección, vigilancia y control del SGSSS está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud que tiene como funciones: el seguimiento y evaluación del sistema; orientar, asistir y advertir a los diferentes



actores del sistema sobre el cumplimiento de la norma y por último ordenar los correctivos y sanciones para mejorar las situaciones irregulares que se presenten en el sistema.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN INICIAL

EL SISTEMA DE SALUD



La Ley 100 plantea un sistema de salud con dos regímenes paralelos: el contributivo, para los ciudadanos con capacidad de pago, y el subsidiado, para los más pobres. Con el fin de determinar el estrato socioeconómico se aplica una encuesta, el SISBEN, que divide a la población en 6 estratos (el 1 sería el más bajo y el 6 el más alto), y en función de ellos los sitúa en uno u otro régimen. Los afiliados al régimen contributivo (estratos 3 al 6) aportan una cantidad de su salario

mensual para financiar el sistema, mientras para los afiliados al subsidiado (estratos 1 y 2) las aportaciones llegan del Estado, departamentos, municipios... Una vez que una familia recibe su clasificación de estrato socioeconómico según la encuesta, y si éste es de nivel 1 ó 2, debe ser afiliado por una Administradora de Régimen Subsidiado (ARS) que le otorga un carné y, con él, el acceso al sistema de salud. Si bien las previsiones iniciales eran que en el año 2001 toda la población estuviera dentro del sistema, en uno u otro régimen, la realidad es que en estos momentos hay 20 millones de personas que no han conseguido acceder (los "vinculados"), por no haberseles hecho la encuesta o no haber sido afiliados por una ARS. El problema es que las afiliaciones y la carnetización se realizan en función de los cupos disponibles y no de la demanda.

Ambos regímenes tienen planes obligatorios de salud (POS) distintos y con diferentes prestaciones: mientras el contributivo cubre casi todas las enfermedades y problemas, el subsidiado deja fuera un gran número de patologías. Tampoco tienen flexibilidad para hacer frente a las diferencias regionales.

Los afiliados al régimen contributivo le pagan a una Entidad Prestadora de Salud (EPS), que actúa como intermediaria. Ésta ingresa el dinero en una cuenta del FOSYGA, adscrita al Ministerio de Salud, tras descontar una parte para licencias de maternidad, accidentes y otras eventualidades (en este punto se producen importantes desvíos de fondos que suponen en la práctica una capitalización de estas empresas). El FOSYGA les devuelve una cantidad de dinero por cada afiliado (Unidad de Pago por Capitación, cuya cuantía se fija anualmente). En el subsidiado, los intermediarios son las ARS, que reciben fondos de la mencionada cuenta del FOSYGA (ADRES) y de instituciones oficiales.

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son los hospitales, centros de salud, etc. De acuerdo a este régimen funcionan por demanda: no disponen de un presupuesto previo sino que las EPS o ARS les pagan



cuando prestan los servicios y los facturan (normalmente con bastante retraso, en ocasiones incluso de 1 ó 2 años). Por eso, las IPS tratan de evitar la atención a personas pobres que no puedan garantizar el pago, por lo que los vinculados quedan por fuera del sistema (o se les atiende previo pago del servicio). El paciente se convierte en cliente y los centros de salud no tienen presupuesto para comprar medicamentos ni pagar salarios, cirugía, etc. Además, los afiliados al contributivo pueden ir a cualquier IPS pública o privada, mientras los del subsidiado sólo pueden acudir a los antiguos hospitales públicos.

La realidad socioeconómica de Colombia ha influido en el fracaso del sistema, diseñado más para las condiciones de un país desarrollado que para uno con altos niveles de desempleo y exclusión. Influyen otros factores como el clientelismo, la corrupción y la compra de votos: dentro del subsidiado se calcula que hay entre 3 y 4 millones de "colados", no pobres, que quitan recursos que sí deberían ir destinados a los más pobres. Además, con el complejo proceso de transferencias establecido en la ley, se multiplican los filtros, los "desvíos" y la corrupción.

Fragmento Tomado de:

<https://reliefweb.int/report/colombia/el-acceso-los-servicios-de-salud-en-colombia>

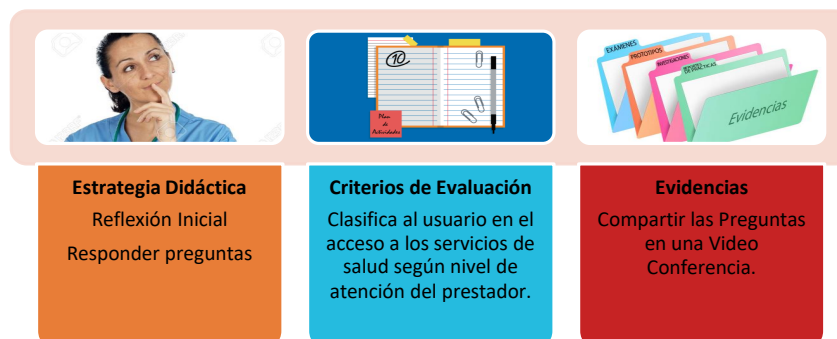
Dra. Stella Quintana

Médicos Sin Fronteras-España

Teniendo en cuenta la lectura anterior, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Qué conoce acerca del sistema de seguridad social?
2. En el rol que desempeña dentro de la sociedad, ¿Cómo se puede beneficiar del sistema de seguridad social?
3. ¿Conoce cómo acceder a los servicios que ofrece el sistema?
4. ¿Considera que es importante tener regulado este sistema en Colombia?

Detalles de la Actividad:





3.2 Actividades de contextualización e identificación de conocimientos necesarios para el aprendizaje

3.2.1 Actividad de Aprendizaje 1: Identifica la normatividad legal vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.



Descripción de la Actividad: Estimados Aprendices en la siguiente actividad deben desarrollar las siguientes preguntas:

1. Explicar con tus propias palabras que es el Sistema General de Seguridad Social Integral Colombiano.
2. Como esta compuesto el Sistema General de Seguridad Social Integral.
3. Cuales son las principales características del Sistema General de Seguridad Social Integral.
4. Explique con un cuadro sinóptico como esta compuesto el Sistema General de Seguridad Social Integral.
5. Dar 3 conclusiones del Tema de Sistema General de Seguridad Social Integral.

Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.

3.2.2 Actividad de Aprendizaje 1: Reconocer cuales son los Integrantes del sistema general de seguridad social en Salud



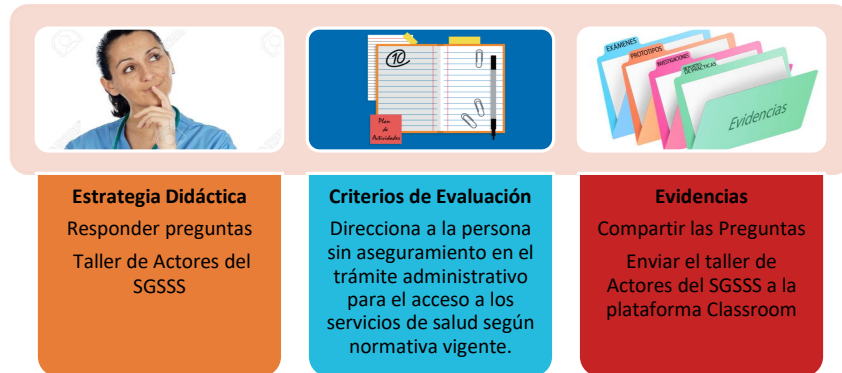
El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por: El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados; y las instituciones prestadores de salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios. También hacen parte del SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud.

Descripción de la Actividad: Estimados Aprendices en la siguiente actividad deben Resolver el Taller de Actores del SGSSS



Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.

Detalles de la Actividad:



3.3 Actividades de apropiación del conocimiento.

3.3.1 Actividad de Aprendizaje 1: Conocer los diferentes tipos de participantes en el sistema general de seguridad social en salud.

Todo colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el sistema general de seguridad social en salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados.

Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.



Descripción de la Actividad: Estimados Aprendices en la siguiente actividad deben desarrollar el Taller denominado “Regimenes Contributivo y Subsidiado” preparado por el instructor sobre Régimen Contributivo y Regimen Subsidiado.

Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.

3.3.2 Actividad de Aprendizaje 2: Distinguir la Unidad de Pago por Capitación (UPC) como la garantía de la prestación de los servicios de salud.



Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud



un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capitación, UPC.

Esta unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelaría, y será definida por el consejo nacional de seguridad social en salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

Descripción de la Actividad: Apreciados Aprendices en la siguiente actividad deben desarrollar infografía sobre los siguientes Temas: UPC, cuotas moderadoras, y los copagos.

Como realizar la infografía, ayúdate con los siguientes ejemplos sencillos.



Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.



3.3.3 Actividad de Aprendizaje 3: Explicar las actividades de referencia y contrareferencia que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los usuarios.

Según el Decreto 4747 de 2007 se define Referencia y contrareferencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. A partir de lo planteado en el Decreto 4747 de 2007, Artículo 17 es obligación contar con un proceso de Referencia y Contrareferencia, debidamente diseñado, organizado, documentado e implementado, que garantice la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Descripción de la Actividad: Apreciados Aprendices en la siguiente actividad deben realizar un mapa mental donde se explique el proceso de la Referencia y Contrareferencia en una Institución Prestadora de Salud (IPS).

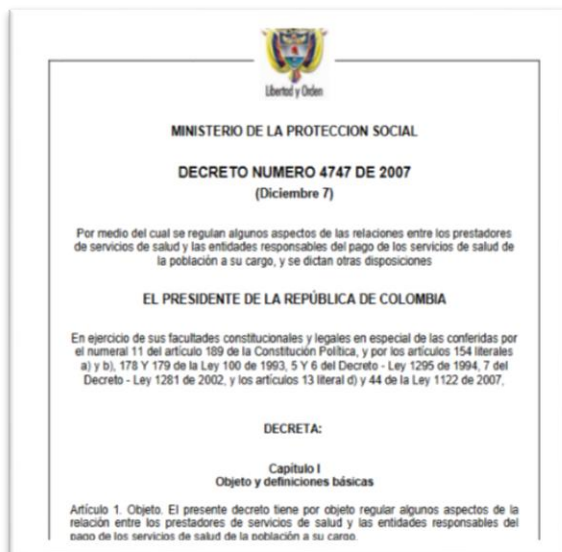
Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.

3.3.4 Actividad de Aprendizaje 4: Relación entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago.

El Decreto 4747 del 2007. Regula algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Señala los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios, las condiciones que deben ser incluidas en tales acuerdos y las condiciones mínimas que se deben incluir en los mismos mediante el mecanismo de pago por capitación.

Dicta disposiciones relacionadas con el proceso de atención de los usuarios, como la creación del sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "triage", de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados servicios de urgencias y de las entidades responsables del pago de servicios de salud en el contexto de la organización de la red de prestación de servicios; de igual forma establece que el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista por los responsables del pago, verificación que podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla y sólo podrá exigirse adicionalmente el carné que demuestre la afiliación cuando la entidad responsable del pago esté obligada a entregarlo y el usuario lo porte. No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

Descripción de la Actividad: Apreciados Aprendices en la siguiente actividad deben realizar un mapa conceptual del Decreto 4747 del 2007; el instructor asignará a cada grupo de trabajo que artículos van a explicar por medio de una exposición.





Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.

3.3.5 Actividad de Aprendizaje 5: Aplicar la verificación de derechos e identificación del responsable del pago administrativos

La Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Regímenes de Excepción y Especiales y entidades prestadoras de Planes Voluntarios de Salud). Esta se rige bajo el marco normativo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 4622 de 2016, por la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social.

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos Minsalud

Funcionarios Preguntas Frecuentes Mapa del Sitio Buscador

Inicio La Entidad Recaudo BDUA Otras prestaciones R. Subsidiado R. Contributivo Transparencia

BDUA » Consulta Afiliados BDUA

¡Bienvenido al sistema de Consulta de la Base de Datos Única de Afiliados BDUA del Sistema General de Seguridad Social en Salud BDUA-SGSSS!

Importante
ADRES no hace traslados, ni modificaciones a su afiliación ante las EPS.

Si usted necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, diríjase a la EPS en donde se encuentra afiliado o a donde quiera afiliarse, según se describe en la Resolución 4622 de 2016. También puede realizar estos trámites a través del portal <https://www.miseguridadsocial.gov.co>. Si la EPS no le brinda solución oportuna a la petición sobre su afiliación, por favor diríjase a la Superintendencia Nacional de Salud, organismo que cumple funciones de inspección, vigilancia y control en el SGSSS o Ingrese a <https://www.supersalud.gov.co/que-contenidos-ciudadanos/contactenos>.

Fecha de actualización: 05 de Octubre de 2020

Otenga información sobre afiliados del Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, según su última actualización, resultado de los reportes de información realizados por las Empresas Promotoras de Salud - EPS.

Para obtener un resultado óptimo de la consulta se sugiere el uso del navegador Google Chrome, tener en cuenta que debe desactivar el bloqueo predeterminado de las ventanas emergentes en su navegador y reiterar el código de seguridad en caso de no obtener un resultado inmediato.

Tipo Documento: Cedula de Ciudadanía

Número:

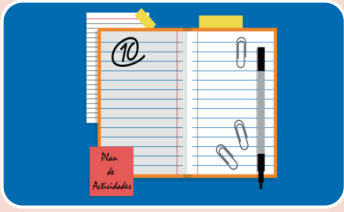
<https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA>

Descripción de la Actividad: Apreciados Aprendices en la siguiente actividad deben desarrollar un Taller teórico práctico sobre Verificación de derechos.

Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.



Detalles de la Actividad:

		
Estrategia Didáctica Taller denominado “Regímenes Contributivo y Subsidiado” Infografía sobre UPC, cuotas moderadoras, y los copagos Mapa mental del proceso de la Referencia y Contrareferencia Mapa conceptual del Decreto 4747 del 2007 Taller teórico práctico sobre Verificación de derechos.	Criterios de Evaluación - Identifica la red de prestación de servicios y los convenios inter-institucionales según requerimiento. - Divulga los derechos y deberes del paciente, del trabajador y del empleador en los sistemas generales de seguridad social en salud y riesgos profesionales según normativa vigente y protocolo institucional.	Evidencias Taller resuelto de Régimen RC y RS. Infografías UPC, Cuotas y Copagos. Mapa mental Referencia y Contrareferencia. Mapa Conceptual Decreto 4747 del 2007. Taller resuelto de Verificación de derechos.

3.4 Actividades de transferencia del conocimiento.

3.4.1 Actividad de Aprendizaje 1: Desarrollar un portafolio de Servicios de la IPS.

Descripción de la Actividad: Estimados Aprendices en la siguiente actividad la realizarán en sus grupos de trabajo, en el cual entregarán un portafolio de servicios de la IPS. La IPS es creada por cada grupo de trabajo, deben realizar una consulta de cómo realizar el portafolio.

La instructora les explicará cómo lo deben entregar y el día que deberán entregarlo.

3.4.2 Actividad de Aprendizaje 1: Desarrollar una ruta de atención para el acceso de los servicios de salud.

Descripción de la Actividad: Estimados Aprendices en la siguiente actividad la realizarán en sus grupos de trabajo, con base en las actividades realizadas hasta el momento, diseñe una ruta que describa el paso a paso para garantizar el acceso a los servicios de salud de los siguientes tipos de usuarios:

Grupo No. 1: Cotizantes y beneficiarios del Régimen contributivo

Grupo No. 2: Beneficiarios del Régimen subsidiado

Grupo No. 3: Víctimas de accidente de tránsito con y sin póliza

Grupo No. 4: Usuarios que ingresan por accidente de trabajo o enfermedad de origen laboral

Grupo No. 5: Víctimas de eventos catastróficos naturales o terroristas



Grupo No. 6: Usuarios de pólizas estudiantiles, medicina prepagada, población del INPEC.

Recuerde incluir por cada tipo de usuario la comprobación de derechos y los soportes para la atención en salud. Una vez este construida la ruta, se socializa en plenaria de grupo siguiendo las instrucciones del equipo de instructores.

Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.

Detalles de la Actividad:

		
Estrategia Didáctica Portafolio de Servicios Diseñar una ruta de atención a la población asegurada y no asegurada al SGSSS	Criterios de Evaluación <ul style="list-style-type: none">- Presenta portafolio de servicios según lineamientos institucionales.- Direcciona a la persona sin aseguramiento en el trámite administrativo para el acceso a los servicios de salud según normativa vigente.- Identifica la red de prestación de servicios y los convenios inter-institucionales según requerimiento.- Divulga los derechos y deberes del paciente, del trabajador y del empleador en los sistemas generales de seguridad social en salud y riesgos profesionales según normativa vigente y protocolo institucional.	Evidencias Portafolio de Servicios Diseñar una ruta de atención a la población asegurada y no asegurada al SGSSS.

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN



Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento 1. Taller denominado “Regímenes Contributivo y Subsidiado” 2. Infografía sobre UPC, cuotas moderadoras, y los copagos 3. Mapa mental del proceso de la Referencia y Contrareferencia 4. Mapa conceptual del Decreto 4747 del 2007 5. Taller teórico práctico sobre Verificación de derechos.	Reconocer el procedimiento de la admisión a servicios de salud. Determinar los roles de los prestadores y aseguradores en el acceso a los servicios de salud	Técnica: Formulación de preguntas. Instrumento: Cuestionario Técnica: Observación directa



Evidencias de Desempeño Responder preguntas Taller de Actores del SGSSS Evidencias de Producto 1. Portafolio de Servicios 2. Diseñar una ruta de atención a la población asegurada y no asegurada al SGSSS.		Instrumento: Lista de chequeo del desempeño Técnica: Desarrollo de actividades colaborativas Instrumento: Lista de chequeo frecuencias trabajo colaborativo.
--	--	---

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Admisión: conjunto de actividades que se realizan cuando el usuario ingresa a una institución de salud, para la prestación de un servicio. IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

ADRES: La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. La entidad es asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado. La ADRES fue creada con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles.

Entidad Promotora de Salud (EPS): Es la responsable de la afiliación y registro de los usuarios y del recaudo de las cotizaciones. Deben organizar y garantizar la prestación del POS a los afiliados y de girar al FOSYGA ahora ADRES, dentro de los términos de ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes UPC.

ESE (Empresa Social del Estado): Es una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud.

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS): Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud de los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas, hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.

Régimen Contributivo: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización.

Régimen Subsidiado: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen fue creado con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago de cotizar.



Regímenes de Excepción: Son los sistemas de salud, que por decisión del legislador, cuentan con unas normas y una administración para la prestación de los servicios de salud diferente a sus beneficiarios diferente a la establecida para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios.

TRIAGE: El Triage es la clasificación que se realiza de los pacientes con base a su grado de urgencia. Existen 4 tipos de clasificación así:

TRIAGE I: Pacientes que presentan una situación que amenaza o pone en riesgo la vida. Se atiende inmediatamente.

TRIAGE II: Pacientes que presentan una situación de urgencia con riesgo vital. Puede complicarse en cualquier momento. Promedio de espera para la atención 12 horas

TRIAGE III: – Pacientes que presentan un problema de salud que no compromete la integridad del paciente. No es una urgencia. Incluye condiciones de riesgo que ameritan atención médica prioritaria. Promedio de espera para la atención hasta 6 horas.

TRIAGE IV URGENCIA VITAL: NO URGENTE. Paciente con problema no agudo que no asiste a consulta externa y espera ser atendido en urgencias por una molestia menor o crónica. Debe ser remitido a consulta externa. Se deben atender máximo en 72 horas.

URGENCIA VITAL: La urgencia es una alteración en el cuerpo o en la mente que pone en riesgo el bienestar o la vida de una persona y que amerita la atención apremiante de un equipo de salud con el fin de conservar esta y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. En la urgencia vital, se entiende que la vida del paciente corre riesgo o bien la posibilidad que se produzca una secuela funcional de gravedad.

REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD – RIPS -: El Sistema de Información de Prestaciones de Salud, 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, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades.

ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO: Es la entidad responsable de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, definida en la normatividad vigente, EPSC, EPSS, Entes territoriales, entidades de régimen especial.

PROCEDIMIENTO: Secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de la enfermedad.

PROCEDIMIENTO NO QUIRURGICO: Operación manual y/o instrumental incruenta con fines diagnósticos o terapéuticos, durante la cual no se realiza maniobra de las que caracterizan a la cirugía. Es equivalente a “tratamiento médico”, es decir, por cualquier método distinto de la cirugía.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: Operación instrumental cruenta que se practica con fines diagnósticos o terapéuticos, durante la cual se realiza alguna o varias de las maniobras que son características de la cirugía, como incidir, suturar, extirpar o modificar algún tejido u órgano del cuerpo humano.

TRATAMIENTO: Todas las actividades, procedimientos o intervenciones, tendientes a modificar o desaparecer, los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad o patología.

INTERCONSULTA: Es el acto mediante el cual cualquier profesional de la salud, a solicitud del médico u odontólogo tratante, emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del paciente.

REMISIÓN: Es el procedimiento administrativo y asistencial mediante el cual se refiere un paciente o elemento de ayuda diagnóstica de un prestador de servicios de salud a otro, para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con su nivel de resolución dé respuestas a las necesidades de salud, con la consiguiente transferencia de



responsabilidad en el manejo, teniendo en cuenta el diseño, organización y documentación del proceso de referencia definido por la empresa promotora de salud.

CONTRAREFERENCIA: Es la respuesta que los prestadores de servicios de salud receptoras de la referencia, dan a la institución remitora. La respuesta es la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora y el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

APARATOS ORTOPEDICOS: Elementos usados por el paciente afectado por una disfunción, discapacidad o minusvalía, para reemplazar, mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del sistema neuromuscular y esquelético, y se dividen en prótesis y ortesis.

MATERIAL DE CURACION: Son los suministros, que se utilicen en el lavado, desinfección y protección de lesiones de piel, cualquiera que sea el tipo de elementos empleados.

MATERIAL Y DISPOSITIVOS MEDICOQUIRURGICOS: Son los elementos usados en el paciente, reutilizables o desechables, para la práctica de actividades, procedimientos e intervenciones en salud.

ORTESIS: Aparatos ortopédicos, desechables o reutilizables, utilizados externamente con el propósito de proveer soporte a un segmento corporal o mejorar, limitar, complementar o suplir una o varias funciones del sistema neuromuscular y esquelético.

PROTESIS: Son aquellos aparatos cuya función es la de reemplazar una parte anatómica ausente de la persona.

SOAT: Es un seguro obligatorio para todos los vehículos automotores que transitan por el territorio nacional, incluidos los automotores extranjeros en tránsito, que ampara los daños corporales que se causen a las personas en un accidente de tránsito.

CUOTA MODERADORA: Es un aporte en dinero que efectúa el afiliado al régimen contributivo, al utilizar los servicios ofrecidos por el Plan Obligatorio de Salud, a fin de moderar el uso de los mismos.

COPAGO: Corresponde a una parte del valor del servicio cubierto por el POS y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud. Se aplica única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

CUOTA DE RECUPERACIÓN: Es el dinero que debe pagar directamente a la IPS el usuario sisbenizado pero no afiliado al régimen subsidiado, las personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciben atenciones por servicios no incluidos en el POS.

6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Congreso de Colombia. (09 de enero de 2007). Artículos 13 y 44. Se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Ley 1122 de 2007] DO: 46.506. El Congreso.

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de diciembre de 2007) Artículo 6 Capítulo II, Artículo 20 y 21 capítulo IV. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. [Decreto 4747 de 2007]. DO: 46.835. El Ministerio.



Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de Agosto de 2008) Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. [Resolución 3047 de 2008]. DO: 47.272. El ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (18 de febrero de 2009) Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones. [Resolución 416 de 2009]. DO: 47.272. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de mayo de 2015) Establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte de los Departamentos y Distritos a los Prestadores de Servicios de Salud Públicos, Privados o Mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS. [Resolución 1479 de 2015]. DO: 49.504. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (19 de diciembre de 2012) Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución número 3047 de 2008, modificada por la Resolución número 416 de 2009. [Resolución 4331 de 2012]. DO: 48.651. El ministerio.

Departamento Administrativo de la Función Pública. Artículos 111-115 y 120. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. [Decreto ley 019 de 2012] DO: 48.308. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45322>

Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de diciembre de 2000) Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. [Resolución 3374 de 2000]. DO: 44.276.

Ministerio de Salud y Protección Social. 28 de Abril de 2014) Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su ámbito de aplicación. [Resolución 1531 de 2014]. DO: 49.137. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (01 de Abril de 2014) contratación de actividades de promoción y prevención por capitación. [Circular externa 020 de 2014]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Circular-Externa-0020-de-2014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de enero de 2015) Por el cual se establecen las reglas para el funcionamiento de la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT). [Decreto 056 de 2015] DO: 49.394.

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de noviembre de 2015) Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS. [Resolución 4678 de 2015]. DO: 49.714. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de abril de 2016) Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS. Resolución 1352 de 2016]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/actualizacion-cups-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (02 de Diciembre de 2016). "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud —CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2". [Resolución 5975 de 2016] DO: 50.081. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de diciembre de 2016) Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). [Resolución 6408 de 2016] DO: 50.100. El Ministerio.



Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de diciembre 2016) Por la cual se establecen las condiciones, términos y fechas para la aclaración de cuentas y saneamiento contable entre Entidades Responsables de Pago e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones. [Resolución 6066 de 2016]. DO: 50.085. El Ministerio.

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Sandra Milena Enriquez Tróchez	Instructor	Red Salud y Servicios Profesionales	Marzo 2022

8. CONTROL DE CAMBIOS

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón Cambio del
Autor (es)	Lucia Arroyave	Instructor			



PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnólogo Gestión Administrativa del Sector Salud
- **Código del Programa de Formación:** 121104
- **Nombre del Proyecto:** Propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos de atención al usuario en un prestador de servicio de salud de la ciudad de Popayán
- **Fase del Proyecto:** Ejecución
- **Actividad de Proyecto:** Implementar el diseño de la propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos
- **Competencia:** 220601044 - Monitorear sistemas de gestión de acuerdo con normativa y requerimientos técnicos
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
 - 576878 - 3. Verificar el cumplimiento de la gestión del sistema según procedimiento técnico
- **Duración de la Guía:** 20

2. PRESENTACIÓN

La auditoría debe ser entendida como un componente del Sistema Obligatorio Garantía de Calidad, junto con el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información a Usuarios, en el que ninguno tiene más importancia que otro. Dentro del sistema de garantía de calidad la auditoría se convierte en la herramienta fundamental para el logro a cabalidad de los demás componentes. Es importante que la institución tenga claro que la Auditoría para el mejoramiento de la calidad es toda una estrategia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y no debe confundirse con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) que es la forma a través de la cual se operativiza el modelo en una institución determinada.



FUENTE: E.S.E. HOSPITAL CRISTIAN MORENO PALLARES

Isaza Serrano, A. T. (2012). *Garantía de la calidad en salud: Cómo organizar una empresa del sector salud*. Ediciones de la U.. <https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=5508>



3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 Actividades de Relaxión Inicial



El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad tiene como objetivo central garantizar la calidad de la atención en salud como un mecanismo sistémico y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada, tomando como referente los componentes SOGC y los atributos de calidad que son: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad, acorde a la misión y visión de **Sinergia Salud**.

El PAMEC va más allá de una simple evaluación de calidad por lo cual se entiende como un proceso de autocontrol donde se otorga una gran importancia a las oportunidades de mejora pertinentes de intervención con ajustes y acciones necesarias que permitan superar las expectativas de los usuarios de los diferentes procesos de la prestación del servicio de salud. Son enmarcados en la resolución de habilitación y en estándares superiores de acreditación.

Sus objetivos específicos:

- Identificar oportunidades de mejora evaluando periódicamente la calidad de la atención.
- Identificar problemas reales o potenciales prioritarios.
- Implementar los planes de mejoramiento que requiera la organización.
- Evaluar la eficacia de los planes de mejoramiento implementados mostrando el impacto.

El programa se desarrolla mediante la metodología PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) ajustada a la Ruta Crítica que permite fundamentarse en dos pilares que son el mejoramiento continuo y la atención centrada en el usuario. La cual se muestra a continuación.

Ruta Crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

Acorde con lo establecido en las pautas del Ministerio de la Protección Social, **Sinergia Salud** para la implementación del PAMEC ha definido regirse con los siguientes principios:

- **Promoción del autocontrol:** La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesaria, para que los procesos en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, brindando soluciones





oportunas y adecuadas a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

- **Trabajo en equipo:** El desarrollo del PAMEC implica, de manera fundamental, la participación de colaboradores de la organización de diferentes disciplinas y con diversos niveles de formación, en la constitución de equipos que asuman la responsabilidad de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.
- **Enfoque preventivo:** La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.
- **Confianza y respeto:** La auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento institucional.
- **Sencillez:** Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.
- **Confiabilidad:** Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.
- **Validez:** Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría, deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

Equipo de Mejoramiento de Calidad:

Los líderes del equipo de mejoramiento son: Director de Unidad, Coordinador Administrativo, Enfermera de PyP de la Unidad, Médico de apoyo, Psicólogo de Unidad y Bacteriólogo /Odontólogo.

El enfoque del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se realiza en los siguientes procesos en las unidades básicas de atención:

- Sistema de información para la calidad.
- Programa de seguridad y seguimiento a riesgos.
- Estándares de acreditación.
- Satisfacción del usuario.

Para realizar un adecuado seguimiento al impacto del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se monitorea por indicador el cumplimiento acorde a cronograma de la ruta crítica del PAMEC, y cada unidad de **Sinergia Salud**, establece sus propios indicadores retadores acorde a la priorización de los procesos que quedaron en brecha, a los cuales se establece planes de mejoramiento con su respectiva medición del impacto de manera trimestral.

Tomado de: <http://cms.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=46592>

Detallar de la actividad: Teniendo en cuenta lo anterior de un ejemplo de IPS como se encuentra implementando el PAMEC en la anterior IPS, identifique cuales son los aspectos mas importantes a tener en cuenta en una auditoría de calidad, según su criterio.

La instructora realizará un foro en la plataforma de Territorium para que participen de manera activa con sus compañeros e instructora.



3.2 Actividades de aprendizaje 1: Reconocer



La Guía Metodológica para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que se presenta en este documento es un abordaje básico de especial utilidad para quienes no han desarrollado el componente en su totalidad; se constituye en un esfuerzo más para establecer parámetros y unificar criterios en la materia, de manera que sea coherente con el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido por el Ministerio de la Protección Social.

El material presentado no debe ser considerado como una camisa de fuerza para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por el contrario, y en eso radica la importancia del documento, debe ser visto, como su nombre lo indica, como una guía que posibilite y facilite de manera integral el accionar de las organizaciones de salud, impulsando el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de tal forma que se genere valor agregado para los usuarios de los servicios y desde luego dentro de toda la organización.

Detalles de la Actividad:

Descripción de la Actividad Leer el documento Realizar cuadro sinoptico el cual sera sustentado en un video el cual subirán a una red social	Ambiente Requerido Ambiente de formación presencial, por medio de TIC's Territorium	Materiales Computadores Internet Celular

3.3 Actividades de aprendizaje 3: Relacionar la Seguridad del paciente con el PAMEC

“Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente”¹; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.



135 V01



La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud.

Tomado de Guia Tecnica “Buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud” MPS 2010

Descripción de las actividades:

Realizar la lectura de los siguientes documentos y de cada uno de ellos realizar un mapa mental donde se aplique cada uno propósitos de cada uno de ellos, luego de realizar los mapas mentales se harán sustentados en cualquier plataforma o redes sociales, donde se explica cada uno de ellos:

1. **Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en Colombia:** Su propósito es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras.
2. **Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente 2010:** Brinda a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación de buenas prácticas en sus procesos asistenciales.
3. **Herramientas para la seguridad del paciente:** herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.
4. **Guía técnica buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Versión 001 2010:** Su propósito es brindar recomendaciones técnicas para la operativización e implementación de los lineamientos en los procesos asistenciales, recopila las prácticas disponibles en la literatura médica, cuentan con evidencia suficiente o son recomendadas por grupos de expertos.
5. **Promoción de la cultura de seguridad del paciente:** Su propósito es integrar, disponer y difundir la información y el conocimiento sobre seguridad del paciente, para fomentar el desarrollo de capacidades y la implementación de acciones de mejora.

Por favor tener en cuenta y revisar el material de apoyo que se encuentra en la pagina del Ministerio de Salud y Protección Social, hay unos videos e información interesante que pueden tener en cuenta.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

Detalles de la actividad

		
Descripción de la Actividad Realizar un video explicando en mapa mental de cada guía	Ambiente Requerido Ambiente de formación presencial. Territorium	Materiales Computadores y Plataforma Territorium



3.4 Actividades de aprendizaje 4: Construir el PAMEC de la entidad de salud con énfasis en seguridad del paciente

El Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 establece la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud. Este Programa debe ser un “mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud”

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Los procesos de auditoría son obligatorios las Empresas Administradoras de Planes de beneficios (EAPB).

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de la entidad de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas. (Decreto 780,2016).

Descripción de la actividad:

En los grupos de trabajo y con la ayuda del video informativo que la instructora subirá a la plataforma de Territorium en la cual se da la explicación de como implementar el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), que deberán desarrollar como entrega de esta guía de aprendizaje.

Es importante, que tengan en cuenta el material de apoyo, para realizar el PAMEC con enfoque de seguridad del paciente.

Detalles de la actividad

		
Descripción de la Actividad Realizar el PAMEC con enfoque de seguridad del paciente	Ambiente Requerido Ambiente de formación presencial. Territorium	Materiales Computadores y Plataforma Territorium



4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
<p>Evidencias de Conocimiento:</p> <p>Leer el documento</p> <p>Realizar cuadro sinoptico el cual sera sustentado en un video el cual subiran a una red social</p> <p>Evidencias de Desempeño:</p> <p>Realizar un video explicando en mapa mental de cada guia</p> <p>Evidencias de Producto:</p> <p>Realizar el PAMEC con enfoque de seguridad del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none">● Argumenta la importancia del sistema integrado de gestión de calidad en los proceso de la organización● Realiza acciones administrativas para gestionar la seguridad del paciente● Participa activamente en el establecimiento y desarrollo de la cultura de seguridad del paciente según delegación● Optimiza el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en los diferentes procesos que realiza según requerimientos institucionales● Elabora informes de las auditorías según normas técnicas y protocolos establecidos	<p>Listas de Chequeo</p>

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACCESIBILIDAD. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD. Comprende todas aquellas acciones, políticas, incentivos, sanciones y normativas, tendientes a fomentar o resguardar la calidad, ya proveer a los alumnos, postulantes, diversas instancias privadas y públicas, comunidad internacional, gremios profesionales, académicos.

GFPI-F-135 V01

ATENCIÓN EN SALUD. Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.



ATENCIÓN EN SALUD SEGURA. Es una atención en salud que se brinda minimizando los riesgos de ocurrencia de un evento adverso y a la cual se han incorporado las barreras de seguridad requeridas de acuerdo al proceso de atención.

ATENCIÓN INSEGURA. Es una atención en salud en la cual se presenta un acontecimiento o una circunstancia que incrementa el riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

AUDITORIA. Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar hasta qué punto cumplen las políticas, procedimientos o requisitos de referencia.

BARRERA DE SEGURIDAD. Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

CALIDAD. La calidad de la atención en salud se define como el logro de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos.

CERTIFICACIÓN. Proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos.

CÓDIGO DE ETICA. Conjunto de estándares para la construcción y funcionamiento de los principios de la moral aplicados a las acciones humanas.

COMPLICACIÓN. Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

CONFIABILIDAD. Cierta grado de seguridad de que un dispositivo o sistema opera exitosamente en un ambiente específico durante un cierto período.

CONFIDENCIALIDAD. Es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información. La confidencialidad ha sido definida por la Organización Internacional de Estandarización (ISO) como "garantizar que la información es accesible sólo para aquellos autorizados a tener acceso"

CONSENTIMIENTO INFORMADO. Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación, programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes.

CONTINUIDAD. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

CULTURA. Es un conjunto de creencias básicas, construidas y compartidas en el tiempo, por un grupo de personas las cuales determinan su forma de pensar, sentir y obrar. Las dimensiones de la cultura son Invisible (conjunto de valores y principios que son comunes y compartidos en forma auténtica por sus integrantes). Visible (Las conductas o comportamientos característicos en esa organización).

EFFECTIVIDAD. Concepto que involucra la eficiencia y la eficacia, consiste en alcanzar los resultados programados a través del uso óptimo de los recursos involucrados.



EFICACIA. Grado en el que una acción alcanza los resultados esperados. La eficacia consiste en concentrar los esfuerzos de una entidad en las actividades y procesos que realmente deben llevarse a cabo para el cumplimiento de los objetivos formulados.

EFICIENCIA. Es el logro de un objetivo al menor costo unitario posible. Se refiere al uso óptimo de recursos en programas, subprogramas y proyectos.

ERROR ASISTENCIAL. Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.

ESTANDAR. Expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio. Hay diferentes tipos de estándares de acuerdo hacia dónde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado.

EVENTO ADVERSO. Es la lesión o daño no intencional que se le produce a un paciente mientras se le atiende. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

EVENTO ADVERSO PREVENIBLE. Aquella lesión o daño que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE. Aquella lesión o daño que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

EVENTO CENTINELA. Es un evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia.

FACTORES DE RIESGO. Manifestaciones o características medibles u observables de un proceso que indican la presencia de riesgo o tienden a aumentar la exposición. Los factores pueden ser internos o externos a la Entidad.

FOCALIZACIÓN. Centrar algo en un punto o aspecto determinados, generalmente cuando se considera más importante o relevante que otros.

GESTIÓN DE LA CALIDAD. Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad, incluye el establecimiento de la política, los objetivos, la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad.

GRADUALIDAD. Que ocurre en forma paulatina y progresiva en grados. Escalonado, progresivo, sucesivo, continuo, graduado, paulatino.

GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN. Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica.

ICONTEC. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, que mediante Decreto 2269 de 1993 es reconocido como el Organismo Nacional de Normalización.

GFPI-F-135 V01

INCIDENTE. Es un evento que sucede en la atención clínica de un paciente y que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.



INDICADOR. Se refiere a la información numérica que cuantifica (mide) las dimensiones de entrada, salida y de desempeño de procesos, productos y servicios de la organización como un todo. Estas variables permiten medir, evaluar y comparar, cuantitativamente en el tiempo, su propio comportamiento y su posición relativa respecto de sus similares de otras realidades.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Una deficiencia no intencional en la planeación o ejecución de una atención en salud, bien sea por acción u omisión.

MEJORA CONTINUA. Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

OPORTUNIDAD. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de salud que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o salud.

PARTICIPACIÓN. Tomar o recibir parte de algo, compartir, noticiar.

PRÁCTICA SEGURA. Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

PERTINENCIA. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

POLÍTICA. Es una meta y las medidas prioritarias suficientes para conseguir esta meta. Política = Meta + Medida.

PROCESO. El concepto de proceso puede ser entendido como el conjunto de causas que provocan un o unos efectos.

PROTOCOLO. Es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio.

RIESGO. Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

SEGURIDAD. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

SENCILLEZ. Que no tiene composición, carece de ostentación o no ofrece dificultad.

SERVICIO. Los resultados generados por las actividades en la interrelación entre el proveedor y el cliente y por las actividades internas del proveedor para atender las necesidades del cliente.

TRIAGE. Sistema de clasificación de gravedad de los usuarios en los servicios de urgencias, el cual determina la urgencia de la prestación del servicio, al igual que los recursos necesarios para la prestación del servicio. Es un término de origen francés que significa clasificar para definir prioridades.

USUARIO. Es quién recibe el beneficio pretendido del producto sea o no el comprador del mismo (el paciente).

VALIDEZ. Aquello que es válido o formalmente adecuado, por ajustarse a las reglas, ya sean lógicas, matemáticas o legales.



VERIFICACIÓN. Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Isaza Serrano, Alejandro Tadeo; Garantía de Calidad en Salud Como organizar una empresa del sector salud. Bogota. Ediciones de la U. 2018.

Ortiz González, Oscar y Ortiz Arciniegas Jaime. Sistemas de Gestión de Calidad. Teoría y Práctica bajo la norma ISO. Bogota. Ediciones ECOE. 2019.

Mejía García, Baulio. Auditoria Medica. Para la Garantía de calidad en salud. Quinta edición. Bogotá. Edicion ECOE. 2009.

González Ortiz, O. C., Arciniegas Ortiz, J. A.(2020). Sistemas de gestión de calidad: teoría y práctica bajo la norma ISO. ISO 9001:2015, ISO 1400:2015, ISO 45001:2018. Ecoe Ediciones. <https://www-ebooks7-24-com.bdigital.sena.edu.co/?il=10908>

Norma ISO 9001: 2008 - Sistema de Gestión de Calidad

Decreto 1011 de 2006

http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf

Observatorio de calidad de la atención en salud

http://201.234.78.38/ocs/public/ind_calidad/documentos.aspx <http://www.transformacionproductiva.gov.co>

Ministerio de Protección Social

<http://web.presidencia.gov.co/decretoslinea/2010/enero/21/dec13321012010.pdf>

La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos asociados. Lic. Sandor Luis Miranda.

Algunos Ejemplos de Mala Calidad en Salud -

<http://www.gerenteweb.com/documentos/calidad/dc0909031.php>

Historia de la Calidad <http://www.youtube.com/watch?v=Qzgwoufal3g>

Zamarrón, Beatriz (2009). Papeles de trabajo: Auditoría. Argentina: El Cid Editor

López Toledo, Marta Rosa; Martínez Calderín, Leidi Sara; Pérez Falco, Grisel (2009). Calidad en la auditoría: credibilidad y confianza en los auditores. Argentina: El Cid Editor

Video Auditoria de Calidad - <http://www.youtube.com/watch?v=j4Gi7OSTNFE>

Urquiza, R. Conceptos de Calidad en Salud (2004). Evid. actual. práct. ambul.; 7: 152-155.



7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Sandra Milena Enriquez Trochez	Instructor en Salud	Regional Cauca Centro de Comercio y Servicios	10/10/2022

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)	Lucia Arroyave	Instructor			



SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD (SOGCS)



@SENAComunica

www.sena.edu.co

Introducción

Antecedentes Sistema
Obligatorio de Garantía de la
Calidad en Salud en Colombia



Introducción SOGCS



De acuerdo con la Constitución Política de Colombia de 1991, la salud es un servicio público que el Estado debe garantizar a toda la población, dado que está bajo su dirección, coordinación y control. Además, debe estar inmerso en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Por lo tanto, el Estado debe generar las políticas para la adecuada prestación de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).



La salud
es de todos

Minsalud

Introducción SOGCS



Con la Ley 100 de 1993 se estableció un sistema que debía cumplir con ciertos principios, dando como resultado un cambio estructural en el sistema de salud de nuestro país. Estos principios debían adaptarse dentro de un mercado de aseguramiento que generaría competencia entre las empresas aseguradoras, con el fin de mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios. Del mismo modo, se buscaba crear una competencia entre las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y contemplar el principio de solidaridad en el financiamiento, con el objetivo de facilitar las condiciones de acceso a toda la población al sistema de salud, es decir, aumentar la cobertura y la calidad en la prestación de los servicios, en especial para los marginados (Santa María, García, Rozo y Uribe, 2011).

Introducción SOGCS



El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGCS, cuenta con una política pública contemplada en el Decreto 1011 de 2006. Dicha política establece los lineamientos y procesos de calidad que deben cumplir los agentes que intervienen en la atención en salud y determina cómo a través de la articulación de ellos se integran el sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad, el sistema único de acreditación y el sistema de información que permiten desde un enfoque básico de riesgo y en la ruta de la mejora continua, poder lograr el máximo nivel de calidad el cual reside en la acreditación en salud.

Introducción SOGCS



Los sistemas de gestión de calidad avanzan en consonancia con el logro del cumplimiento de las necesidades de las diferentes partes interesadas. Es importante reconocer sus logros, entre ellos el establecimiento de una calidad mucho más técnica, basada en procesos, sistemas estructurales y documentales, los cuales han mostrado ser de gran utilidad; desde que su práctica se introdujo en los modelos productivos industriales y de los servicios, a mediados de los años 80.

La calidad de la atención en salud ha evolucionado de forma permanente en la medida que el sistema avanza a través del tiempo y por tal motivo, su estructura debe adaptarse a los cambios sistémicos y del entorno, siendo flexible a las nuevas tecnologías, ingreso de nuevos actores, modelos de negocio, modelos de servicio, necesidades de los pacientes y solidez institucional entre otros.



Antecedentes SOGCS



El SOGC es producto de un trabajo mancomunado del Ministerio de Salud (actual Ministerio de Salud y Protección Social) y el consorcio internacional conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria y Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud QUALIMED (Kerguelén, 2008).

Los objetivos del proyecto ha sido desarrollar y fortalecer el sistema de garantía de calidad, que integra aspectos de evaluación de la calidad e información al usuario, así como los mecanismos para implementarlo en las entidades aseguradoras y los prestadores, con el fin de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve una alta satisfacción de los usuarios, al tiempo que impulse el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector (Kerguelén, 2008).

Antecedentes SOGCS



Los antecedentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se encuentran en la Ley 100 de 1993, la cual establece la calidad como uno de los principios rectores del SGSSS, y el Artículo 153 señala que: «el Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago», a su vez, ordena la creación de un sistema que garantice la calidad en la atención en salud (Artículo 227, Ley 100 de 1993).

Antecedentes SOGCS



Como primer esfuerzo normativo se publica en 1996 el Decreto 2174 (derogado por el Decreto 2309 de 2009), posteriormente se establece el Decreto 1011 de 2006, el cual incorpora requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud mediante el cumplimiento de estándares de obligatorios para quienes deseen ofertar servicios de salud.

En 2016 el Decreto 1011 de 2006 fue derogado por el Decreto 780 de 2016. El sistema de garantía de calidad fundamenta su diseño en un modelo de incentivos



Antecedentes SOGCS



Su implementación en un esquema de competencia regulada, en la cual se desarrollaron diversos instrumentos que cumplen un papel determinado, así:

1. Requisitos esenciales (habilitación), un instrumento para la defensa del usuario.
2. La acreditación, tanto de EPS como de IPS, promueve el mejoramiento de instituciones.
3. La auditoría para el mejoramiento de la calidad, apoya y facilita la labor de vigilancia y control realizada por el Estado y
4. El sistema de información a usuarios, motor de la libre elección (Kerguelén, 2008).



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Centro de comunicaciones 

[Inicio](#) [Transparencia y Acceso a la Información Pública](#) [Atención y Servicios a la ciudadanía](#) [Participa](#) [Salud](#) [Protección Social](#) [Normativa](#)

Salud Pública

Plan de Beneficios en Salud

Prestación de Servicios

Calidad de Atención en Salud

Medicamentos y Tecnologías

Profesiones y Ocupaciones

- [Observatorio Nacional de Calidad en Salud \(ONCAS\)](#)
- [Desempeño de las EPS](#)
- [Seguridad del Paciente](#)
- [Protocolos Clínicos](#)
- [Derechos y deberes](#)
- [Entidades Acreditadas en Salud](#)
- [Observaciones a GPC o a otros documentos preliminares](#)
- [Humanización en Salud](#)
- [Tutelas en Salud](#)
- [Guía de Prácticas Clínica - GPC](#)

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo.



COMPARTIR SEGUIR

Última actualización: Lunes 6 de Febrero de 2023

Mapa del sitio Inicio de sesión



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Inicio Centrales de Información Servicios digitales Catálogos Observatorios Reporte de información Lineamientos TI Ayudas

Portal SISPRO > Observatorios > Observatorio Nacional de Calidad en Salud

Menu Observatorios



<https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/default.aspx>

Actividad 1

Los aprendices realizarán un recorrido por la página del Ministerio de Salud y consultarán las siguientes preguntas del **El Observatorio Nacional de Calidad en Salud**:

1. ¿Quién es?
2. Funciones y finalidad

Realizar un foro con la consulta realizada.



Contextualización

Sistema Obligatorio de Garantía de
la Calidad en Salud en Colombia



The background of the slide is a video frame showing a woman with glasses and a ponytail, wearing a white lab coat, sitting at a desk in a laboratory or pharmacy. She is looking at a computer monitor and has her hand on the keyboard. Shelves with various bottles are visible in the background.

Requisitos Mínimos

<https://youtu.be/8khUnqmN-Vc>

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS



Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

- El SOGCS es un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Artículo 2.5.1.1.3, número. 8, Decreto 780 de 2016).

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS



Partiendo del
análisis de los
términos
esenciales

SISTEMA

Conjunto de **COMPONENTES** que interactúan entre ellos de manera coordinada y buscan un conjunto de objetivos.

GARANTÍA

Conjunto de **ACCIONES** sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impiden el mayor beneficios que incrementan los riesgos a los pacientes.

CALIDAD

Conjunto de **PROPIEDADES** inherentes a una cosa que permiten caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.

Fuente: Kerguelén
(2008).



GRACIAS

Línea de atención al ciudadano: 01 8000 910270
Línea de atención al empresario: 01 8000 910682



@SENAComunica

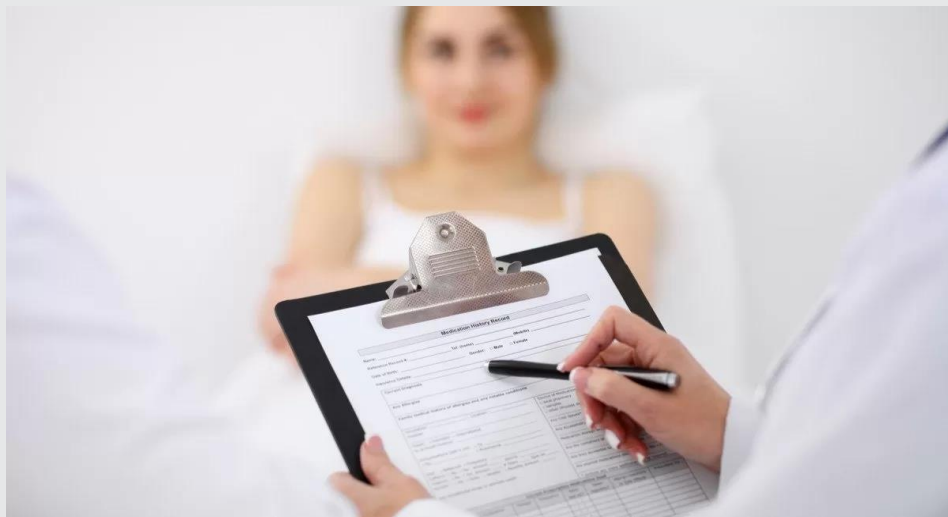
www.sena.edu.co



El empleo
es de todos

Mintrabajo

HISTORIA CLÍNICA



@SENAcomunica

www.sena.edu.co



Historia Clínica

Normatividad de la Historia Clínica
Características de la Historia Clínica
Historia Clínica Electrónica

INTRODUCCIÓN

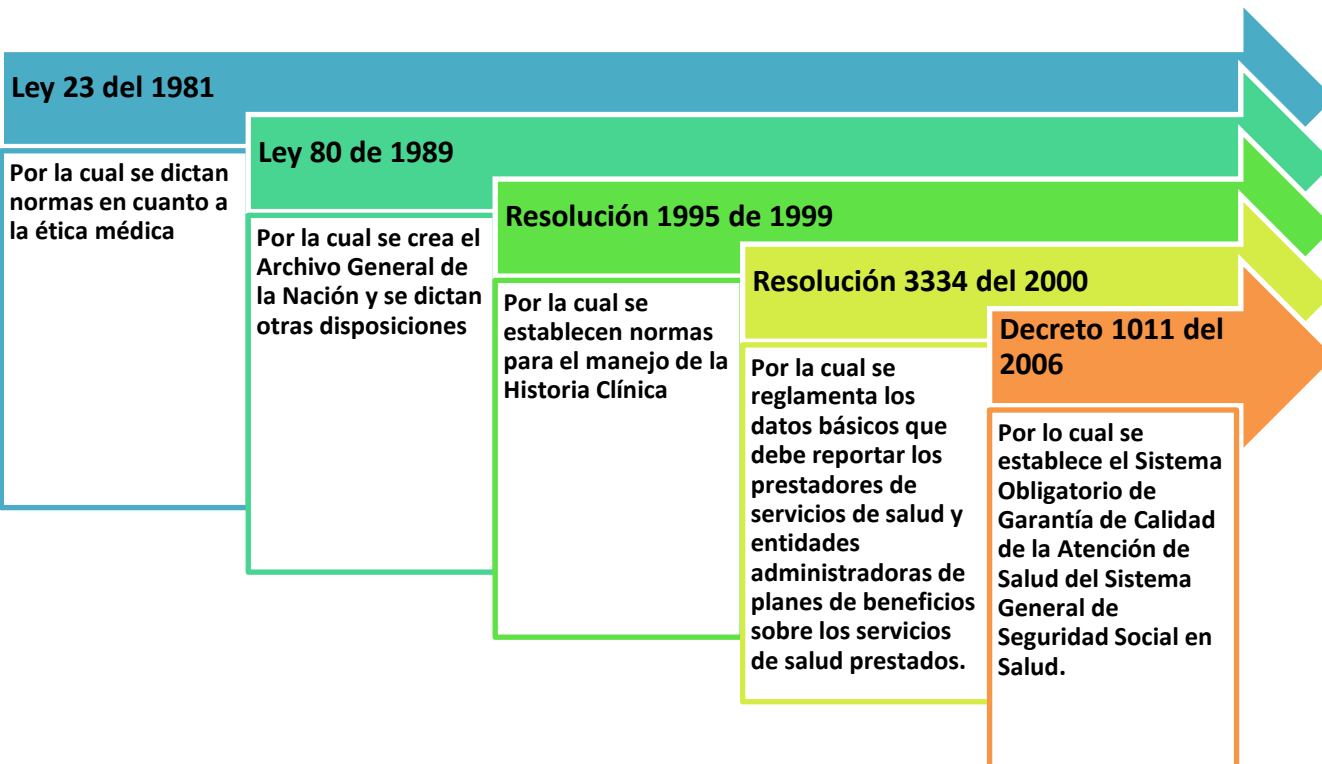


La Historia Clínica, es un documento de vital importancia para la prestación de los servicios de atención en salud y para el desarrollo científico y cultural del sector.

En el momento en el que una persona acude por primera vez a realizar un control de su salud o a solucionar un episodio de enfermedad, se origina un documento personal y único en el que aparecerán todos los datos relacionados con su salud, ya sea en un hospital, en un centro de atención primaria o en un consultorio médico.

Si no sabes a ciencia cierta qué es la historia clínica de un paciente y para qué sirve, sigue leyendo para obtener toda la información relativa a este importante y necesario archivo relacionado con la salud.

NORMATIVIDAD



Normas para el manejo de H.C



3.1 Resolución 1995 de 1999, Establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

La historia clínica es un documento legal que debe cumplir una serie de requisitos para su diligenciamiento, manejo y serán de obligatorio cumplimiento por todos los prestadores de servicios de salud. A continuación, daremos a conocer una de ellas.

Capítulo I

Capítulo II

Capítulo III

Capítulo IV

➤ CAPÍTULO I DEFINICIONES Y DISPOSICIONES GENERALES.



DEFINICIONES



Historia Clínica

- Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.



Estado de salud

- El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.



Equipo de Salud

- Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínica asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Resolución 1995 del 1999

APLICACIÓN



Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud. **(Resolución 1995 de 1999)**



CARACTERÍSTICAS H.C



Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.



Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Resolución 1995 del 1999

CARACTERÍSTICAS H.C



Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.



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



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

Resolución 1995 del 1999

OBLIGATORIEDAD DEL REGISTRO



Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución.

Resolución 1995 del 1999

DILIGENCIAMIENTO

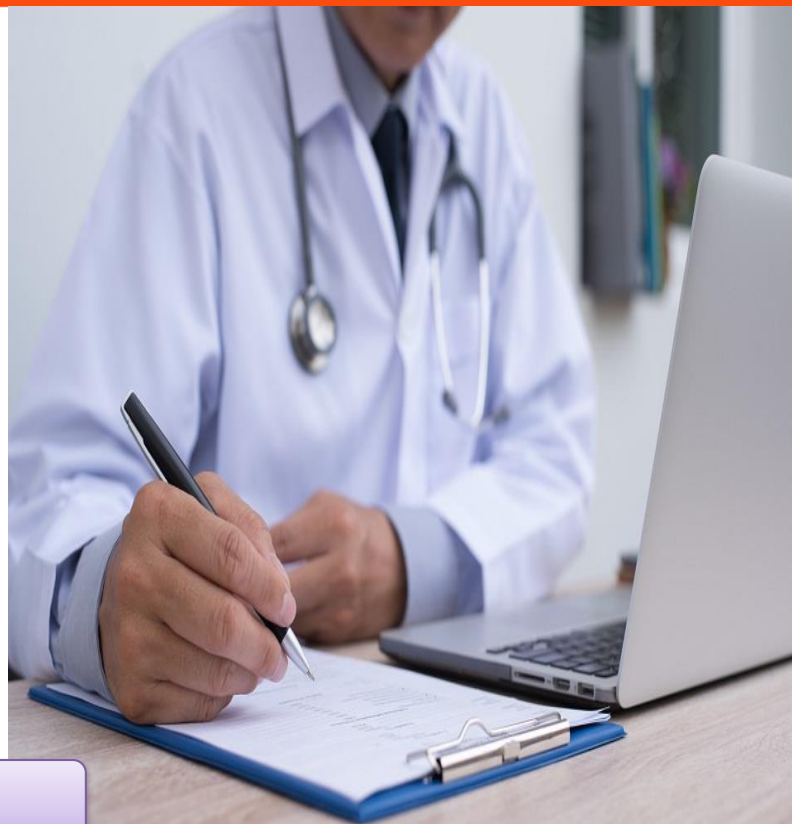


- CAPITULO II DILIGENCIAMIENTO

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma *clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas.*

Cada anotación debe *llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.*

Resolución 1995 del 1999



APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA



Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica.



A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad



El número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años

Resolución 1995 del 1999

APERTURA E IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA



El número del registro civil para los menores de siete años



Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería



En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.

DILIGENCIAMIENTO



NUMERACION CONSECUTIVA DE LA HISTORIA CLINICA

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.



COMPONENTES

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

Resolución 1995 del 1999

DILIGENCIAMIENTO



IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Los contenidos mínimos de este componente son:
datos personales de identificación del usuario,
apellidos y nombres completos,
estado civil,
documento de identidad,
fecha de nacimiento,
edad,
sexo,

ocupación,
dirección
teléfono del domicilio y
lugar de residencia,
nombre y teléfono del acompañante;
nombre, teléfono y parentesco de la
persona responsable del usuario, según
el caso; aseguradora y tipo de
vinculación.

Resolución 1995 del 1999

REGISTROS ESPECÍFICOS

Registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

DILIGENCIAMIENTO



Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

Todo prestador de servicios de salud debe adoptar mediante el acto respectivo, los registros específicos, de conformidad con los servicios prestados en su Institución, así como el contenido de los mismos en los que se incluyan además de los contenidos mínimos los que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente. El prestador de servicios puede adoptar los formatos y medios de registro que respondan a sus necesidades, sin perjuicio del cumplimiento de las instrucciones impartidas por las autoridades competentes.

Resolución 1995 del 1999

ANEXOS

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

- autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado),
- procedimientos,
- autorización para necropsia,
- declaración de retiro voluntario y demás
- documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

Qué datos se incluyen en la historia clínica de un paciente



La información exacta que aparece en el archivo es:

- ✓ Documentación relativa a la hoja clínico-estadística
- ✓ Autorización del ingreso
- ✓ Informe de urgencia
- ✓ Anamnesis y exploración física
- ✓ Evolución
- ✓ Órdenes médicas
- ✓ Hoja de interconsulta
- ✓ Informes de exploraciones complementarias
- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Informe de anestesia
- ✓ Informe de quirófano o registro del parto
- ✓ Informe de anatomía patológica
- ✓ Evolución y planificación de cuidados de enfermería
- ✓ Aplicación terapéutica de enfermería
- ✓ Gráfico de constantes
- ✓ Informe clínico de alta

Los documentos incluidos dentro de la **historia clínica** de un paciente recogen toda la información relativa a los procesos médicos y asistenciales de dicha persona. En ellos se identifica además el nombre de los profesionales que han intervenido y de la medicación aplicada. En definitiva, cualquier dato trascendental que ofrezca un conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.

<https://clinic-cloud.com/blog/la-historia-clinica-paciente-sirve/>

Resolución 839 de 2017, Modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.



3.2 Resolución 839 de 2017, Modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones. _____



Una vez realizado el reconocimiento y apropiación de la **Resolución 1995 de 1999**, nos disponemos a revisar las modificaciones que se le realizaron a esta resolución.

Resolución 839 de 2017, Modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.



3.3 La historia clínica

Capítulo I

Capítulo II

Capítulo III

Capítulo IV

➤ CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES



Resolución 839 de 2017, Modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.



Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así como reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS, para el manejo de estas en caso de liquidación.

Recorte rectangular

Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a las entidades que integran el SGSSS, a las entidades con regímenes especiales y de excepción y demás personas naturales o jurídicas, que se relacionan con la atención en salud. Así mismo, se aplicará a las entidades pertenecientes al SGSSS que se encuentren en proceso de liquidación o se liquiden con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente resolución, a los profesionales independientes que decidan no continuar con la prestación del servicio de salud y a los mandatarios y Patrimonios Autónomos de Remanentes que hayan recibido y tengan bajo su custodia historias clínicas como consecuencia de procesos de liquidación o cierre definitivo de servicios de salud. Modifica el Artículo 2. Ámbito de aplicación de la resolución 1995 DE 1999.

Resolución 839 de 2017, Modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.



Capítulo I

Capítulo II

Capítulo III

Capítulo IV

➤ CAPÍTULO II. PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA HISTORIA CLÍNICA

Donde el artículo 3 Modifica al artículo 15.- retención y tiempo de conservación de la resolución 1995 DE 1999 y anexa otra reglamentación.

● Recorte rectangular



Resolución 839 de 2017, Modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.



Artículo 3. Retención y tiempos de conservación documental del expediente de la historia clínica. La historia clínica debe retenerse y conservarse por el responsable de su custodia, por un periodo mínimo de quince (15) años, contados a partir de la fecha de la última atención. Los cinco (5) primeros años dicha retención y conservación se hará en el archivo de gestión y los diez (10) años siguientes en el archivo central.

Artículo 4. Disposición final del expediente de historia clínica. La disposición final y la consecuente eliminación de historias clínicas, procederá por parte del responsable de su custodia, siempre que concurren las siguientes condiciones:

- 4.1** Que se haya cumplido el tiempo de retención y conservación documental de que trata el artículo anterior.
- 4.2** Que se haya adelantado el procedimiento de publicación a que refiere el artículo 3 de la presente resolución, salvo lo previsto para las entidades a que refiere el párrafo de dicho artículo.
- 4.3** Que se haya adelantado la valoración correspondiente, orientada a determinar si la información contenida en las historias a eliminar posee o no valor secundario (científico, histórico o cultural), en los términos establecidos por el Archivo General de la Nación, de lo cual se dejará constancia en un acta, que será firmada por el representante legal de la entidad y por el revisor fiscal cuando a ello haya lugar, acompañada del respectivo inventario en el que se identifique la valoración realizada a cada una de aquellas. En el caso de profesionales independientes, una vez realizado el proceso de valoración, el acta será suscrita únicamente por dicho profesional.

Resolución 839 de 2017, Modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.



Artículo 5. Procedimiento de eliminación de historias clínicas. Cumplidas las condiciones de que trata el artículo anterior, se procederá a la eliminación de las historias clínicas, así:

- » Las entidades públicas.
- » Las entidades privadas adelantarán el siguiente procedimiento.
- » Los profesionales independientes adelantarán el siguiente procedimiento.
- » Las Entidades en Liquidación o a liquidar y otras entidades aquí indicadas, adelantarán el siguiente procedimiento.

Para ondear más en este tema diríjase a la sección correspondiente de la **Resolución 839 de 2017** donde se le explicara más profundamente el contexto.

Ley 2015 de 2020. Crea la historia clínica electrónica.



3. Ley 2015 de 2020. Crea la historia clínica electrónica.



LEY 2015 de 2020 Por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones. Con esta ley se quiere tener un control más extenso de la situación médica de cada uno del usuario independientemente de la institución de salud que le preste los servicios.

El Ministerio de Salud, pretende con la interoperabilidad de la historia clínica sirva para que los médicos puedan consultar información de los pacientes desde cualquier lugar del país sin importar el sitio de atención del paciente, permitiendo a los profesionales de la salud tener datos claros, reales y confiables de todos los antecedentes de salud de las personas, esto con el fin de lograr mejores diagnósticos y una atención más segura. (Ministerio de Salud, s.f.).

Ley 2015 de 2020. Crea la historia clínica electrónica.



El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los datos que serán interoperables en las primeras fases del desarrollo del proyecto. Una información que permitirá dar continuidad a la atención y seguridad del paciente. (Ministerio de Salud, 2020).



Ley 2015 de 2020. Crea la historia clínica electrónica.



HISTORIA CLÍNICA



Historia Clínica Electrónica: es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido ~n sistemas de información y aplicaciones de *software* con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente.

Ley 2015 de 2020. Crea la historia clínica electrónica.



Interoperabilidad: capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente.



Historia Clínica Partes



1. ANAMNESIS O INTERROGATORIO:

(datos subjetivos)

corresponde a toda la información dada por el paciente el entrevistarlos

Positiva Universidad Católica de Valparaíso
Educación Enfermería 2003
Prof. Ralfo Saez

ANAMNESIS

IDENTIFICACION			
Nombre: _____			
Fecha de Nacimiento: _____		Edad: _____	
Domicilio: _____		Teléfono: _____	
Estadocivil: _____		Curso: _____	
ANTECEDENTES FAMILIARES			
Antecedentes del Padre			
Ocupación: _____		Edad: _____	
Etnia: _____		Trabajo: _____	
Antecedentes de la madre			
Ocupación: _____		Edad: _____	
Etnia: _____		Trabajo: _____	
Nº de hijos: _____		Logar que ocupa el la abuelita: _____	
Personas con quienes vive: _____			
Personas con quienes vive: _____			
ANTECEDENTES ENOLARES			
Inicio escolar: Año _____		Edad: _____	Curso: _____
Regresión: Año _____		Edad: _____	Curso: _____
Año: _____		Edad: _____	Curso: _____
ANTECEDENTES PRENATALES (período de embarazo)			
Factores de la madre:			
Medicamentos (antes): _____			
Causas: _____		Historia de parto (antes): _____	
Estado Nutricional: _____			
Estado Emocional: _____			
Antecedentes Patológicos (antes): _____			
Peso: _____		Peso: _____	Talla: _____
Fase: _____		Fase: _____	Agua: _____
ANTECEDENTES POSTNATALES			
Vacunación posterior al parto:			
Enfermedades infecciosas: Escarlatina _____		Meningitis _____	Fiebre tifoidea _____
Difteria _____		Tuberculosis _____	
Operaciones - hospitalizaciones (antes): _____			
Ha sufrido: Fiebre de conciencia: _____			

2. Examen Físico

Se obtienen datos del estado de salud a través de la inspección, palpación, auscultación, y percusión de la cabeza a los pies del paciente





3. Pruebas Exámenes Complementarios

Se obtienen datos a partir de laboratorios clínicos, radiografías, ecografías etc.

4. Diagnostico Medico

Juicio o concepto medico que define la causa o enfermedad





5. Tratamiento Instaurado

Acciones a ejecutar con el paciente como:

- Medicamentos
- Cirugías
- Procedimientos, etc.

Hojas o registro de la Historia Clínica Hospitalaria



- ✓ Hoja de Admisión
- ✓ Hoja de Evolución
- ✓ Hoja de Ordenes medicas
- ✓ Hoja de Notas de enfermería
- ✓ Hoja de Signos vitales
- ✓ Hoja de control de líquidos
- ✓ Hoja de control de medicamentos
- ✓ Hoja Neurológica
- ✓ Hoja de descripción de cirugía
- ✓ Hoja de resultados de laboratorios
- ✓ Fotocopia de documentos de identidad
- ✓ Hoja de Epicrisis
- ✓ Otros anexos: consentimiento informado, reportes de interpretación de imágenes dx, etc.

Organización de la Historia Clínica Hospitalaria



1. Hoja de Evolución medica
2. Hoja de Ordenes médicas
3. Hoja de Signos Vitales
4. Hoja control neurológico (si lo amerita el paciente)
5. Hoja de Control de líquidos. (si lo amerita el paciente)
6. Hoja de resultados de laboratorio (opcional)
7. Hoja de control de medicamentos.
8. Hoja Notas de enfermería.
9. Hoja de descripción quirúrgica – anestesia (su hubo Cx).
10. Anexos: fotocopias de documentos de identidad, consentimiento informado, etc.

NOTAS DE EVOLUCION

FOLIO

Nº 043

SERVICIO	FECHA	HORA	NOTAS
			Presup. a Cooperación de personal recursos.
	08-4	9:15	Paciente, que al inicio del 1º turno aus. no registra de su salud, registrando a la 1.30 aparente de grado. Según se preguntó durante su examen físico no presenta en forma en observación Puede ser curado
	3/4/9	7/N	Paciente de 44 años, en reposo, 1 de 1.70 m. y 100 kg. estatura, ventosa respiratoria relativa de indicación en el turno. Con F.V. audible, presión sin normalidad de 120/80, Tª axil 36.5, HR 100, Hb 10.0 Completó el turno favorablemente, se realizó el Tto de CIE-PRASOL, en observación el Tto que puede mejorar en el 22 ABR 2009

Apellidos y Nombre: _____
 Nº de Seguro: _____
 Nº de Historia Clínica: _____

Las observaciones favorables la firma del mº Tto que registra los datos.



Hoja de evolución médica

model 4

[illegible]

1. Informationsquellen befragen	2. Hypothese formulieren	3. Beobachtungen
4. Statistikauswertung	5. Ergebnisse	6. Normalverteilungstest anwenden
7. Hypotheseninterpretation	8. Auswertung der Ergebnisse	9. Zusammenfassung
10. Zusammenfassung	11. Zusammenfassung der Ergebnisse	

DATE	TIME	TOPIC	REMARKS
25. Dec 21	1:00	1. Data Presentation guidelines	
		2. Do the 60 minutes exercise during class	
		3. Do the 10 x 100m	
		4. Readings - Grandchildren of Columbus	
		5. Group 10 - Europe	
		6. Europe - 1st of 100m	
		7. Assessment - 10 - 100m	
		8. Project - 100m	
		9. No. 100m	
		10. 100m	
		11. 100m	
		12. 100m	
		13. 100m	
		14. 100m	
		15. 100m	
		16. 100m	
		17. 100m	
		18. 100m	
		19. 100m	
		20. 100m	
		21. 100m	
		22. 100m	
		23. 100m	
		24. 100m	
		25. 100m	
		26. 100m	
		27. 100m	
		28. 100m	
		29. 100m	
		30. 100m	
		31. 100m	
		32. 100m	
		33. 100m	
		34. 100m	
		35. 100m	
		36. 100m	
		37. 100m	
		38. 100m	
		39. 100m	
		40. 100m	
		41. 100m	
		42. 100m	
		43. 100m	
		44. 100m	
		45. 100m	
		46. 100m	
		47. 100m	
		48. 100m	
		49. 100m	
		50. 100m	
		51. 100m	
		52. 100m	
		53. 100m	
		54. 100m	
		55. 100m	
		56. 100m	
		57. 100m	
		58. 100m	
		59. 100m	
		60. 100m	
		61. 100m	
		62. 100m	
		63. 100m	
		64. 100m	
		65. 100m	
		66. 100m	
		67. 100m	
		68. 100m	
		69. 100m	
		70. 100m	
		71. 100m	
		72. 100m	
		73. 100m	
		74. 100m	
		75. 100m	
		76. 100m	
		77. 100m	
		78. 100m	
		79. 100m	
		80. 100m	
		81. 100m	
		82. 100m	
		83. 100m	
		84. 100m	
		85. 100m	
		86. 100m	
		87. 100m	
		88. 100m	
		89. 100m	
		90. 100m	
		91. 100m	
		92. 100m	
		93. 100m	
		94. 100m	
		95. 100m	
		96. 100m	
		97. 100m	
		98. 100m	
		99. 100m	
		100. 100m	

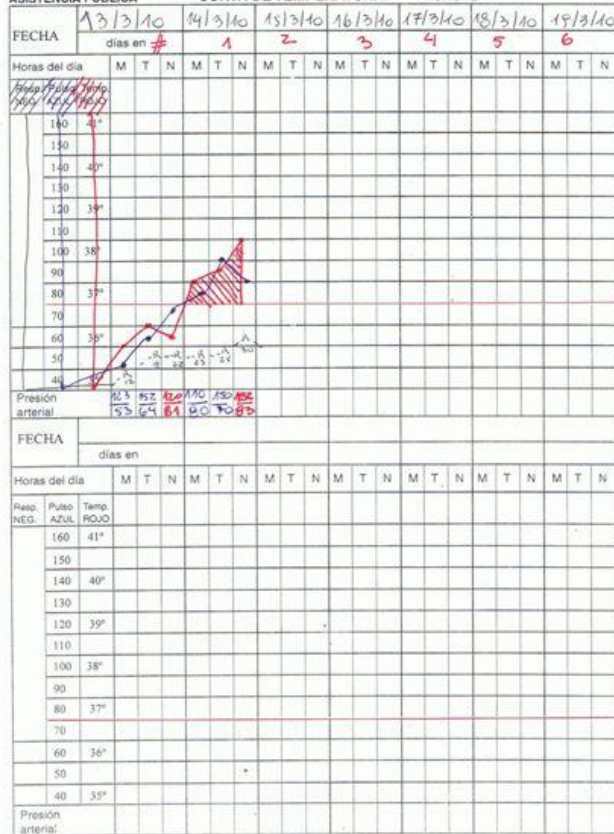
Hoja de ordenes medicas



HOSPITAL DE URGENCIA
ASISTENCIA PUBLICA

CURVA DE TEMPERATURA

NOMBRE



Es un registro
numérico y
grafico de los
signos vitales
del paciente.
Nos da una
visión mas
general

Hoja de Signos Vitales

Videos de Historia Clínica



<https://youtu.be/55ovi3OJcKg>

<https://www.youtube.com/watch?v=ou9gIGBZOWE>

<https://youtu.be/LVUqIIcLjH0>



G R A C I A S

Línea de atención al ciudadano: 018000 910270
Línea de atención al empresario: 018000 910682



@SENAcomunica

www.sena.edu.co



El empleo
es de todos

Mintrabajo

Modelos de contratación en salud



@SENAcomunica

www.sena.edu.co



Decreto 441 de 2022

**Acuerdos de Voluntades entre Entidades
Responsables de Pago, Prestadores de
Servicios de Salud y Proveedores de
Tecnologías en Salud**

(Anterior Decreto 4747/07)

1. INTRODUCCIÓN



La contratación tiene gran implicación en el funcionamiento del sistema de salud; lo que se puede observar claramente en la implementación de la ley 100 de 1993, ya que trasciende de Sistema Nacional de Salud a Sistema General de Seguridad Social en Salud, este cambio pretende la cobertura global a través de un Sistema de aseguramiento Nacional y obligatorio, buscando el aumento de eficiencia del Sistema de Salud; por lo anterior, es esencial conocer el sistema de pago y los modelos de contratación de los servicios de salud en Colombia, debido al impacto que tiene en la prestación y en calidad de los servicios.





Derogado Decreto 4747/07 (Integrado en Decreto. 780/16)



Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud

Requisitos mínimos para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios

Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios

Condiciones separadas por modalidad de pago

Manual Único de Glosas, Devoluciones y respuestas

Soportes de cobro

Aspectos relacionados con la facturación y liquidación de los acuerdos



Resoluciones reglamentarias Decreto 4747 de 2007



Resolución 3253 de 2009 - Por la cual se establecen los principios generales y los lineamientos que deben ser tenidos en cuenta para definir, hacer seguimiento y evaluar las metas de cobertura, resolutiveidad y oportunidad en los acuerdos de voluntades (artículos 6 y 7 del 4747)

Resolución 3047 de 2008
“Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud”,

Modificada parcialmente

Resolución 416 de 2009 - Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 – realiza modificaciones en temas relacionados con el Manual único de glosas, devoluciones y respuestas, así como complementar algunos de sus contenidos.

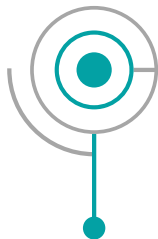
Resolución 4331 de 2012, que definió entre otros, los anexos técnicos referidos a los soportes de cobro de las facturas de venta de las prestaciones en salud y al Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas acorde con los soportes y los mecanismos de pago.

Objetivos del ajuste en el Decreto 441 de 2022



Decreto que actualiza los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago con los prestadores de servicios de salud y con los proveedores de tecnologías en salud

NECESIDAD



Articular a los agentes del SGSSS en torno al uso de modalidades de pago orientadas a la obtención de resultados en salud y fortalecer los mecanismos regulatorios para mejorar las relaciones de los agentes, vinculados al desempeño y la atención integral en salud

AJUSTE



Objetivo general.

Regular los aspectos generales de las relaciones contractuales, fortaleciendo la protección de los usuarios y generando mecanismos al mercado para evitar abusos de posiciones dominantes en los acuerdos de voluntades

OBJETIVOS ESPECÍFICOS



- Actualizar los mecanismos de pago conforme ha evolucionado el mercado
- Establecer denominaciones y definiciones que unifiquen el lenguaje en el sector
- Introducir mecanismos de protección para los usuarios
- Determinar mecanismos que eviten abusos de posición dominante
- Armonizar el contenido con la información del Portal Financiero y de Contratación

2. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO



01 | Obligatoriedad de cumplimiento para los **proveedores de tecnologías en salud**

02 | Actualización de elementos para la negociación por actor

03 | Estandarización de los contenidos mínimos de los acuerdos

04 | Reglas para la **renovación automática y liquidación** de los acuerdos

05 | Estandarización de las definiciones clave para el sector: pago prospectivo, retrospectivo, riesgo primario, riesgo técnico

06 | Definición de características de las modalidades de pago

07 | Obligatoriedad de la **Nota técnica y mecanismos de ajuste de riesgo**

08 | Disposición y transparencia en la información relacionada con la población y los servicios y tecnologías incluidos

09 | Seguimiento a los acuerdos con indicadores de calidad, gestión y resultados

10 | Uso de incentivos económicos y no económicos para reconocimiento a la gestión de PSS y PTS

Estructura del Decreto 441 de 2022



Sección 1. Disposiciones Generales

- 3 artículos

Sección 2. De los acuerdos de voluntades

- 5 artículos

Sección 3. Seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades

- 5 artículos

Sección 4. Facturas y glosas

- 6 artículos

Sección 5. Reconocimiento y pago

- 8 artículos

Sección 6. Duración, renovación automática y liquidación de los acuerdos de voluntades

- 2 artículos

Sección 7. Mecanismos de protección al usuario

- 9 artículos

Sección 8. Disposiciones finales

- 3 artículos

3. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO



01

Objeto:

- Incluye a PTS
- Especifica el alcance sobre la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud
- Etapas precontractual, contractual y post contractual
- incluye Mecanismos de protección a los usuarios

02

Campo de Aplicación:

- Aplica para PTS
- Claridad sobre el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad*

03

Definiciones:



- Prestador de Servicios de Salud
- Entidades Responsables de Pago
- Red de Prestación de Servicios
- Modelo de atención
- Referencia y Contra referencia
- Acuerdo de voluntades
- Proveedores de Tecnologías de Salud
- Pago retrospectivo
- Pago prospectivo
- Riesgo primario
- Riesgo técnico
- Modalidad de pago
- Nota técnica
- Mecanismo de ajuste de riesgos a las desviaciones

3. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO



OBJETO

*Regular **algunos aspectos generales de los acuerdos de voluntades** entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud o proveedores de tecnologías en salud, celebrados entre dos o más personas naturales o jurídicas para la prestación o provisión de servicios y tecnologías en salud, en **sus etapas precontractual, contractual y post contractual**, y establecer **mecanismos de protección a los usuarios.***

3. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO



Campo de aplicación

Decreto 441 de 2022*

Prestadores de servicios de salud:

- ✓ IPS
- ✓ Profesionales independientes
- ✓ Transporte especial de pacientes

Entidades responsables de pago:

- ✓ EPS
- ✓ Entidades adaptadas
- ✓ ARL
- ✓ Entidades territoriales

Proveedores de tecnologías de salud:

Aquellos que realicen disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud (OLTS, GF, entre otros)

Regímenes especiales, de excepción y el Fondo Nacional de Salud - PPL cuando contraten con PSS - PTS

3. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO



Entidades Responsables de Pago —ERP.

- Son las encargadas de la planeación y gestión de la contratación y el pago a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, en aras de satisfacer las necesidades de la población a su cargo en materia de salud. Se consideran como tales, las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las administradoras de riesgos laborales en su actividad en salud y las entidades territoriales cuando celebren acuerdos de voluntades para las intervenciones individuales o colectivas.



Mecanismos de ajuste de riesgo frente a las desviaciones de la nota técnica.

- Medidas que deben ser pactadas en las modalidades de pago prospectivas, con el objeto de mitigar el impacto financiero ocasionado por las desviaciones encontradas durante la ejecución del acuerdo de voluntades que afecten las frecuencias de uso, poblaciones y costos finales de atención, frente a lo previsto en la nota técnica, de acuerdo con la caracterización poblacional inicialmente conocida por las partes.



Modalidad de pago.

- Forma y compromiso pactado en los acuerdos de voluntades que permite definir su unidad de pago, teniendo en cuenta los servicios y tecnologías incluidos, sus frecuencias de uso en el caso de los pagos prospectivos, la población objeto, los eventos y las condiciones en salud objeto de atención y los demás aspectos que las partes pacten.

3. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO



Nota técnica

- Es una herramienta de transparencia y eficiencia entre las partes que suscriben el acuerdo de voluntades, la cual refleja de manera detallada los servicios y las tecnologías de salud, su frecuencia de uso estimada, sus costos individuales y el valor total por el grupo de población o de riesgo, atendiendo al término de duración pactado y a las situaciones que puedan presentarse durante su ejecución, soportando de esta manera la tarifa final acordada de manera global por usuario-tiempo, de acuerdo con la modalidad de pago.



Pago prospectivo.

- Modalidad de pago en la cual se define por anticipado el valor esperado de la frecuencia de uso de un conjunto de servicios y tecnologías en salud y de su costo, y que permite determinar previamente un pago por caso, persona o global, que tienen características similares en su proceso de atención.



Pago retrospectivo.

- Modalidad de pago posterior al proceso de atención, en la cual no se conoce con anterioridad el monto final a pagar, y está sujeto a la frecuencia de uso de servicios y tecnologías en salud.

3. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO



Riesgo primario.

Es la variación en la incidencia o en la severidad no evitable de un evento o condición médica en la población asignada, que afecta financieramente a quien asume este riesgo. Este riesgo debe ser incluido en la nota técnica, cuando aplique.



Riesgo técnico.

- Es la variación en la utilización de recursos en la atención en salud, en la ocurrencia de complicaciones o en la severidad, que se encuentra asociada a factores no previsibles en la atención o no soportados con la evidencia científica y que afecta financieramente a quien asume este riesgo. Este riesgo debe ser incluido en la nota técnica, cuando aplique.

3. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO



Prestadores de servicios de salud —PSS.

Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y el transporte especial de pacientes, que estén inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud —REPS y cuenten con servicios habilitados. Esto no incluye a las entidades con objeto social diferente, teniendo en cuenta que sus servicios no se financian con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS.



Proveedores de tecnologías en salud —PTS.

- Se considera toda persona natural jurídica que realice la disposición, almacenamiento, venta o entrega de tecnologías en salud, incluyendo a los operadores logísticos de tecnologías en salud, gestores farmacéuticos, organizaciones no gubernamentales, universidades y otras entidades privadas que realicen estas actividades.

3. ASPECTOS GENERALES DEL CONTRATO



Riesgo técnico

Riesgo técnico de morbilidad evitable

Hace referencia a la ocurrencia de complicaciones clínicas o aumento en la severidad del evento o condición en salud que originó la atención, generada por fallas en el modelo de prestación, la coordinación de prestadores, o en la aplicación de las Guías de Práctica Clínica o protocolos de atención.

Riesgo técnico de utilización

- Corresponde a la variabilidad del uso de servicios y tecnologías en salud no soportados en la evidencia científica.

4. DE LOS ACUERDOS DE VOLUNTADES



DECRETO 4747 de 2007

01

Requisitos mínimos para negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios

- a. Por parte de los PSS
- b. Por parte de las ERP

02

Condiciones mínimas que deben ser incluidas en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud

12 puntos

DECRETO 441 de 2022

Elementos mínimos para negociación de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud

- a. Por parte de las ERP
- b. Por parte de los PSS
- c. Por parte de los PTS
- d. Elementos comunes para las partes

Contenido mínimo de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud

22 puntos

4. ELEMENTOS DE NEGOCIACIÓN



Por parte de las entidades responsables de pago

Modelo de atención

Caracterización de la población o el ASIS, según corresponda



Por parte de los prestadores de servicios de salud

Modelo de prestación

Relación de Sedes y servicios habilitados

Capacidad instalada y disponible

Oferta de servicios y tecnologías



Por parte de los proveedores de tecnologías en salud:

Modelo de disposición o entrega

Oferta de tecnologías

Capacidad instalada, operativa, logística y de gestión

Recorte rectangular



Elementos para todas las partes:

Indicadores; SOGCS, RIAS.

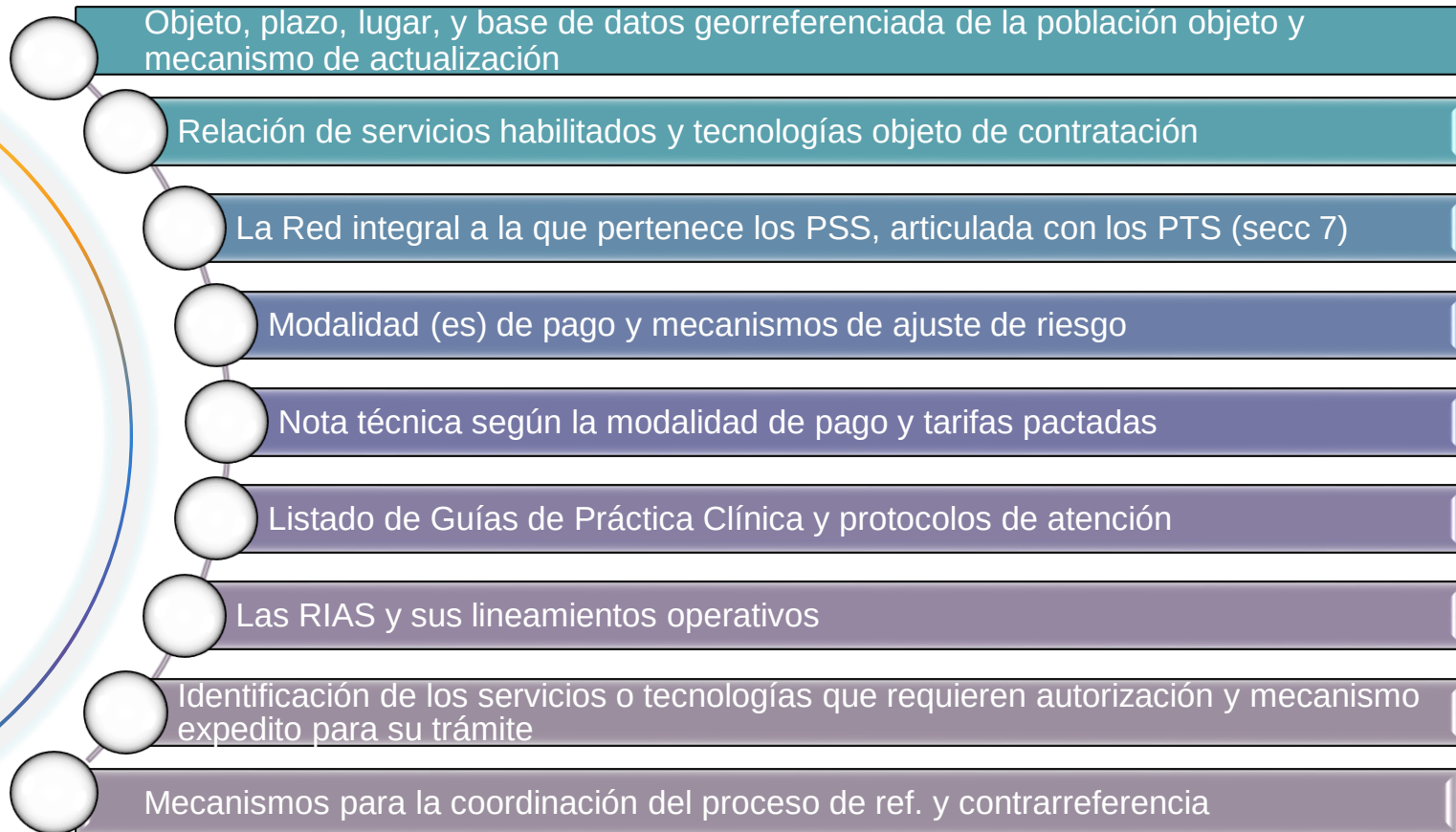
Modelo de auditoría para las partes; SOGCS, y revisoría de cuentas (Ley 1438/2011)

Sistemas de información para la ejecución, registro y seguimiento del objeto.

Identificación de riesgos previsible propios del acuerdo de voluntades.



Contenido mínimo de los acuerdos de voluntades



Contenido mínimo de los acuerdos de voluntades



- 
- A decorative curved line on the left side of the slide, transitioning from light blue at the top to orange in the middle and back to light blue at the bottom.
- Indicadores pactados, y proceso periódico de seguimiento a la ejecución del contrato
 - Especificación de reportes de obligatorio cumplimiento
 - Plazos de pago (Ley 1122/2007, Ley 1438/2011 y Ley 2024/2020)
 - Mecanismos para la solución de conflictos
 - Mecanismos para la **renovación**, terminación o liquidación
 - Incentivos pactados (secc 2)
 - Metodología para determinar el cumplimiento de frecuencias mínimas y periodicidad y el proceso para descuentos en caso de incumplimiento

Nueva reglamentación de modalidades de pago



Pago individual por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o canasta



Pago global prospectivo



Pago por Capitación



Pago por evento

Nueva reglamentación de modalidades de pago



Las modalidades de pago que incluyan acciones de detección temprana de condiciones crónicas y su atención por parte del mismo prestador de servicios de salud, en el marco de un solo acuerdo de voluntades, deberán incluir medidas de ajuste de riesgo o, en su defecto, se deberá procurar la suscripción de acuerdos de voluntades independientes

Pago Individual por Caso, Conjunto Integral de Atenciones, paquete o canasta



- Modalidad prospectiva
- Se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionados

Recorte rectangular



Integración del
proceso de atención

Modalidad de pago prospectivo por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una **suma fija global** para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades.

Pago Por Capitación



Modalidad de pago prospectiva que aplica para la prestación o provisión de la **demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud**, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una suma fija por usuario, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado.

Pago Por Evento



Modalidad de pago retrospectiva que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija **por cada unidad suministrada** para la atención de los requerimientos en salud de una persona.



Mejoría, logro y mantenimiento de resultados de los indicadores pactados



Económicos



No económicos

● Recorte rectangular

5. Seguimiento a la ejecución de los acuerdos de voluntades



Indicadores

- Calidad
- Gestión
- Resultados en salud

Auditoría

- SOGC
- PAMEC
- Proveedores

Auditoría de cuentas médicas

- Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas
- RIPS

Acceso a la historia clínica

Monitoreo y evaluación de la nota técnica

Recorte rectangular



Calidad

Oportunidad
Accesibilidad
Seguridad
Experiencia



Gestión

Uso adecuado de recursos
Tiempos de facturación
Tiempos de Radicación
Tiempos de devoluciones y
glosas, gestión de respuesta
Tiempos de Pagos
Cartera



Resultados en salud

Éxito terapéutico
Incidencia de complicaciones

6. FACTURA DE VENTA Y GLOSAS



- Soportes de cobro
- Aceptación de las Glosas
- Aceptación de la Factura de Venta
- Factura de venta como Título Valor
- Acuerdos de voluntades suscritos con PTS
- Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas

01 | RIPS como **soporte obligatorio y validaciones únicas**

02 | Aceptación **expresa o tácita** de la factura de venta o de las Glosas

03 | Factura como **título valor**

04 | **Aplicación del Art. 57** de la Ley 1438 de 2011 **a Proveedores de Tecnologías de Salud** si lo han establecido en el acuerdo de voluntades

Soportes de Cobro



Soportes definidos MSPS
(Ejemplo)

1. Factura de Venta

2. Soporte B

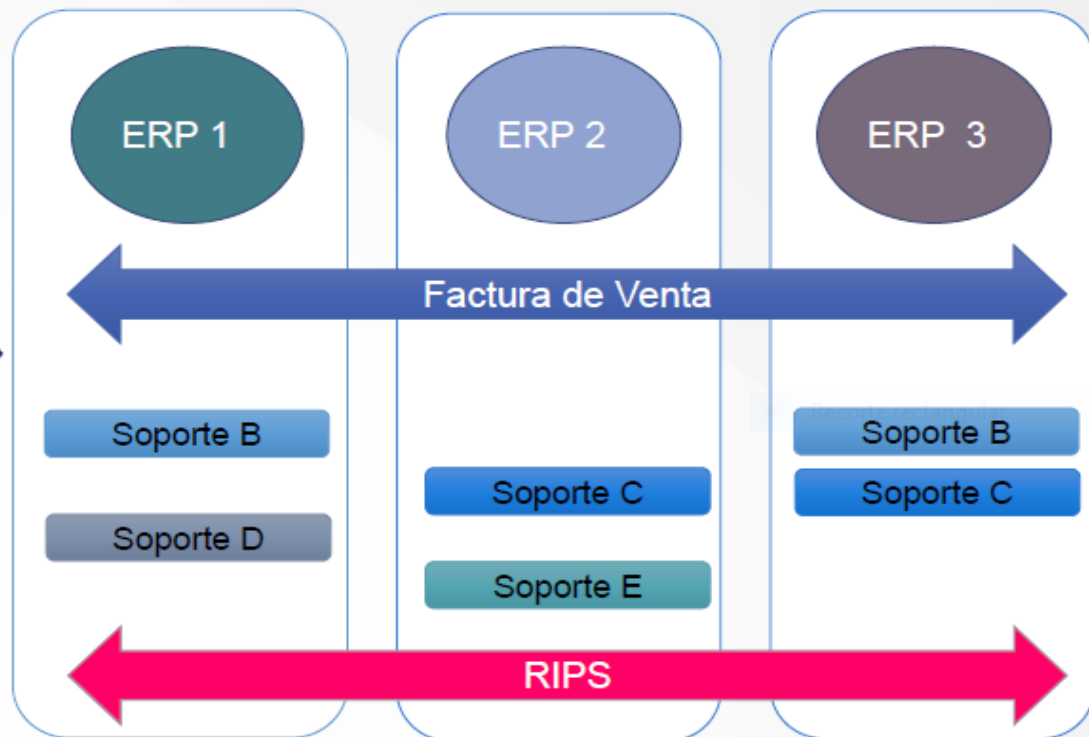
3. Soporte C

4. Soporte D

5. Soporte E

...

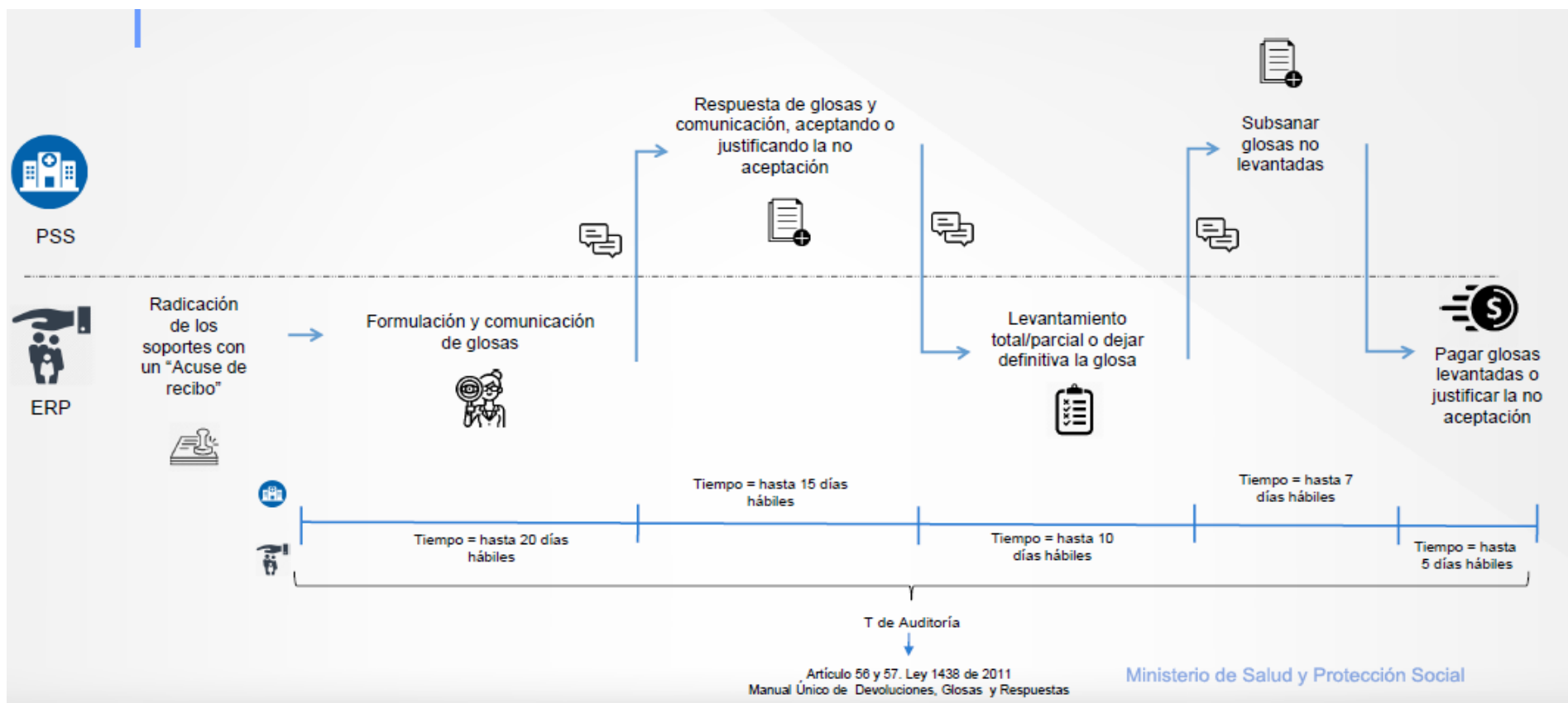
14. RIPS



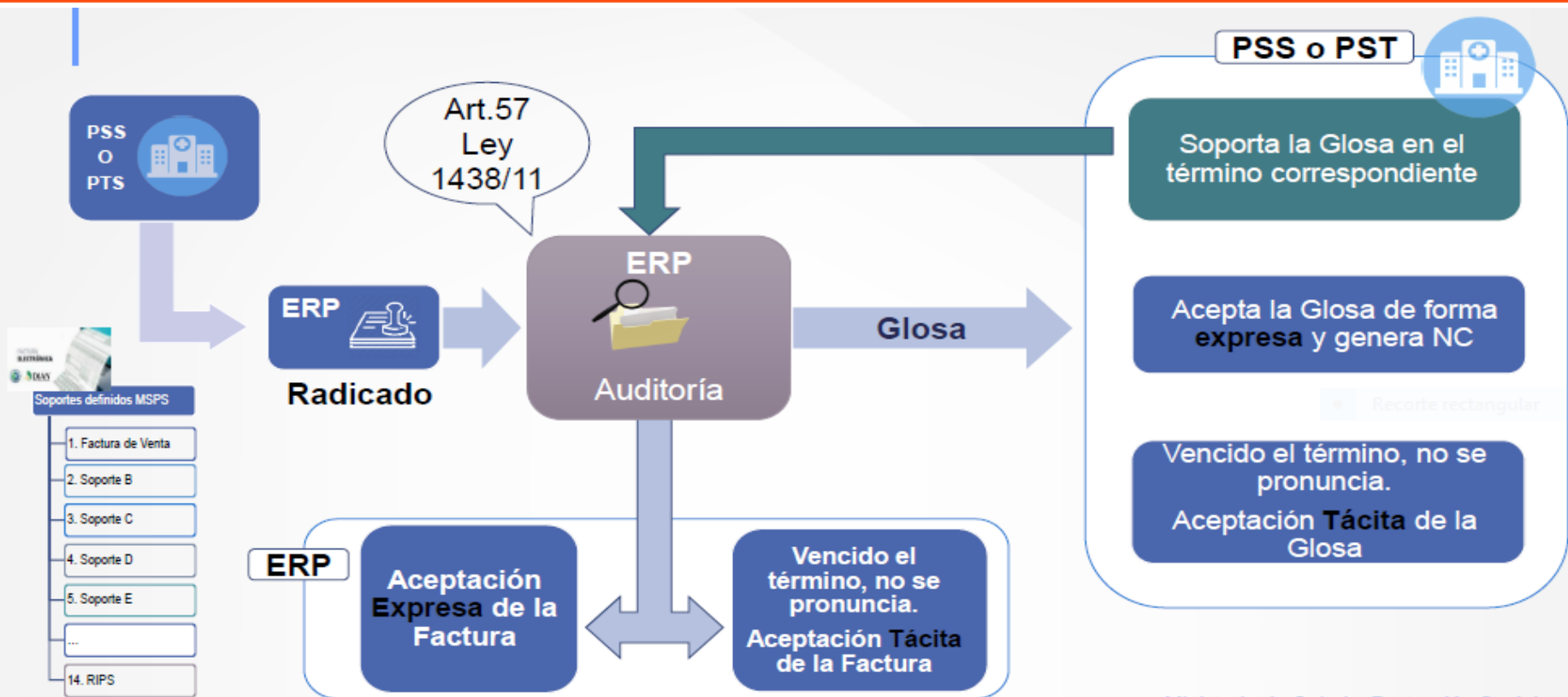
Manual Único de Devoluciones, Glosas y Respuestas



Tiempos trámite de glosas Art. 57 Ley 1438 de 2011



Aceptación de Glosas y Factura de Venta



Factura como Título Valor

Aceptada



Obligación exigible por valor aceptado de la Factura



Título Valor



Demás requisitos establecidos en el Código de Comercio y el Estatuto tributario

CCIO
Art.772, 773,
774

Servicios Prestados en virtud de un contrato

Notificación a la ERP de la transferencia del derecho

Aceptación de la Factura

Valor y condiciones de pago

...

E.T.
Art.817

Datos completos del vendedor

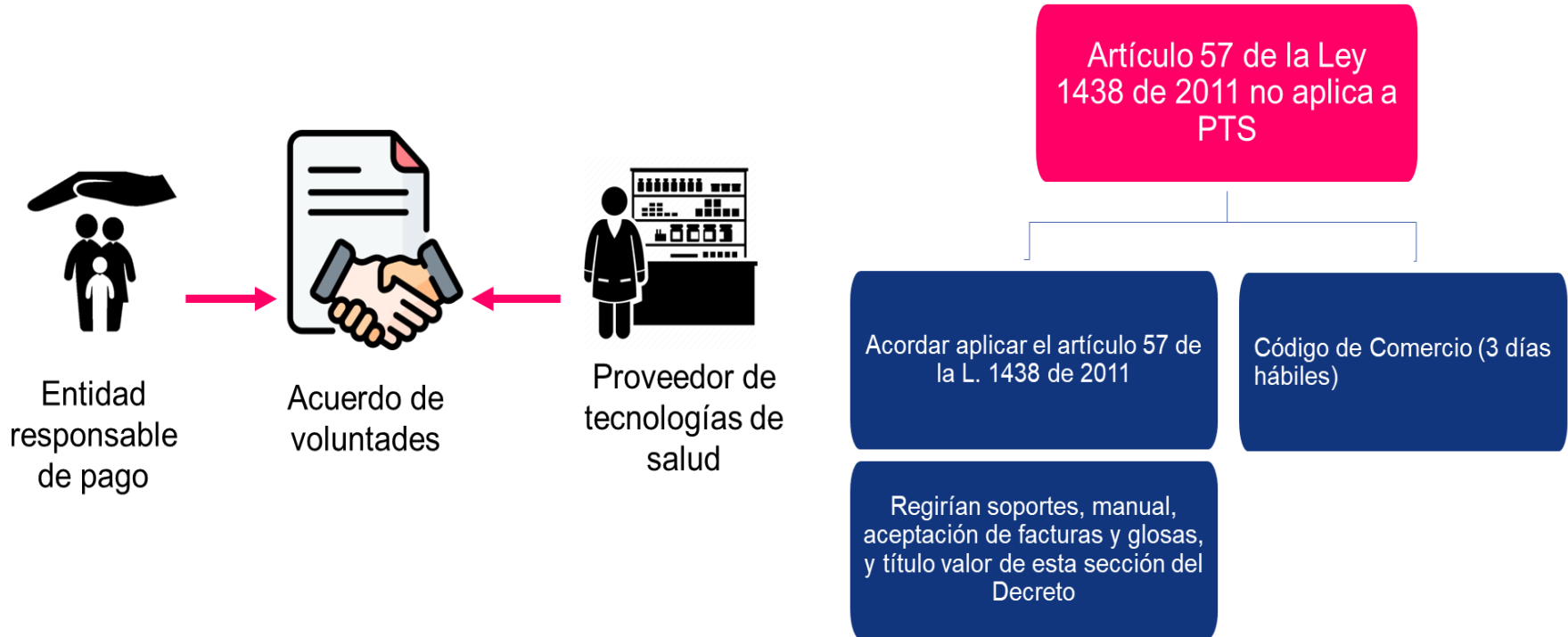
Datos completos del comprador

de Factura

Detalle de lo vendido

...

Acuerdos de Voluntades suscritos con PTS



7. RECONOCIMIENTO Y PAGO

A decorative graphic on the left side of the slide, featuring a large, curved, multi-colored arc (yellow, orange, and blue) and a small icon of a hand holding a document.

Detalle de pagos posteriores a la radicación de las facturas

Detalle de pagos previos a la radicación de las facturas

Recaudo de pagos compartidos

Devoluciones y descuentos

Reintegro de recursos por incumplimiento

Aplicación de pagos por glosas aceptadas

Reconocimiento de intereses moratorios

Reconocimientos económicos ante acciones dilatorias frente al flujo de recursos

Principales Cambios: Reconocimiento y Pago



01

Detalle de pagos **previos y posteriores a la radicación**

02

Ajuste al Reconocimiento por parte de la ERP ante recaudo no efectivo de pagos compartidos

03

Devoluciones y descuentos por usuarios fallecidos o prestaciones realizadas por otro prestador (EPS a PSS o PTS)

04

Reintegros al sistema por no cumplimiento

05

Intereses moratorios por incumplimiento de plazos de pagos

06

Reconocimientos económicos ante acciones dilatorias

Detalle de Pagos



Previos a la radicación de las facturas

Las ERP dentro los 3 días hábiles de radicada la factura, informará al PSS o PTS el detalle del pago aplicado a esta

Posteriores a la radicación de las facturas

La ERP dentro de los 3 días hábiles siguientes del pago informará al PSS o PTS el detalle de las facturas pagadas



Incumplimiento del Término

- El PSS o PTS podrá aplicar el pago a las facturas de venta aceptadas que estén pendientes de pago
- Deberá informar a la ERP dentro de los 15 hábiles siguientes, las facturas aplicadas



El detalle de pago directo o a través de la ADRES, no podrá ser posteriormente modificado.

Responsable del recaudo:

1

EPS - EA

Copagos y cuotas
moderadoras

ET

Cuotas de recuperación

2

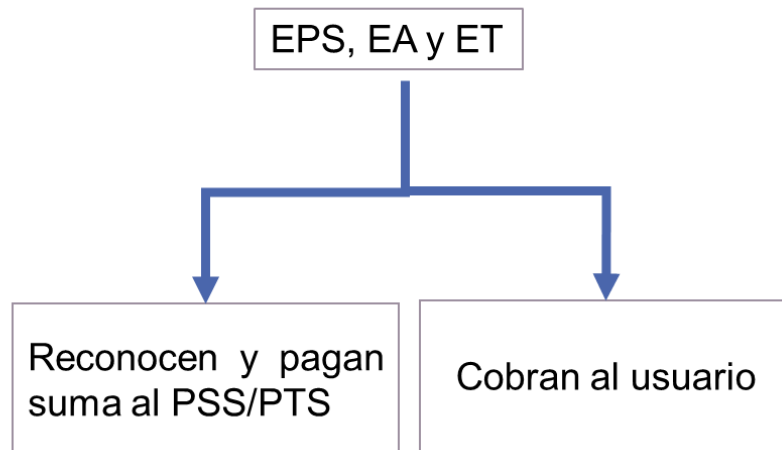
Se puede pactar en el acuerdo de voluntades que el recaudo lo realice el PSS o PTS

3

Serán parte del pago a favor de los PSS o PST cuando el recaudo sea efectivo

4

Establecer mecanismo de notificación por no pago del usuario



Devoluciones y Descuentos



En las modalidades de pago prospectivas

ADRES



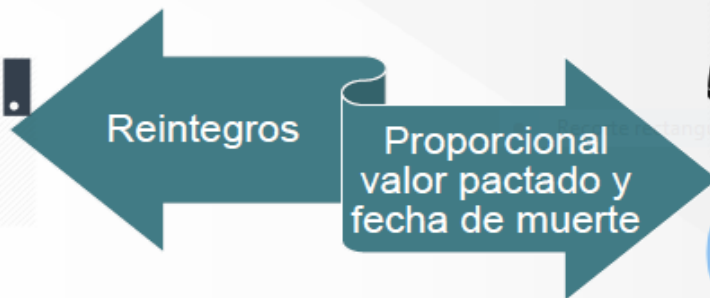
Proceso de Auditoría



Afiliados Fallecidos



ERP



Proporcional
valor pactado y
fecha de muerte



Devoluciones y Descuentos



En las modalidades de pago
prospectivas

Por
urgencia

PSS 1



Población
asignada

Por referencia

Descuenta valor
establecido en
nota técnica

ERP



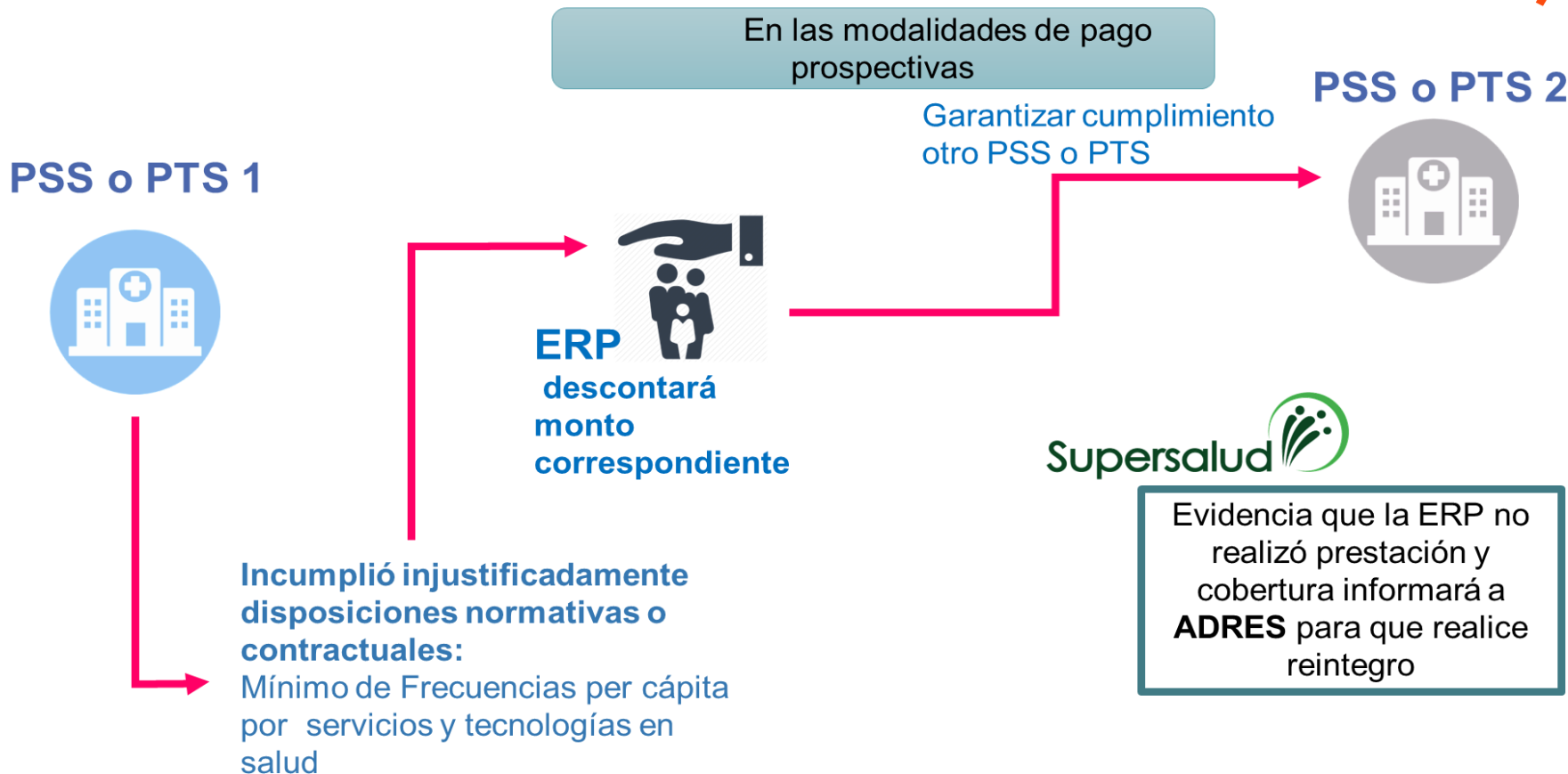
Por referencia

Pagar servicios
prestados

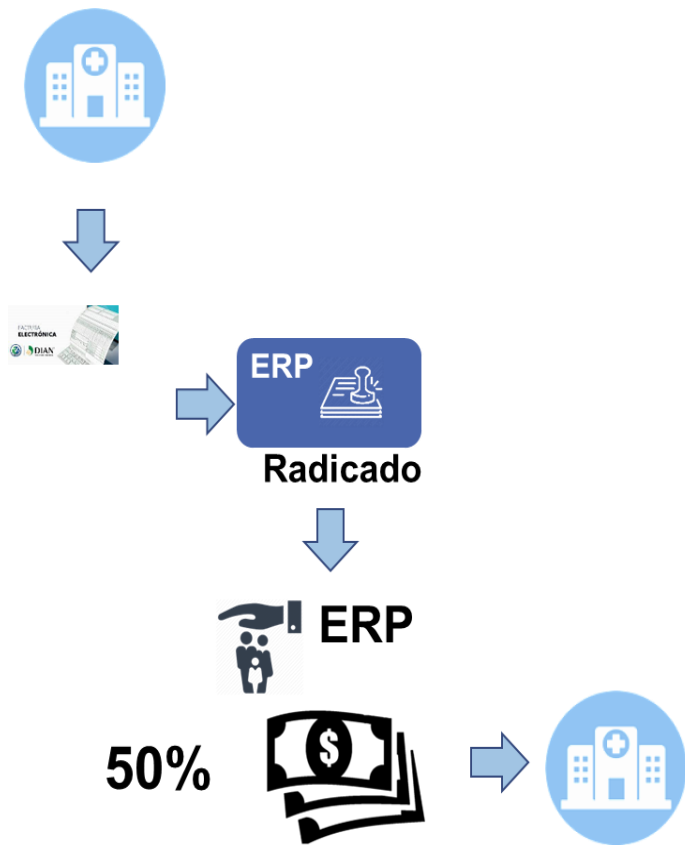
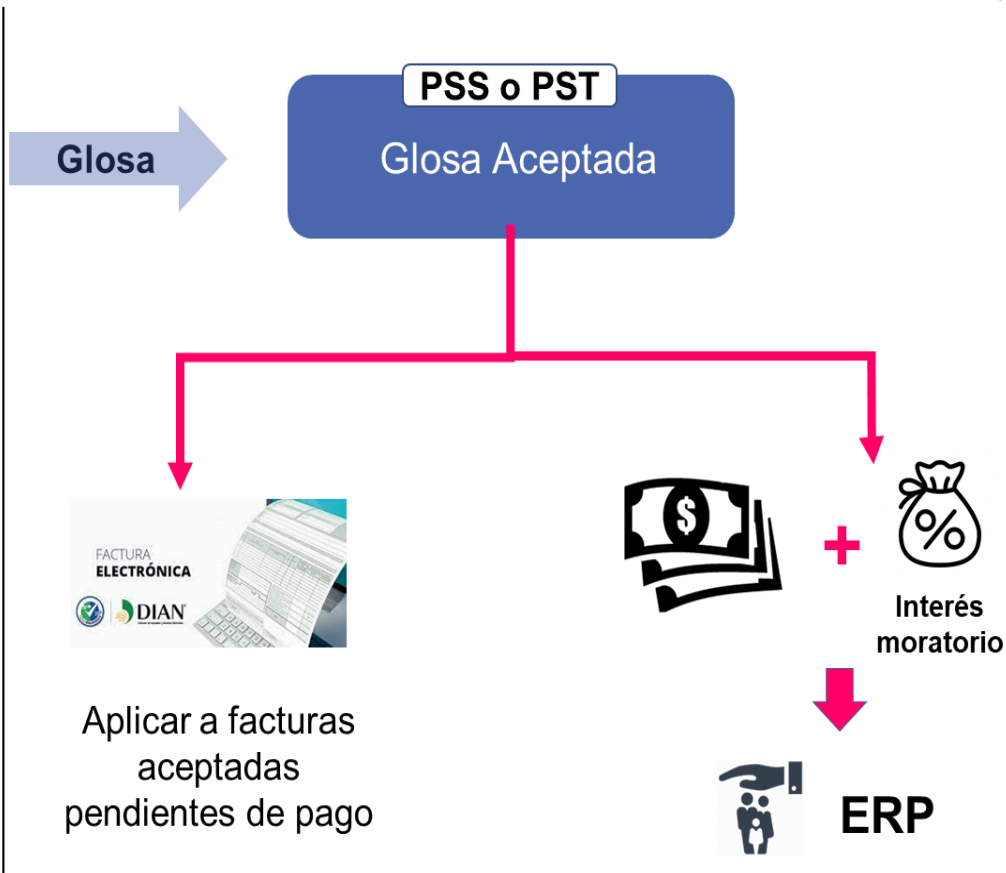
PSS 2



Reintegro de Recursos al SGSSS por Incumplimiento

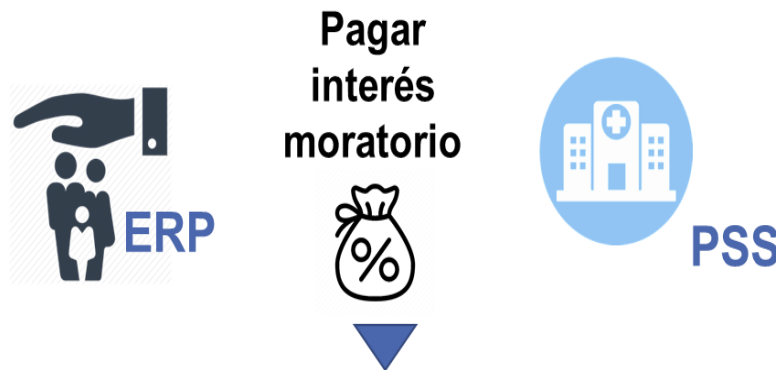


Aplicación de Pagos en Glosas Aceptadas



Incumplimiento de plazos establecidos:

- 1 Artículo 13 – Ley 1122 de 2007
- 2 Artículo 56 y 57 – Ley 1438 de 2011
- 3 Artículo 3 – Ley 2024 de 2020
- 4 Formule glosas infundadas o inexistentes

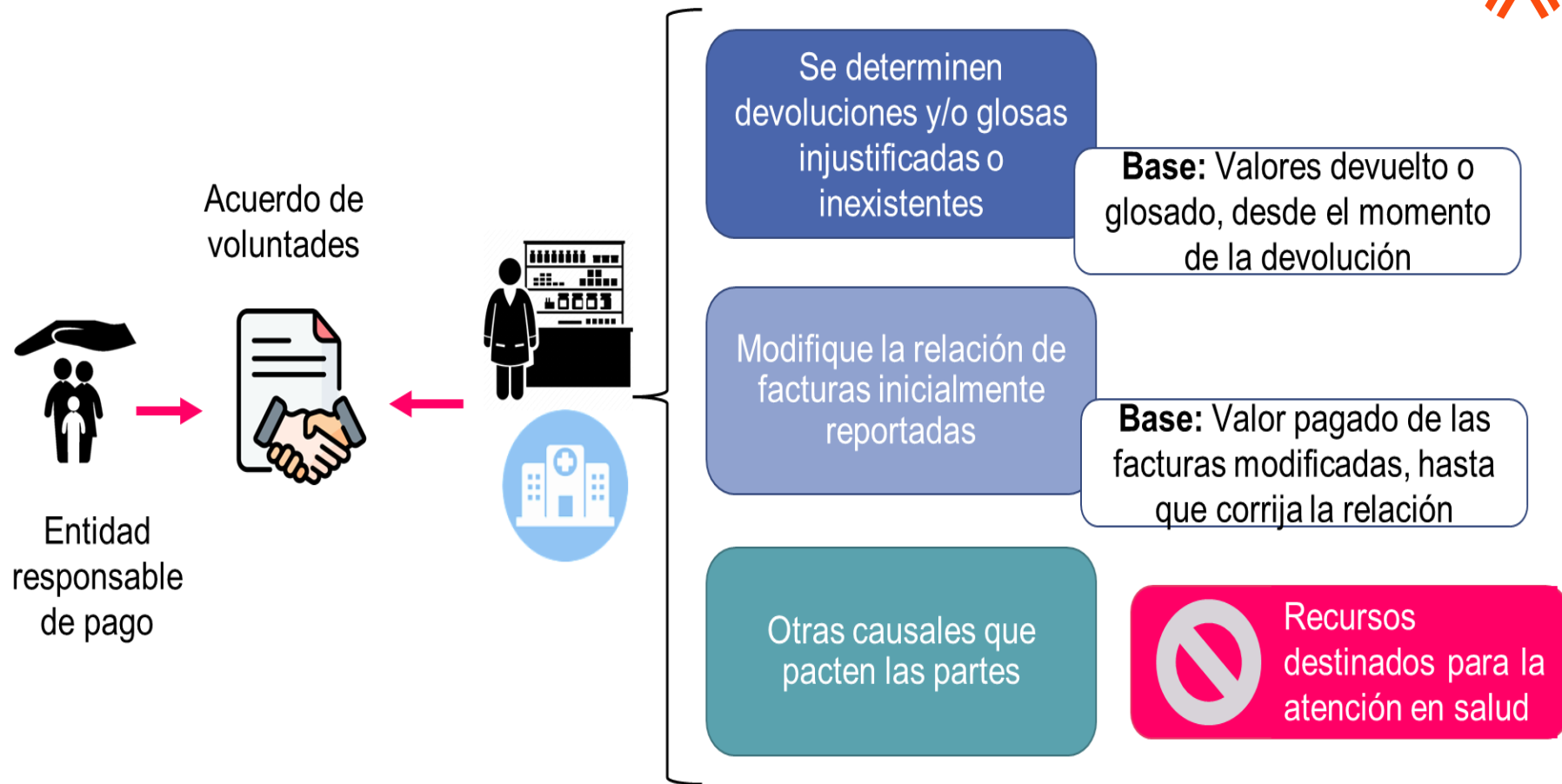


*Liquidación:
artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002
e inciso 2o del artículo 56 de la Ley
1438 de 2011*



Recursos
destinados para la
atención en salud

Reconocimientos económicos ante acciones dilatorias frente al flujo de recursos



8. Duración, renovación y liquidación de los acuerdos de voluntades



Duración

En los contratos se debe identificar plenamente su término de duración

Fecha de inicio – fecha de finalización

Contratos de más de una vigencia y renovaciones automáticas

Deben incluir fórmulas para actualización de valores

Las partes pueden acudir a los incrementos porcentuales de UPC como referencia

Actualización previa de la Nota Técnica

Liquidación de contratos

Plazo de 4 meses a partir de la finalización

Acta de liquidación en las que consten los niveles cumplimiento del contrato

9. Mecanismos de protección al usuario



Deber de información al usuario

- Servicios y tecnologías
- Indicadores

Deber de actualización de los datos de contacto de los usuarios

- Al momento de la atención
- Reporte de novedad por parte del prestador o proveedor a la ERP

Atención integral

- Complementariedad y articulación de la red
- Consultas, toma de muestras y dispensación de medicamentos en el mismo lugar de atención.

Acceso a la atención integral sin mediación de la autorización

- No es necesaria para conjuntos de servicios y tecnologías.
- Mecanismo expedito cuando aplique la autorización

Proceso de referencia y contrarreferencia para garantizar la atención integral

- En todos los ámbitos y niveles de atención

Adaptabilidad en la prestación de servicios

- Territorios
- Poblaciones

Cambios de PSS o PTS para pacientes con condiciones crónicas o de alto costo

- Entrega de información clínica y garantía de la continuidad
- Información al usuario

Terminación anticipada de contratos para la atención de condiciones crónicas o de alto costo

- Actualización de la red
- Mantenimiento o mejora en la atención

Continuidad de la atención en las asignaciones de afiliados

- Continuidad en el prestador hasta organización de la red por parte de la ERP

Mecanismos de protección al usuario



Deber de información al usuario (Red)

- Servicios y tecnologías
- Lugar
- Indicadores de oportunidad, nivel de satisfacción

Actualización de la información de contacto de la población objeto de atención

- Obligación de las ERP y los PSS o PTS mantener actualizados los datos de contacto de los usuarios

Proyecto de Resolución modificatoria de la Res. 3047 de 2008
Anexo 2

El MSPS definirá las directrices para la publicación de la información

Proyecto de Resolución modificatoria de la Res. 3047 de 2008

Anexos 1

Mecanismos de protección al usuario

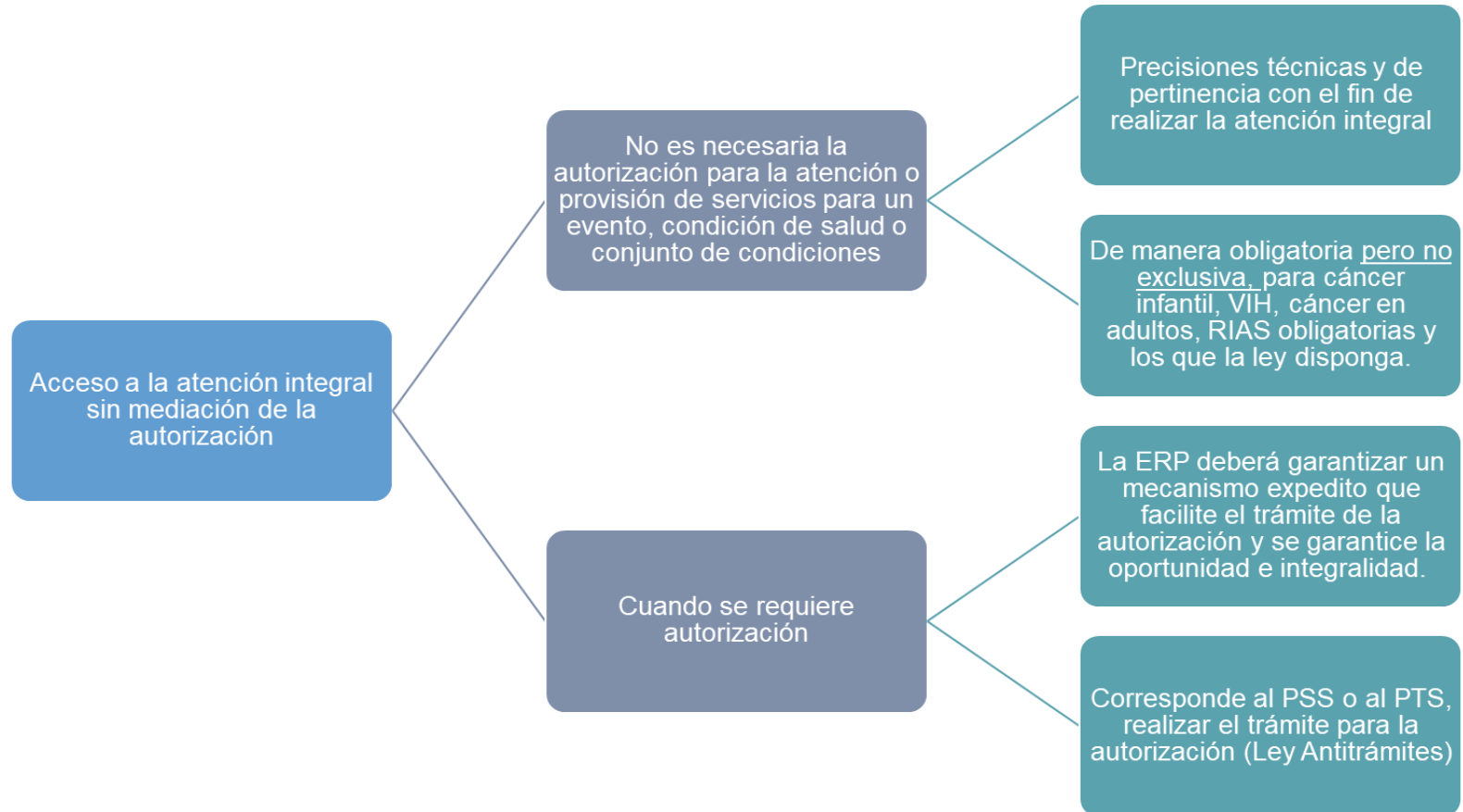


Atención integral

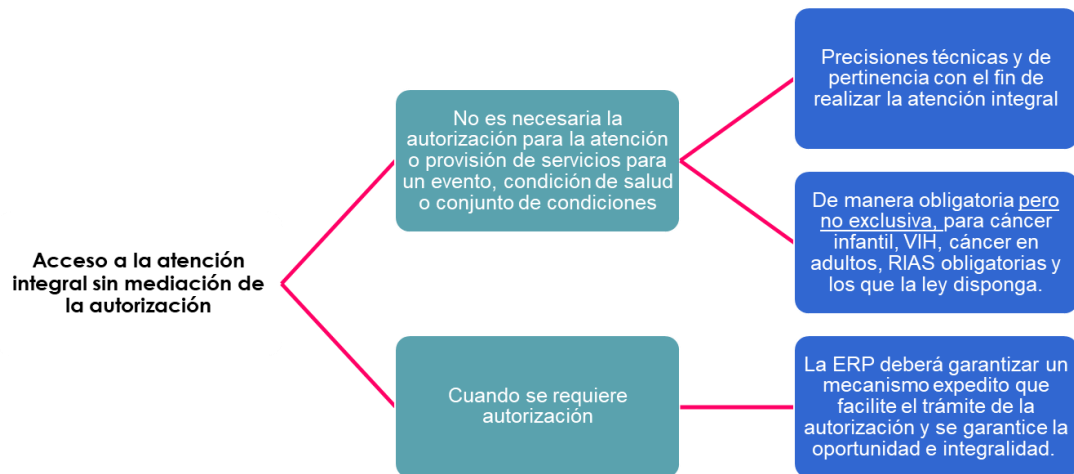
- Complementariedad de la red de PSS y PTS
- En RIAS obligatorias y priorizadas, las consultas, toma de muestras y medicamentos de la misma fase de prestación deben garantizarse en el mismo lugar de atención o residencia



Mecanismos de protección al usuario



Mecanismos de protección al usuario



Proyecto de Res modificatoria de la 3047 de 2008

Definición de mecanismos administrativos mínimos que deben contemplar las partes en la **eliminación de la autorización**

Cuando aplique autorización

- Procedimiento para la solicitud y respuesta (urgencias y electivos)
- Vigencia
- Tiempos para la prestación

Mecanismos de protección al usuario



Proceso de referencia y contrarreferencia

- La operación debe atender a la integralidad del proceso de atención, sin limitarse a urgencias

Adaptabilidad en la prestación de servicios

- Atención de poblaciones que requieran un enfoque diferencial o se ejecuten en territorios que limiten el acceso a los servicios
- Adaptación a los territorios y al tipo de población

Mecanismos de protección al usuario



**Cambio de PSS o PTS
para condiciones
crónicas o de alto
costo**

La ERP deberá informar
al usuario cambios del
PSS (30 Días) y canales
de atención

El PSS saliente deberá
entregar a la ERP toda la
información pertinente.
Y la ERP deberá garantizar
con el nuevo PSS la
continuidad

**Terminación anticipada
de contratos para la
atención de condiciones
crónicas o de alto costo**

Las ERP deberán
informar al usuario (30
días)

Mantener o mejorar las
condiciones de acceso,
oportunidad y calidad en las
que prestaba la atención el
anterior PSS

**Continuidad en la
atención en las
asignaciones de afiliados**

Hasta tanto sea contratada la red
integral de la EPS receptora en el
municipio donde le fueron
asignados los afiliados

Se continuará la atención con
el PSS que atendía los
usuarios, sin requerirse la
suscripción de un contrato





GRACIAS

Línea de atención al ciudadano: 018000 910270
Línea de atención al empresario: 018000 910682



@SENAcomunica

www.sena.edu.co



Plan de Beneficios en Salud con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación-PBSUPC



@SENAComunica

www.sena.edu.co



Plan de Beneficios en Salud

Actualización del Plan de beneficios en Salud con
cargo a la Unidad de Pago por Capitación **Resolución
2808 del 2022**

Plan de Beneficios en salud

Con la publicación de la Resolución 2808 del 2022 se actualiza la lista de medicamentos, procedimientos y servicios que deberán ser financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación.



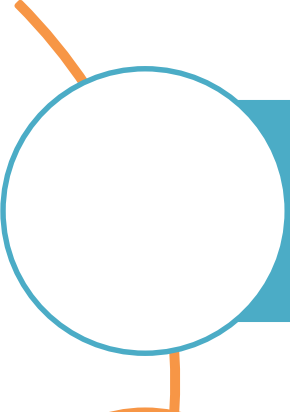
Introducción



Según lo consagrado en Constitución Política Colombiana CPC, en los artículos 2, 48 y 49, son fines esenciales del estado, garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a todos los residentes del territorio Colombiano.



Introducción



Ley 4107 de 2011, es competencia del MPS, actualizar el plan de beneficios en salud; definir, revisar como mínimo cada año los listados de medicamentos esenciales y genéricos.



Ley 1438 del 2011, en el artículo 25, establece que el Plan de Beneficios en Salud se debe actualizar cada 2 años atendiendo a los cambios epidemiológicos y carga de la enfermedad de la población.

Estructura de los beneficios en Salud



LEY 1751 DEL 2015

Tiene por objeto **“Garantizar el derecho fundamental a la salud regularlo y establecer los mecanismos de protección”**

“Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individua/es” y “Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de (os recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población”



Estructura de los beneficios en Salud



LEY 1751 DEL 2015



El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de **promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.**

Estructura de los beneficios en Salud



LEY 1751 DEL 2015

Artículo 15 “El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas”

Mecanismos de Protección



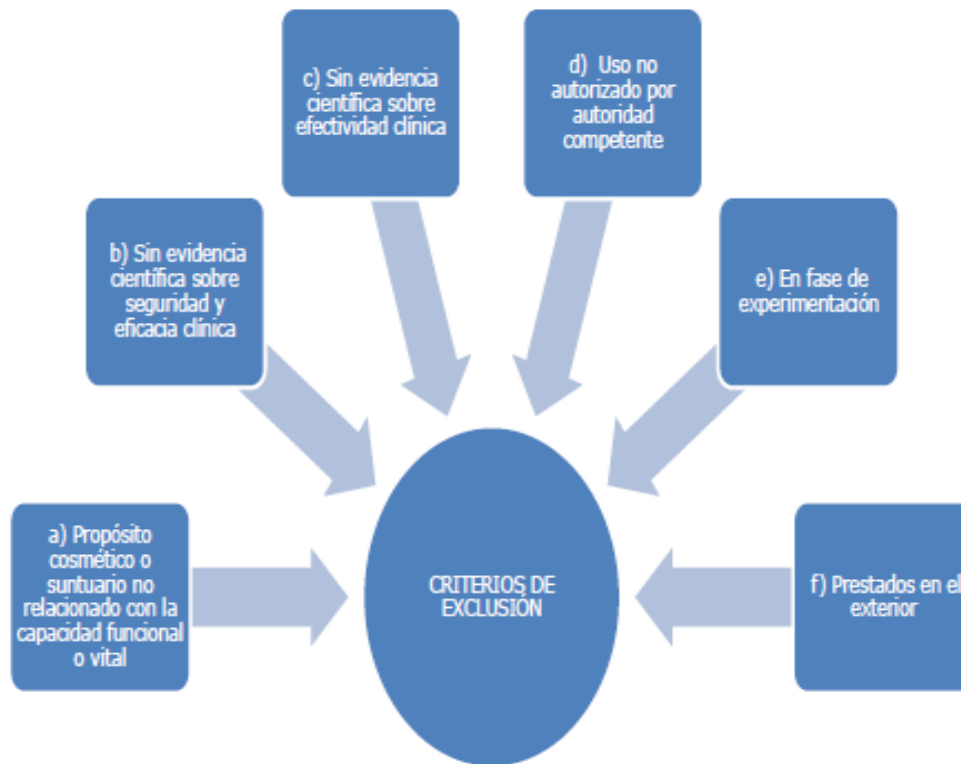
Estructura de los beneficios en Salud



LEY 1751 DEL 2015

El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Estructura de los beneficios en Salud



¿Qué es el PBSUPC?



Es el **mecanismo de protección colectiva**, que mancomuna riesgos individuales, establece los beneficios de los servicios y tecnologías en salud que deben ser garantizados por las Entidades Promotoras de Salud - EPS- o las entidades que hagan sus veces, a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC



Estructurados de manera integral **para la atención de todas las patologías** e incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad

¿Qué es el PBSUPC?



REPÚBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 0002808 DE 2022

30 DIC 2022

Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

LA MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

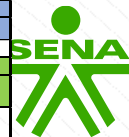
En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas por los numerales 32 y 33 del artículo 2 del Decreto - Ley 4107 de 2011, modificado por el artículo 2 del Decreto 2562 de 2012 y en desarrollo de los literales e) del artículo 154 de la Ley 100 de 1993, y el



Estructura de la Resolución 2292/21



RESOLUCIÓN 2292 DEL 2021	
TÍTULO I	TÍTULO II
Generalidades	CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD
Art. 1 Objeto y ámbito de aplicación.	Art. 9 Garantía de acceso a los servicios y tecnologías de salud.
Art. 2 Estructura y naturaleza de los servicios y tecnologías de salud	Art. 10 Puerta de entrada al sistema.
Art. 3 Principios generales para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC.	Art. 11 Acceso a servicios especializados de salud
Art. 4 Referentes de la actualización	Art. 12. Telemedicina.
Art. 5 Anexos	Art. 13 Garantía de servicios en el municipio de residencia.
Art. 6 Descripción de procedimientos financiados con recursos de la UPC	
Art. 7 Terminología	
Art. 8 Glosario	

**TÍTULO III****COBERTURA DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC****Art. 14. Servicios y tecnologías de salud.**

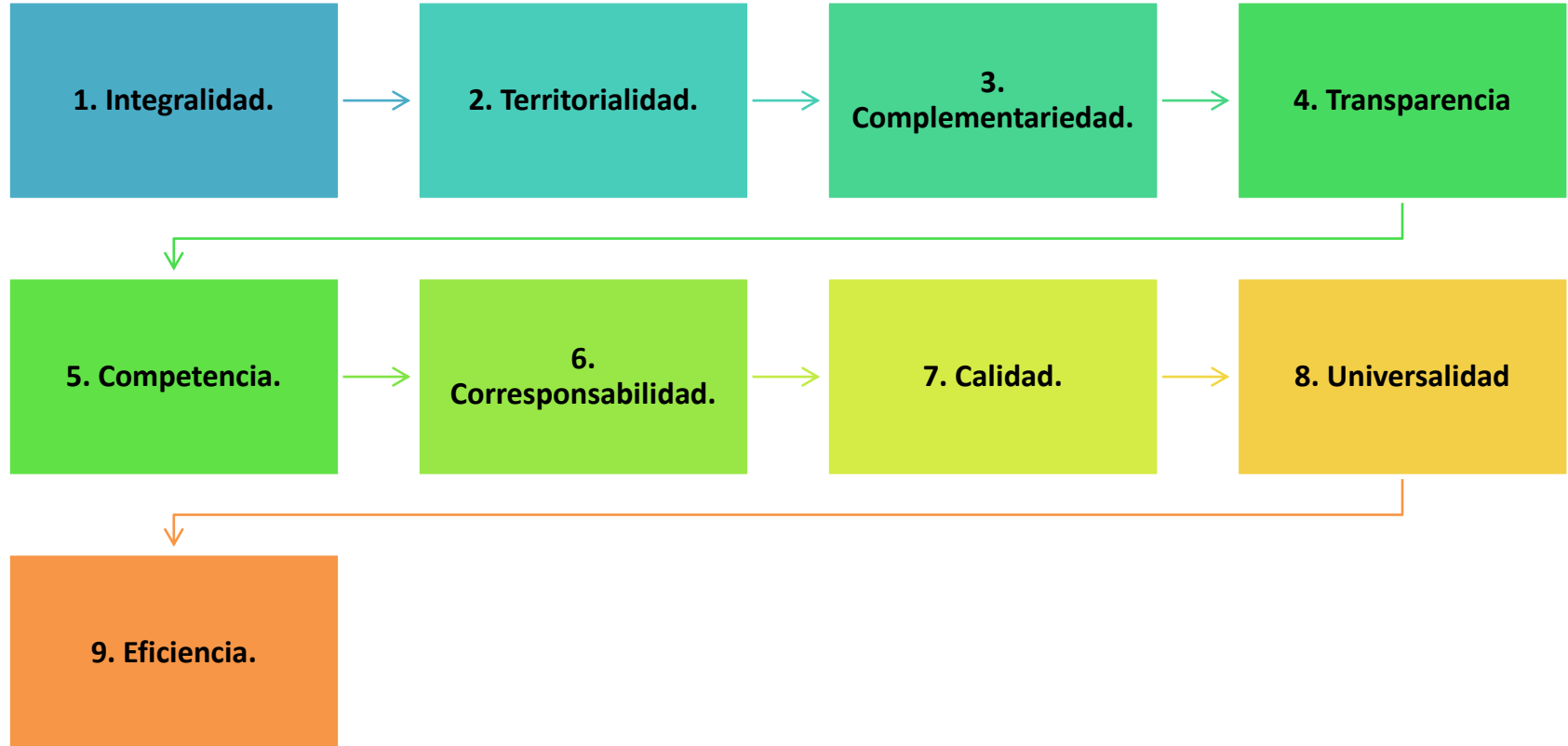
CAPÍTULO I	CAPÍTULO II	CAPÍTULO III	CAPÍTULO IV	CAPÍTULO V	CAPÍTULO VI	CAPÍTULO VII
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	RECUPERACIÓN DE LA SALUD	PROCEDIMIENTOS	MEDICAMENTOS	DISPOSITIVOS MÉDICOS	SALUD MENTAL	ATENCIÓN PALIATIVA
Artículo 15. Cobertura de promoción y prevención.	Artículo 21. Acciones para la recuperación de la salud.	Artículo 27. Analgesia, anestesia y sedación.	Artículo 35. Medicamentos.	Artículo 55. Dispositivos médicos.	Artículo 58. Atención de urgencias en salud mental.	Artículo 63. Atención paliativa.
Artículo 16. Promoción de la salud.	Artículo 22. Atención de urgencias.	Artículo 28. Combinaciones de tecnologías en salud.	Artículo 36. Prescripción	Artículo 56. Lentes externos.	Artículo 59. Psicoterapia ambulatoria para la población general.	
Artículo 17. Protección específica y detección temprana.	Artículo 23. Atención ambulatoria.	Artículo 29. Trasplantes.	Artículo 37. Indicaciones autorizadas.	Artículo 57. Ayudas técnicas.	Artículo 60. Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia.	
Artículo 18. Prevención de la enfermedad.	Artículo 24. Atención con internación.	Artículo 30. Injertos.	Artículo 38. Combinaciones de dosis fijas (CDF).		Artículo 61. Atención con internación en salud mental para la población en general.	
Artículo 19. Condón masculino.	Artículo 25. Atención domiciliaria	Artículo 31. Suministro de sangre total o hemocomponentes.	Artículo 39. Presentaciones comerciales y equivalencias.		Artículo 62. Atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia.	
Artículo 20. Aplicación de vacunas.	Artículo 26. Medicina y terapias alternativas y complementarias.	Artículo 32. Atención en salud oral.	Artículo 40. Registro sanitario.			
		Artículo 33. Tratamientos reconstructivos.	Artículo 41. Almacenamiento y distribución.			
		Artículo 34. Finalidad del procedimiento	Artículo 42. Administración de medicamentos.			
			Artículo 43. Fórmulas magistrales.			
			Artículo 44. Garantía de continuidad en el suministro de medicamentos.			
			Artículo 45. Medicamentos de programas especiales.			
			Artículo 46. Radiofármacos.			
			Artículo 47. Medios de contraste.			
			Artículo 48. Medios diagnósticos.			
			Artículo 49. Soluciones y diluyentes.			
			Artículo 50. Actividades y procesos propios del servicio farmacéutico.			
			Artículo 51. Sustancias y medicamentos para nutrición.			
			Artículo 52. Subgrupos de referencia.			
			Artículo 53. Buenas Prácticas de Prescripción.			
			Artículo 54. Concordancia entre la cantidad prescrita de medicamento y la cantidad dispensada.			



Estructura de la Resolución 2292/21



Principios generales para la prestación de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC



Estructura de la Resolución 2808/22



RESOLUCIÓN 2808 DEL 2022

ANEXOS DE LA RESOLUCION 2808 DE 2022

La resolución 2292 de 2021 contiene tres (3) anexos que hacen parte integral de la misma, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así:

Anexo 1 “Listado de medicamentos financiados con recursos de la UPC”;

Anexo 2 “Listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC” y

Anexo 3 “Listado de procedimientos de laboratorio clínico financiados con recursos de la UPC”

Terminología de la Resolución 2808/22



La Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), de acuerdo con lo dispuesto por la normativa vigente.



E[Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química (ATC), de la Organización Mundial de la Salud - OMS, para medicamentos.



La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión CIE-10, de la OMS, y sus respectivas modificaciones y actualizaciones.

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD



RESOLUCIÓN 2808 DEL 2022

Servicios y tecnologías en salud son los siguientes:

Consultas, hospitalizaciones, medicamentos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos intervencionistas y procedimientos de diagnóstico.

PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA

Directa a través de urgencias o por consulta médica u odontológica general.

Directa a las consultas especializadas de pediatría, obstetricia o medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general, las personas menores de 18 años de edad y las pacientes obstétricas durante todo el embarazo y puerperio.

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD



Garantía a los servicios y tecnologías en salud

Las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar – EOC, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS, el acceso efectivo y oportuno a los servicios y tecnologías de salud. De conformidad con la Ley 1751 de 2015, en concordancia con lo señalado en el artículo 22 de esta resolución, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar la atención de urgencias en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con servicios de urgencia habilitados en el territorio nacional.



CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD



Acceso a servicios especializados de salud

Los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC cubren la atención de todas las especialidades médico quirúrgicas, aprobadas para su prestación en el país, incluida la medicina familiar.



Para acceder a los servicios especializados de salud.

Es indispensable la remisión por medicina general, odontología general por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al Sistema

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD



Conforme con la normatividad vigente sobre referencia y contrarreferencia, sin que ello se constituya en barrera para limitar el acceso a la atención por médico general, cuando el recurso especializado no sea accesible por condiciones geográficas o de ausencia de oferta en el municipio de residencia.



Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiere periódicamente de servicios especializados, puede acceder directamente a dicha consulta especializada, sin necesidad de remisión por el médico u odontólogo general.

**Referencia y
Contrarreferencia**



CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD



Telemedicina



Se financia con recursos de la UPC la provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en el presente acto administrativo, prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, con el propósito de facilitar el acceso, oportunidad y resolutiveidad en la prestación de dichos servicios, cuya provisión deberá dar cumplimiento a los parámetros para la práctica de la telemedicina, establecidos en la Resolución 2654 de 2019

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD



Garantía de servicios en el municipio de residencia.

Para permitir el acceso efectivo a los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar que sus afiliados tengan acceso en su municipio de residencia a por lo menos los servicios de salud, como puerta de entrada al SGSSS, así como a los procedimientos que pueden ser ejecutados en servicios de baja complejidad por personal no especializado, de acuerdo con la oferta disponible, las normas de calidad vigentes y las relacionadas con integración vertical.



Cobertura del PBSUPC



PLAN DIFERENCIAL POR CICLOS VITALES

El Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC se encuentra estructurado por ciclos vitales para los menores de 18 años dividido en los siguientes ciclos vitales:

- **Etapla prenatal a menores de 6 años**
- **De 6 a 14 años**
- **De 14 a 18 años**

Dentro de prestaciones especiales para los ciclos vitales de menores de 18 años tenemos:

- Cobertura de implante coclear para menores de 3años.
- Cobertura diferencial de lentes externos.
- Cobertura especial en salud mental (psicoterapia e internación la cuales el doble para algunos casos).
- Atención en cáncer en concordancia con la Ley 1388 de 2010.

Cobertura del PBSUPC



PROCEDIMIENTOS

- Deben ser descritos en términos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS.
- Se encuentran cubiertos todos los dispositivos e insumos necesarios e insustituibles para lograr la finalidad del procedimiento.
- Para trasplantes cubiertos en el PBSUPC se cubre igualmente los estudios realizados al donante efectivo



Cobertura del PBSUPC



DISPOSITIVOS Y AYUDAS TÉCNICAS

- Todos los dispositivos necesarios para la realización de procedimientos cubiertos (ej. Cirugías, curaciones).
- Para la administración de medicamentos.
- Para manejo de ostomías enterales y urinarias.
- Para la realización de glucometrías.
- Financia tanto el stent convencional o no recubierto como el stent recubierto o medicado
- Lentes correctores externos en vidrio o plástico (incluye policarbonato) En Régimen Subsidiado para menores de 21 años y mayores de 60 años también suministro de montura hasta 10% de SMLVM.
- Ayudas técnicas como son las prótesis ortopédicas y de otro tipo, y las Órtesis ortopédicas.



Cobertura del PBSUPC



MEDICAMENTOS

- La prescripción se debe hacer en denominación común internacional DCI.
- Cobertura independiente de la presentación comercial (genérico o de marca), forma de almacenamiento y comercialización.
- Combinación de dosis fijas con igual o menor valor a lo cubierto. Ejemplo Acetaminofén + oxicodona.
- Indicaciones autorizadas por el INVIMA, salvo en aquellos casos en que el precitado anexo describa especificaciones expresas que limiten su financiación.



Cobertura del PBSUPC



ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

- Se cubre la psicoterapia para población general por año calendario:
 - **Hasta 30 sesiones individuales**
 - **Hasta 30 sesiones grupales, familiares y de pareja.**
- Atención con internación para población general en la fase aguda hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario, puede ser mayor si está en peligro la vida o integridad del paciente, de sus familiares o la comunidad.
- Los pacientes deben ser atendidos preferiblemente en programa de internación parcial u hospital día según criterio del profesional tratante (para lo cual no hay límite en la cobertura)
- Las anteriores coberturas de psicoterapia e internación se duplican para mujeres víctimas de violencia y para los menores víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios, consume de sustancias psicoactivas, así como personas con discapacidad.

TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES



- Se cubre traslado en ambulancia desde el sitio de urgencia, en referencia y contrarreferencia y continuidad de tratamiento en atención domiciliaria.
- Traslado de paciente ambulatorio en medio de transporte diferente a ambulancia en los municipios y corregimientos que reciben prima adicional por dispersión geográfica.
- El transporte de paciente ambulatorio no incluye traslados dentro de la misma ciudad.

Cobertura del PBSUPC



Coberturas especiales para comunidades indígenas

La población indígena afiliada al SGSSS a través de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), a las cuales se les ha reconocido una Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena (UPCDI), tendrá la financiación de los servicios y tecnologías de salud, previstos en el presente acto administrativo y en forma adicional, de los servicios diferenciales indígenas contenidos en el Anexo 2 "*Listado de Procedimientos en Salud financiados con recursos de la UPC*".



EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO

EVENTOS Y SERVICIOS A LOS QUE NO SE LES REALIZA COPAGO POR SER DE ALTO COSTO

Alto Costo Régimen Contributivo

1. Trasplante renal. corazón, hígado, médula ósea y córnea
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis
3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón
4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central
5. Reemplazos articulares
6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado
7. Manejo del trauma mayor
8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA
9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer
10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas



EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO

EVENTOS Y SERVICIOS A LOS QUE NO SE LES REALIZA COPAGO POR SER DE ALTO COSTO

Alto Costo Régimen Subsidiado

1. Trasplante renal , corazón, hígado, médula ósea y córnea
2. Manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas. de aorta torácica y abdominal. vena cava, vasos pulmonares y renales, incluyendo las tecnologías en salud de cardiología y hemodinamia para diagnóstico, control y tratamiento, así como la atención hospitalaria de los casos de infarto agudo de miocardio
3. Manejo quirúrgico para afecciones del sistema nervioso central, incluyendo la s operaciones plásticas en cráneo necesarias para estos casos, así como las tecnologías en salud y servicios de medicina física y rehabilitación que se requieran. Asimismo. los casos de trauma que afectan la columna vertebral o el canal raquídeo, siempre que involucren daño o probable daño de médula y que requiera atención quirúrgica. bien sea por neurocirugía o por ortopedia y traumatología.

EVENTOS Y SERVICIOS DE ALTO COSTO

Alto Costo Régimen Subsidiado

4. Corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo, incluyendo las tecnologías en salud y servicios de medicina física y rehabilitación que se requieran
5. Atención de insuficiencia renal aguda o crónica, con tecnologías en salud y servicios para su atención o las complicaciones inherentes a la misma en el ámbito ambulatorio y hospitalario
6. Atención integral del gran quemado. Incluye las intervenciones de cirugía plástica reconstructiva o funcional para el tratamiento de las secuelas, la internación, fisioterapia y terapia física
7. Pacientes infectados por VIH/SIDA
8. Pacientes con cáncer
9. Reemplazos articulares
10. Internación en Unidad de Cuidados Intensivos
11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas
12. Manejo del trauma mayor

Resoluciones 1885 y 2438 2018



- Procedimientos, medicamentos y transportes no cubiertos en el PBSUPC se financian mediante mecanismo de protección individual a través de recobros.
- Pañales se financian mediante mecanismo de protección individual a través de recobros
- Sillas de ruedas son servicios complementarios que tienen otras fuentes de financiación de servicios o prestaciones sociales se estructuraron políticas públicas de atención integral a las personas con discapacidad, deben solicitarse al Ente Territorial.
- Alimentación , hospedaje y gastos por acompañantes, igualmente deben solicitarse al Ente
- Territorial con recursos establecidos para prestaciones sociales.
- Internación en instituciones de salud mental por causas diferentes a salud como es abandono social. Solicitar al Ente Territorial con recursos otras prestaciones sociales.
- Hogares geriátricos tienen recursos establecidos en la Ley 1276 de 2009, deben ser garantizado por el Ente Territorial a la población vulnerable.

Herramientas Tecnológicas Salud



1. ¿Qué es pospópuli?



Es una herramienta de consulta que le permite al ciudadano informarse de una manera ágil, sencilla y dinámica, sobre los medicamentos y procedimientos a que tienen derecho los colombianos, y resolver sus inquietudes y necesidades de forma inmediata.]



Se renovó cambiando su diseño para facilitar el acceso a la información, ampliando su portafolio de servicios, el cual incluye referencias de procedimientos, laboratorios, medicamentos, copagos y cuotas moderadoras, entre otros. Asimismo, MEDCOL-STAT, es un módulo descriptivo que agrupa, normaliza, consolida y brinda información sobre las prestaciones farmacéuticas, cuyo objetivo principal es presentar las tendencias de prescripción, consumo y gasto de medicamentos financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).



Herramientas Tecnológicas Salud



Cuando haga clic en el Menú,
podrá ver las siguientes opciones:

- Dividir la búsqueda entre «**medicamentos**»
- «**Procedimientos**»
- «**Laboratorios**»
- Calculadora de «**copagos y cuotas moderadoras**»
- Acceso directo al aplicativo de **MEDCOL-STAT**
- Consulte **los términos utilizados** en el plan de beneficios con cargo a la UPC.



Documentos de su interés donde podrá encontrar:

- Metodología de **participación ciudadana**.
- Listado de **tecnologías excluidas** de la financiación pública con recursos destinados a la salud.
- Listado de **tecnologías que fueron incluidas** en el plan de beneficios con cargo a la UPC.
- **Cuotas moderadoras y copagos**.

Consulte **las diferentes apps y aplicativos** del Ministerio de Salud y Protección Social.

Herramientas Tecnológicas Salud



BIBLIOGRAFÍA



- *Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, Félix Régulo Nates Solano, Junio 2018.*
- *Resolución 2481 del 2020*
- *Manual de uso de la herramienta POS Pópuli, Dependencia: Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas, Julio de 2019*



G R A C I A S

Línea de atención al ciudadano: 018000 910270
Línea de atención al empresario: 018000 910682



@SENAcomunica

www.sena.edu.co



El empleo
es de todos

Mintrabajo

SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN



@SENAcomunica

www.sena.edu.co

The left side of the slide features a photograph of three medical professionals standing in a hallway. The person on the left is wearing a white lab coat over a light blue shirt and has a blue stethoscope around their neck. The person in the middle is wearing a bright blue scrub top. The person on the right is wearing a white lab coat over a dark shirt and has a red stethoscope around their neck. They are all standing with their arms crossed. The background is a blurred hallway with light-colored walls and doors.

Sistema Único de Habilitación

Habilitación de Servicios de Salud

SISTEMA OBLIGATORIO DE LA CALIDAD EN SALUD SOGCS

SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN

RESOLUCIÓN 3100 DEL 2019

SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN

RESOLUCIÓN 123/2012
DECRETO 903/2014

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

RESOLUCIÓN 256/2016

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

GUIAS DE AUDIORIA DEL MPS

MEJORAR LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD CENTRADA EN LOS USUARIOS SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

ACCESIBILIDAD

OPORTUNIDAD

SEGURIDAD

PERTIENCIA

CONTINUIDAD

CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS

CONCEPTOS IMPORTANTES



SISTEMA OBLIGATORIO DE LA CALIDAD EN SALUD

- El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

CONCEPTOS IMPORTANTES



CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

- El Decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud

CONCEPTOS IMPORTANTES



Accesibilidad

Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad

Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad

Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico"

**CARACTERÍSTICAS
DEL SOGCS**

CONCEPTOS IMPORTANTES



HABILITACIÓN

La Habilitación consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

ACREDITACIÓN

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las entidades que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

SISTEMA INFORMACIÓN

El sistema de información para la calidad, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

AUDITORIA

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN



La habilitación de prestadores de servicios de salud es un proceso obligatorio creado por el Gobierno Nacional, tiene sus orígenes y conserva conceptos y fundamentos en las normas sanitarias dirigidas a preservar, restaurar o mejorar las condiciones necesarias en lo relacionado con la salud humana, dictadas en la Ley 9 de 1979, la cual definió la existencia de licencias sanitarias de funcionamiento, particularmente para edificaciones cuyo uso se destine a la prestación de servicios de salud (Luengas, 2002).

El Sistema Único de Habilidadación se configura como la puerta de entrada al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.



SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN



Sistema Único de Habilitación (SUH), Definición

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema. Estos buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (Decreto 780 de 2016, Artículo 2.5.1.3.1.1.).





GRACIAS

Línea de atención al ciudadano: 018000 910270
Línea de atención al empresario: 018000 910682



@SENAcomunica

www.sena.edu.co