PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnico Apoyo Administrativo en Salud.
- **Código del Programa de Formación:** 134507 V2
- **Nombre del Proyecto:** Contribución a la mejora continua de los procesos de apoyo administrativo en las entidades del sector salud de la zona norte del departamento del cauca.
- **Fase del Proyecto:** Análisis
- **Actividad de Proyecto:** Reconocer las condiciones del aseguramiento en colombia y su relación con los procesos de apoyo administrativo en entidades del sector.
- **Competencia:** Admitir Personas al Servicio según Normativa de Salud.
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
  - Reconocer las necesidades de la persona en el acceso a los servicios de salud de acuerdo con portafolio de servicios y normativa legal vigente.
- **Duración de la Guía:** 72 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 Secretarias Seccionales de Salud y las Secretarias 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

Identificar el proceso de ADMISIÓN del usuario a los servicios del Sistema de salud de acuerdo con normatividad legal vigente.

3.1 ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN INICIAL



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, (**Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales)** Existen cuatro grupos de clasificación: A, B, C y D. Cada uno ubica a las personas según su capacidad para generar ingresos y sus condiciones de vida**.** La clasificación se basa en una serie de letras: A (pobreza extrema), B (pobreza moderada), **C** (vulnerabilidad) y D (ni pobre ni vulnerable), Grupo A: **pobreza** extrema (población con menor capacidad de generación de ingresos) Grupo B: **pobreza moderada** (población con mayor capacidad de generar ingresos que los del grupo A) Grupo C: vulnerable (población en riesgo de caer en **pobreza**) 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 A ó B, debe ser afiliado por una Administradora de Régimen Subsidiado (ARS) que le otorga 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 habérseles hecho la encuesta o no haber sido afiliados por una ARS. El problema es que las afiliaciones se realizan en función de los cupos disponibles y no de la demanda.

Ambos regímenes tienen planes de beneficios de salud (PBS) donde cubre las enfermedades y problemas. Con 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 ADRES, 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, hoy llamado ADRES les devuelve una cantidad de dinero por cada afiliado (Unidad de Pago por Capitación - UPC, cuya cuantía se fija anualmente). En el subsidiado, los intermediarios son las EPS, que reciben fondos de la mencionada cuenta del FOSYGA (ADRES) y de instituciones oficiales.

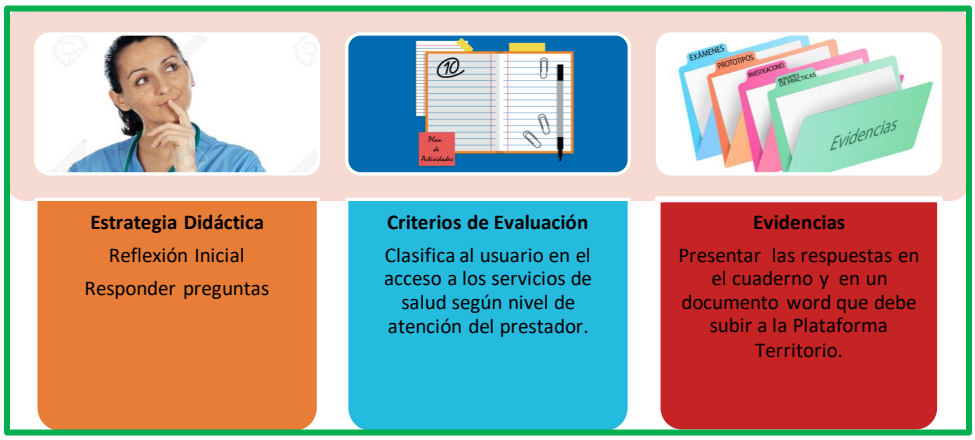
Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son los hospitales, centros de salud, Consultorios, imagenologia, laboratorio. De acuerdo a este régimen funcionan por demanda: no disponen de un presupuesto previo sino que las EPS les pagan cuando prestan los servicios y los facturan (normalmente con bastante 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.

Teniendo en cuenta la Competencia ADMITIR: Responda lo siguiente

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. Que entiende por Admisión del paciente a los servicios de salud
4. Cual es la diferencia entre:
   ORIENTAR AL USUARIO – ATENCIÓN AL USUARIO – ADMISIÓN DEL USIARIO
5. ¿Conoce cómo acceder a los servicios que ofrece el sistema?
6. ¿Considera que es importante tener regulado este sistema en Colombia?
7. ¿Qué es un Prestador de Servicos de Salud?
8. ¿Cuáles son los Niveles de Atención en Salud?
9. Que es el ADRES
10. Que es UPC y como funciona
11. Que son las Instituciones Prestadoras de Salud y Cuales existen.
12. Que es una Red de Servicios
13. Cuales son los tipos de Admisiones

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 caracteristcas 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, marcadores, colores

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



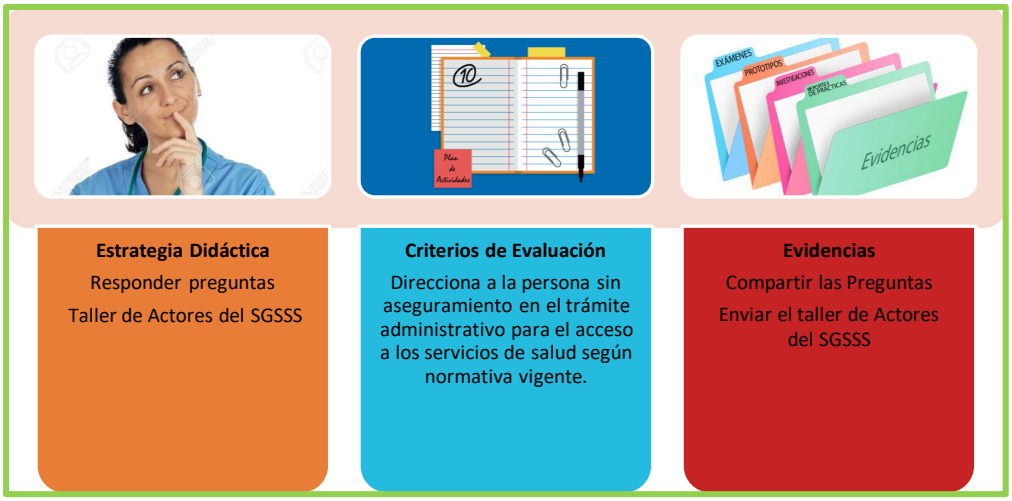
El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por: El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades Promotoras de Salud (EPS), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones 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: En la siguiente actividad deben Resolver las siguientes preguntas relacionadas con los Actores del SGSSS

1. ¿Cuáles son los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud?
2. ¿Cuáles son las responsabilidades de los actores del SGSSS?
3. Como se financia el 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 SGSSS, 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:
En la siguiente actividad deben desarrollar el Taller denominado "Regimenes Contributivo y Subsidiado" preparado 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 servcios de salud.



Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el POS - PBS para cada afiliado, el SGSSS reconocerá a cada EPS 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 hotelería, 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: Desarrollar infografía sobre los siguientes Temas: UPC, cuotas moderadoras, y los copagos.





Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores, colores, marcadores.

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

Según **el Decreto 4747 de 2007 se define Referencia y contra referencia** 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, Articulo 17 es obligación contar con un proceso de Referencia y Contrarreferencia, 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: En 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: Decreto 4747 de 2007, 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.



Libertad y Orden

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007
(Diciembre 7)

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, y se dictan otras disposiciones

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y por los artículos 154 literales a) y b), 178 Y 179 de la Ley 100 de 1993, 5 Y 6 del Decreto - Ley 1295 de 1994, 7 del Decreto - Ley 1281 de 2002, y los artículos 13 literal d) y 44 de la Ley 1122 de 2007,

DECRETA:

Capítulo I
Objeto y definiciones básicas

Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto regular 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.

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: Realizar Mapa conceptual del Decreto 4747 del 2007; 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.

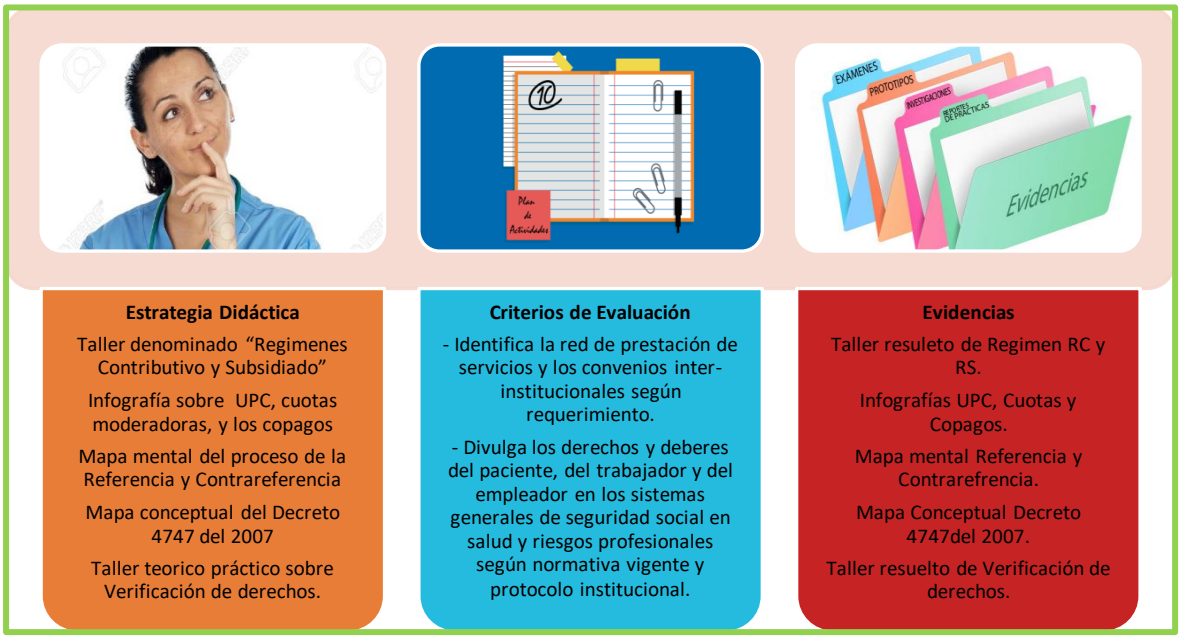


https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA

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

Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.

Detalles de la Actividad:



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

3.4 Actividades de transferencia del conocimiento.

Descripción de la Actividad: En la siguiente actividad la realizaran en sus grupos de trabajo, en el cual entregaran un portafolio de servicios de la IPS.

La IPS es creada por cada grupo de trabajo. Consultar y Realizar el portafolio de su IPS creada

Deben seguir las indicaciones de la instructora quien explica como deben entregar la evidencia.

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 realizaran 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: Victimas 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 dadas.

Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.

Detalles de la Actividad:







Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluación	Evidencias
Portafolio de Servicios Diseñar una ruta de atención a la población asegurada y no asegurada al SGSSS	- 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.	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 "Regimenes 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 teorico práctico sobre Verificación de derechos. **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.	- Clasifica al usuario en el acceso a los servicios de salud según nivel de atención del prestador. - 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.	**Técnica:** Formulación de preguntas. **Instrumento:** Cuestionario **Técnica:** Observación directa **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 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.
TRAIGE II: Pacientes que presentan una situación de urgencia con riesgo vital. Puede complicarse en cualquier momento. Promedio de espera para la atención 12 horas
TRIAGEIII: – 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 fi n 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 remisora. 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 Capitulo II, Artículo 20 y 21 capitulo 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)	**María Isabel Alegría Cerón**	**Instructor**	**Salud**	**Abril 2023**

8. CONTROL DE CAMBIOS

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

PROCESO DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del Programa de Formación:** Tecnico Apoyo Administrativo en Salud.
- **Código del Programa de Formación:** 134507
- **Nombre del Proyecto:** Implementación de Modelos de Atención en Procesos Administrativos para Empresas Prestadoras de Servicios de Salud
- **Fase del Proyecto:** Ejecución
- **Actividad de Proyecto:** Implementar estrategias para lograr la eficacia del modelo de aseguramiento en salud en el sgsss
- **Competencia:** Admitir Personas al Servicio según Normativa de Salud.
- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**
    - Tramitar la admisión de la persona a los servicios de salud según oferta institucional, acuerdos contractuales y normativa legal vigente
    - Tramitar la información de la persona admitida de acuerdo con normativa, políticas institucionales, acuerdos contractuales y códigos éticos vigentes.
- **Duración de la Guía:** 108.

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 incio del proceso financiero. Es el momento que identificamos quién es el responsable de la cuenta, posteriormente, se continua 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.

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



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

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Plan de Beneficios en Salud 2021 – Resolución 2481 de 2020

3.1 ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN INICIAL



Mediante la resolución 2481 de 2020 se ha actualizado el paquete de servicios y tecnologías (antes plan de beneficios en salud), que la UPC financia para el 2021, en el cual se suprime (inexplicablemente) el concepto de "mecanismo de protección colectiva" de su objeto.

Algunos de los cambios, además de las inclusiones que se le han realizado en medicamentos, procedimientos y pruebas diagnósticas son:

Garantías de acceso que trae la resolución 2481 de 2020

En las garantías de acceso se suprime "deberán garantizarla en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), habilitadas para tal fin en el territorio nacional" y se transforma en "deberán garantizarla 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", lo cual seguramente es un yerro que pron9to será corregido por el Minsalud.

Atención con internación

Con relación a la atención con internación, se agrega un nuevo parágrafo que aclara que desde el primero (1) de enero de 2021, no será financiada con cargo a los recursos de la UPC la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud, sea una inasistencia o un abandono social.

Buenas prácticas de prescripción



La prescripción de acuerdo con Guías de Práctica Clinica, se cambia por "Buenas Prácticas de Prescripción" e indica lo siguiente:

Durante el proceso de prescripción de medicamentos y siguiendo los parámetros de las Buenas Prácticas de Prescripción. emanadas de la OMS, para la selección de la terapia farmacológica a instaurar, se deberá tener en cuenta, en lo posible y según criterio del médico tratante, el perfil farmacológico, la eficacia y seguridad como un balance riesgo/beneficio, su conveniencia, según las características del paciente, las recomendaciones realizadas en documentos emitidos por este Ministerio, como Guías de Práctica Clinica (GPC); Guías de Atención Integral (GAI); protocolos; informes de formulación, uso y posicionamiento o cualquier otro documento definido para la atención en salud de una patología en particular, y la eficiencia de dicho tratamiento farmacológico, entendida como el mejor uso de los recursos, bajo el principio de autorregulación, sin que lo anterior se establezca como una restricción a la autonomía profesional.

Para Combinaciones a Dosis Fijas, deberán aplicarse las mismas recomendaciones en su prescripción, frente a los monofármacos por separado, en caso de estar disponibles.

Los diferentes actores del sistema de salud y de forma coordinada, podrán definir, organizar. implementar y monitorear todos los mecanismos y herramientas de gestión de riesgo que se consideren necesarias para apoyar las buenas prácticas de prescripción. adicionales a las que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. También deberán desarrollar estrategias de mejoramiento, cuando así se requiera.



Atención con internación en salud mental

En la atención con internación en salud mental para la población en general, no será financiada con cargo a los recursos de la UPC, la internación prolongada cuando esta sea por atención distinta al ámbito de salud sea una inasistencia o un abandono sociales.

Los tres anexos de la resolución 2481 de 2020

Para un mayor conocimiento de la resolución 2481 de 2020 que actualiza los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), puede descargar y revisar sus tres (3) anexos técnicos:

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"

Financiación con recursos de la UPC por medicamento



1. Los medicamentos con los principios activos, concentraciones y formas farmacéuticas descritos están incluidos en el mecanismo de protección colectiva y se financian con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
2. Los medicamentos no descritos explícitamente, también se financian con recursos de la UPC si cumplen lo dispuesta en el artículo 129 del presente acto administrativo.
3. Los medicamentos donde no se realizan aclaraciones se financian con recursos de la UPC en todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA.
4. Si un principio activo no se encuentra explicita mente en la sección A1 se debe tener en cuenta que puede estar financiado y descrito en la financiación con recursos de la UPC en otra sección del Anexo 1 o descrito en el articulado del decreto 2481 de 2020.

Se encuentran relacionados 498 principios activos que cumplen las condiciones anteriores.

FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA MEDICAMENTOS POR SUBGRUPOS DE REFERENCIA

1. Todos los medicamentos que contengan los principios activos pertenecientes a los subgrupos de referencia (tanto monofármaco como en combinación, sólo si el mismo subgrupo de referencia así lo describe y salvo excepciones explícitas), descritos en esta sección en las concentraciones y formas farmacéuticas que se enuncian están financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
2. Los medicamentos no descritos explícitamente, también se financian con recursos de la UPC si cumplen lo dispuesto en el artículo 129 del acto administrativo.
3. Los medicamentos donde no se realizan aclaraciones se financian con recursos de la UPC en todas las indicaciones autorizadas por el INVIMA según el artículo 40 del acto administrativo.

Hay 53 principios activos que se incluyen en cada subgrupo de referencia.

FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA MEDICAMENTOS CON CRITERIO ESPECIFICO

Hay 10 grupos de principios activos que se financian con recursos de la UPC con criterios específicos. Al respecto la resolución 2481 de 2020 menciona que:

1. Los grupos de medicamentos que se enuncian en esta sección se entienden como financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), sólo si cumplen lo descrito en el correspondiente criterio de financiación.
2. Los medicamentos no descritos explícitamente, también se financian con recursos de la UPC si cumplen lo dispuesto en el artículo 129 del presente acto administrativo.
3. Para los grupos descritos a continuación no se enuncian códigos ATC teniendo en cuenta que pueden incluir varios principios activos con diferentes códigos ATC.

Por otro lado, los medicamentos para programas especiales en salud publica son 37, y son suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA OTROS PRODUCTOS

- Se financian con recursos de la UPC todos los productos que se enuncian a continuación.
- Los productos no descritos explícitamente, también se financian con recursos de la UPC si cumplen lo dispuesto en el artículo 129 del presente acto administrativo.

Básicamente aquí se incluyen las fórmulas lácteas y el alimento en polvo con vitaminas, hierro y zinc.

Muñoz, C. (2020). Plan de Beneficios en Salud 2021 – Resolución 2481 de 2020. Consultorsalud. https://consultorsalud.com/plan-de-beneficios-en-salud-2021-resolucion-2481-de-2020/

¿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 servicios . 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.

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:

1. ¿Qué opinión tienes sobre el Plan de Beneficios en Salud?
2.

Detalles de la Actividad:



Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluación	Evidencias
Leer la Reflexión Inicial Responder preguntas	Direcciona a la población en el trámite a seguir en el servicio no incluidos en los planes de beneficio según normativa vigente	Compartir las Preguntas en una Video Conferencia.

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 caracteristcas 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:



Estrategia Didáctica

Responder preguntas

Taller de Actores del SGSSS



Criterios de Evaluación

Direcciona a la persona sin aseguramiento en el trámite administrativo para el acceso a los servicios de salud según normativa vigente.



Evidencias

Compartir las Preguntas

Enviar el taller de Actores del SGSSS a la plataforma Classroom

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 servcios de salud.

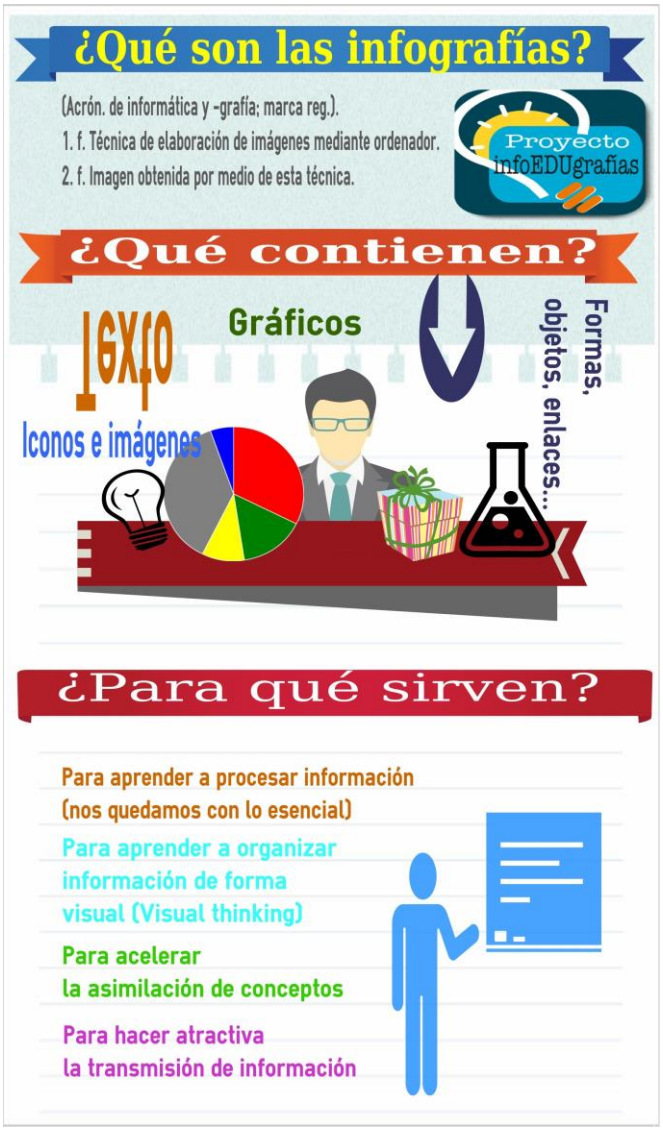


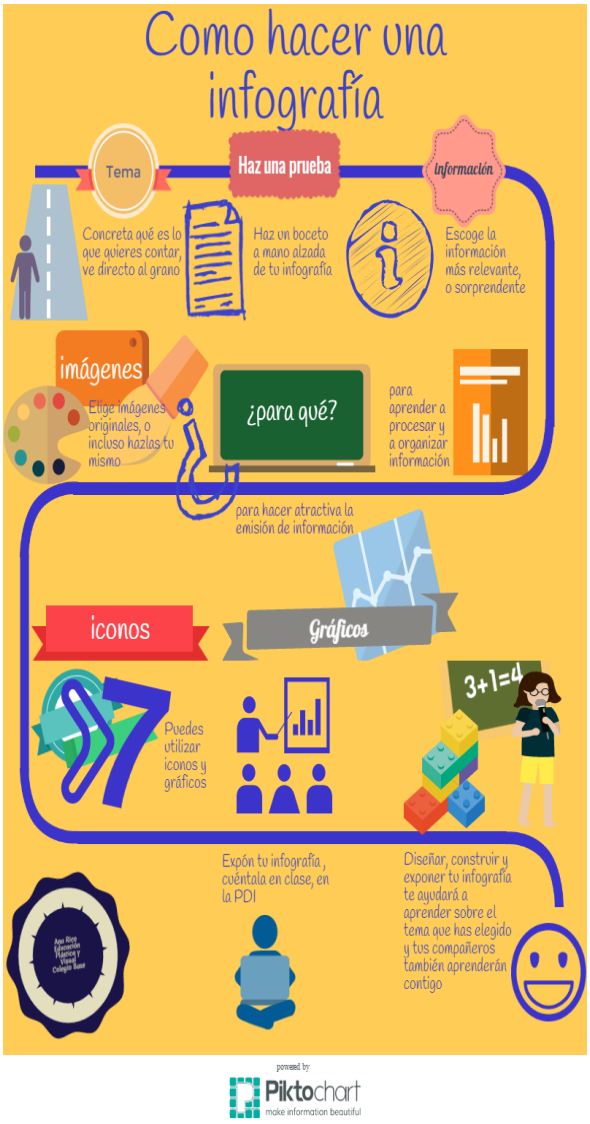
Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capitación, UPC.

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 hotelería, 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 usuario.

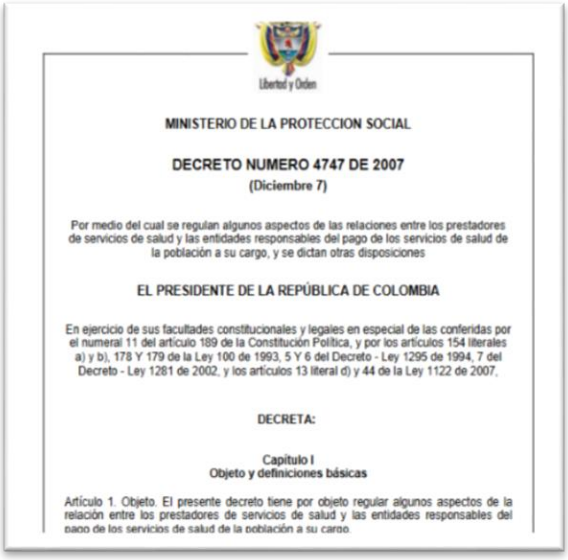
Según el Decreto 4747 de 2007 se define Referencia y contrarreferenciacomo el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad 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, Articulo 17 es obligación contar con un proceso de Referencia y Contrarreferencia, 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 realizares 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.



Libertad y Orden

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DECRETO NUMERO 4747 DE 2007
(Diciembre 7)

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, y se dictan otras disposiciones

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales en especial de las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, y por los artículos 154 literales a) y b), 178 Y 179 de la Ley 100 de 1993, 5 Y 6 del Decreto - Ley 1295 de 1994, 7 del Decreto - Ley 1281 de 2002, y los artículos 13 literal d) y 44 de la Ley 1122 de 2007,

DECRETA:

Capítulo I
Objeto y definiciones básicas

Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto regular 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.

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 realizarar un mapa conceptual del Decreto 4747 del 2007; el instructor asignara 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.



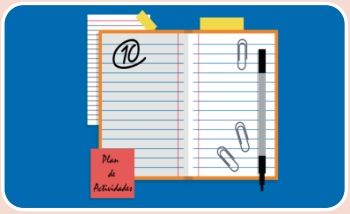
https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA

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

Materiales: Hojas blancas, lápices, lapiceros, borradores.

Detalles de la Actividad:







Estrategia Didáctica	Criterios de Evaluación	Evidencias
Taller denominado "Regimenes Contributivo y Subsidiado"	- Identifica la red de prestación de servicios y los convenios inter-institucionales según requerimiento.	Taller resuleto de Regimen RC y RS.
Infografía sobre UPC, cuotas moderadoras, y los copagos	- 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.	Infografías UPC, Cuotas y Copagos.
Mapa mental del proceso de la Referencia y Contrareferencia		Mapa mental Referencia y Contrarefrencia.
Mapa conceptual del Decreto 4747 del 2007		Mapa Conceptual Decreto 4747del 2007.
Taller teorico práctico sobre Verificación de derechos.		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 realizaran en sus grupos de trabajo, en el cual entregaran un portafolio de servicios de la IPS. La IPS es creada por cada grupo de trabajo, deben realizar una consulta de como realizar el portafolio.

La instructora les explicara como lo deben entregar y el dia 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 realizaran 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:

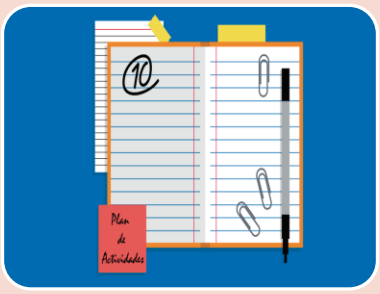
Grupo No. 1: Cotizantes y beneficiarios del Régimen contributivo
Grupo No. 2: Beneficiarios del Régimen subsidiado
Grupo No. 3: Victimas de accidente de tránsito con y sin póliza
Grupo No. 4: Usuarios que ingresan por accidente de trabajo o enfermedad de origen laboral
Grupo No. 5: Víctimas de eventos 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	Criterios de Evaluación	Evidencias
Portafolio de Servicios Diseñar una ruta de atención a la población asegurada y no asegurada al SGSSS	- 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.	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 "Regimenes 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 teorico práctico sobre Verificación de derechos. **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.	- Clasifica al usuario en el acceso a los servicios de salud según nivel de atención del prestador. - 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.	**Técnica:** Formulación de preguntas. **Instrumento:** Cuestionario **Técnica:** Observación directa **Instrumento:** Lista de chequeo del desempeño **Técnica:** Desarrollo de actividades colaborativas **Instrumento:** Lista de chequeo frecuencias trabajo colaborativo.

5. GLOSARIO DE TERMINOS

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 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.
TRAIGE II: Pacientes que presentan una situación de urgencia con riesgo vital. Puede complicarse en cualquier momento. Promedio de espera para la atención 12 horas
TRIAGEIII: – 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 fi n 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 remisora. 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 BIBLIOGRAFICOS

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 Capitulo II, Artículo 20 y 21 capitulo 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)	**María Isabel Alegría Cerón**	**Instructor**	**Red Salud y Servicios Personales**	**Octubre 2023**

8. CONTROL DE CAMBIOS

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD

MINISTERIO DEL TRABAJO

Competencia: ADMISIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN PORTAFOLIO INSTITUCIONAL Y NORMATIVA VIGENTE

1. RECONOCER LAS NECESIDADES DE LA PERSONA EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE

2. TRAMITAR LA ADMISIÓN DE LA PERSONA A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN OFERTA INSTITUCIONAL, ACUERDOS CONTRACTUALES Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE

3. TRAMITAR LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA ADMITIDA DE ACUERDO CON NORMATIVA, POLÍTICAS INSTITUCIONALES, ACUERDOS CONTRACTUALES Y CÓDIGOS ÉTICOS

4. IMPLEMENTAR PLANES DE MEJORAMIENTO EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE ADMISIÓN SEGÚN HALLAZGOS, DELEGACIÓN, PROTOCOLOS INSTITUCIONALES Y NORMATIVA VIGENTE

1. RECONOCER LAS NECESIDADES DE LA PERSONA EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y NORMATIVA LEGAL VIGENTE

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Es el conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos dispuestos para satisfacer las demandas de **salud** del usuario mediante la atención ambulatoria en consultorios médicos, urgencias, consulta externa, Cx, hospitalización, Tto, terapias, rehabilitación, Rx, Imágenes Dx



SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL



Sistema de aseguramiento en salud: normativa, principios, siglas, conceptos generales, tipos de aseguramiento en salud, reglas de afiliación, red de servicios, niveles de atención, pagos compartidos

Tipo de aseguramiento: regímenes de afiliación, requisitos de afiliación, convenios institucionales, portafolio de servicio, normativa

Planes de beneficios en salud: conceptos y tipos, derechos y deberes en salud, planes adicionales y complementarios.





SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Proceso de atención: necesidades de atención, demanda vs acceso, oportunidad, protocolos, normativa, terminología aplicada.





Responsables de pago: concepto, administradoras de planes de beneficios, mecanismos de contratación, normativa.



Líneas de pago: concepto, aseguradoras, evento de salud, distribución del pago por cada evento, normativa.

Referencia y Contrareferencia: conceptos, normativa, protocolos de traslado, niveles de complejidad, registros.





SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Autorización de servicios: definición, tipos, requisitos, protocolos, normativa, registros, anexos, conceptos de Triage



Prestación del servicio de salud: atención inicial, elementos básicos, tipos y características, red de servicios.



Servicios electivos: concepto, tipos, trámites, normativa



Comprobadores de derechos: conceptos, requisitos, bases de datos en salud, tipos, composición, Siglas.

Disponibilidad de servicios: conceptos, indicadores de ocupación , protocolos





SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL



Soportes de atención: normativa, conceptos, manual técnico

Recepción de personas al servicio: concepto, ingreso y egreso, estancia, protocolos, normativa



Historia clínica: definiciones, normativa, características, componentes, requisitos, anexos, registro en aplicativo, reportes de atención, lenguaje técnico, archivo físico y electrónico de documentos clínicos.







Traslado intra y extrainstitucional: concepto, normativa, requisitos, protocolos

Emergencias funcionales: concepto, tipos, protocolos, normativa.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Normas de Salud y seguridad en el trabajo: concepto, higiene postural, ergonomía.

Gestión de residuos hospitalarios: concepto, normativa, clasificación





Relaciones interpersonales: concepto, técnicas, fundamentos, tipos, interacción, teorías sociales y de humanización

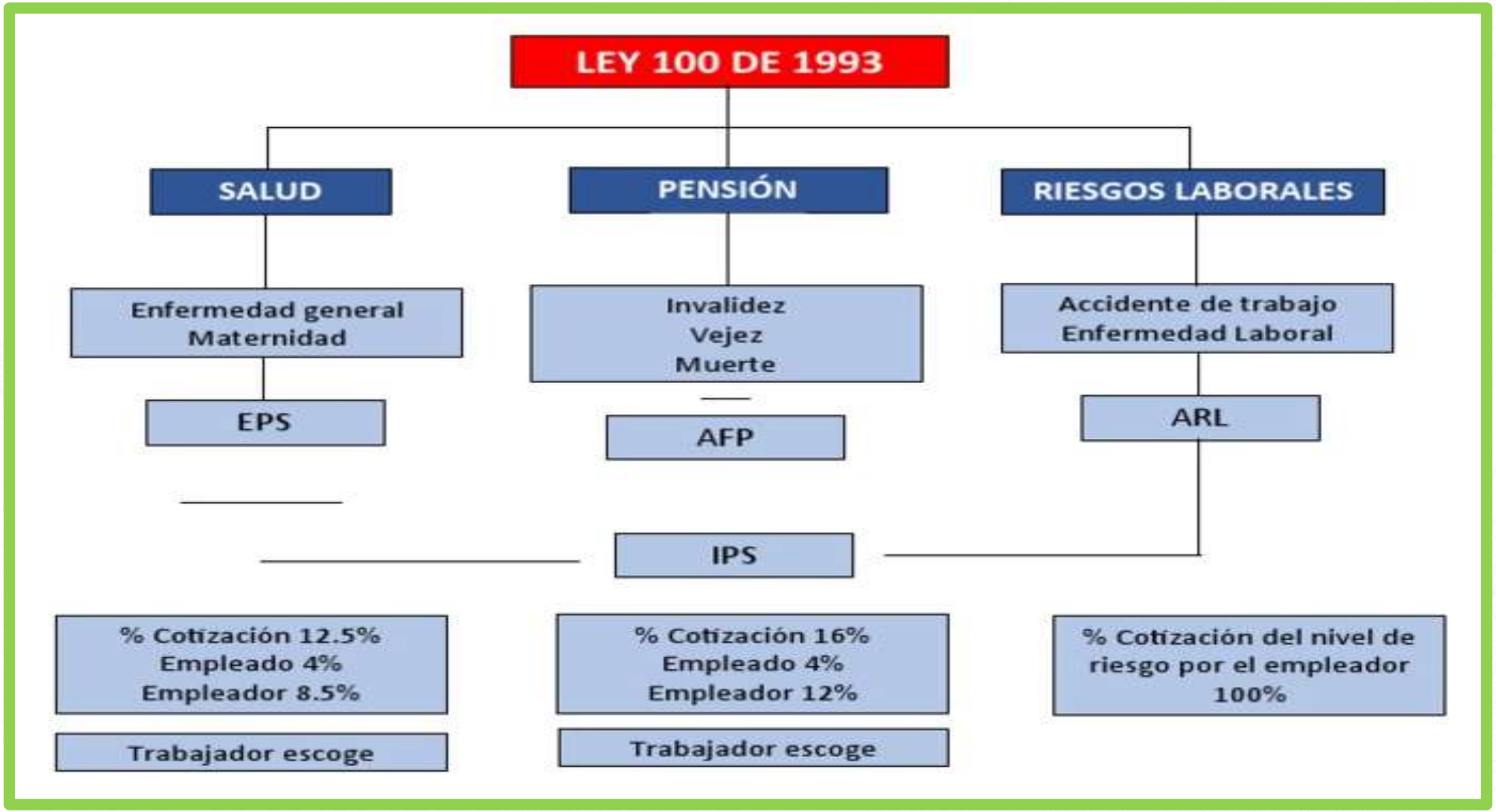




SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL



SISTEMA INTEGRAL DE SEGURIDAD SOCIAL



PRINCIPIOS LEY 100 DE 1993

Principios

- Eficiencia
- Universalidad

Principios

- Solidaridad
- Integralidad

Principios

- Unidad
- Participación

LEY 100/93

SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO



TIPO REGIMENES





Fuera Ley 100/93: EXCEPCIÓN



Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS
Ley 100 de 1993



REGLAS DE AFILIACIÒN

DECRETO 2353 DE 2015

- Crea Afiliación Transaccional
- Unifica reglas de Afiliación
- Continuidad en el goce de los Derechos.

DECRETO 780 DE 2016

Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/afiliacion-en-salud.aspx

RED DE SERVICIOS

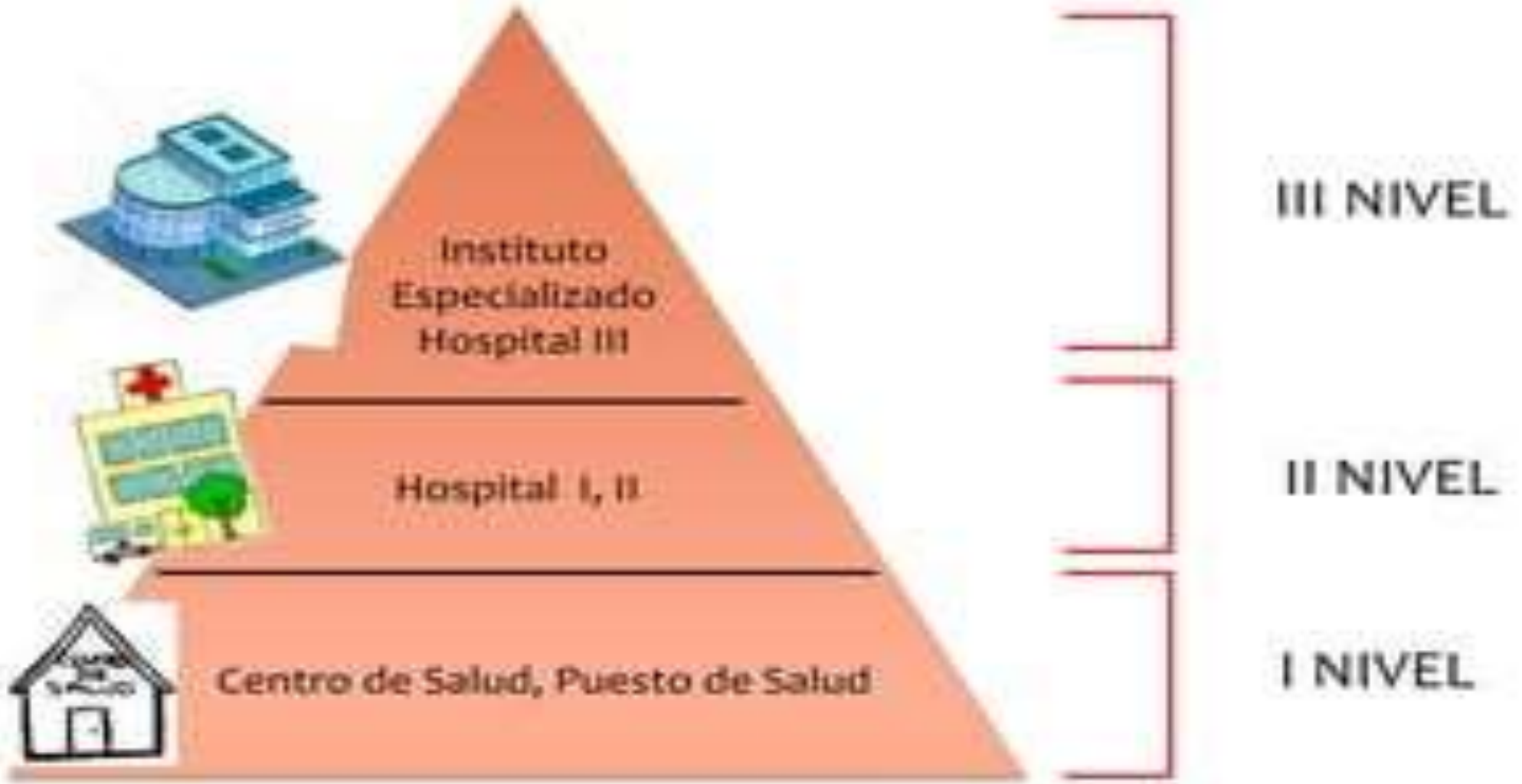


Se entiende, de igual manera, que los actores participantes son todos aquellos que intervienen en el sistema de **salud**, que, en el caso del sistema **colombiano**, se refiere al Estado, los aseguradores, los prestadores de servicios de **salud** y los usuarios.





NIVELES DE ATENCIÓN



G R A C I A S

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

APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD

SENA



MIPRES



MIPRES

Es una herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la **UPC** - **Unidad de Pago por Capitación –** y servicios complementarios.

Resolución 1885 de 2018



MIPRES

Objeto de la Resolución: Establece el procedimiento para que los profesionales de la salud debidamente inscritos en **ReTHUS - Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud** - realicen la prescripción u ordenación de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la **UPC – Unidad de Pago por Capitación -** y servicios complementarios, así como la verificación, control, auditoría, pago y análisis de la información del proceso de recobro/cobro ante **ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**



APLICACIÓN

Aplica para todos los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS.

- ✓ **Las EPS o EOC - Empresas Obligadas a Compensar,** garanticen el suministro efectivo y realicen las funciones como parte del mecanismo de protección individual.
- ✓ Las IPS realicen o suministren las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios prescritos u ordenados por el profesional de la salud en sus roles habilitados.

Mipres

APLICACIÓN

Aplica para todos los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS.

- ✓ Los profesionales de la salud inscritos en ReTHUS.
- ✓ Proveedores de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, servicios complementarios u ordenados por fallos de tutela.
- ✓ La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para la verificación, control, pago y análisis de la información del recobro/cobro.



APLICACIÓN

Aplica para todos los agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS.

- ✓ Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades de inspección, vigilancia y control.
- ✓ Ministerio de Salud y Protección Social, para el proceso de actualización, modificación y ajuste de la herramienta tecnológica, así como, la disponibilidad y accesibilidad a través de SISPRO.

Mipres

Para qué sirve la herramienta tecnológica MIPRES

- ✓ A los profesionales de la salud les sirve para: Prescribir y Reportar servicios o tecnologías en salud no cubiertas por el **plan de beneficios con cargo a la unidad de pago por capitación** (PBSUPC).
- ✓ A las EPS y EOC para transcribir las contingencias y generar las solicitudes en virtud de un fallo de tutela.
- ✓ A las IPS para consultar las prescripciones realizadas por sus profesionales de la salud.
- ✓ A las EPS y EOC para consultar las prescripciones realizadas a sus afiliados.
- ✓ A la ADRES para tener información oportuna que permita realizar los análisis a los que haya lugar, así como la verificación, control y pago en el proceso de recobro/cobro.

1.A través de MIPRES, ahora el Profesional de la Salud tratante, podrá prescribirle sin necesidad de autorizaciones, ni trámites adicionales.

2. El Profesional de la Salud tratante que le prescribe, le entregará la fórmula médica y/o el plan de manejo con un número de prescripción generado por el aplicativo.

3. Su EPS le informará la fecha y el lugar dónde le suministrarán las tecnologías en salud No PBSUPC y/o servicios complementarios prescritos.

4. Espere máximo cinco días para que su EPS, le suministre la tecnología en salud o servicios complementarios.

Requisitos para acceder a la herramienta tecnológica MIPRES para reporte de prescripción.

- Obtención previa de usuario y clave, el cual es solicitado al Ministerio de Salud y Protección Social por cada profesional de la salud (quien deberá estar inscrito en ReTHUS).
- El usuario y la clave de acceso a la herramienta tecnológica MIPRES es personal e intransferible; la información registrada, como los procesos informativos tienen validez jurídica.

Requisitos para acceder a la herramienta tecnológica MIPRES para reporte de prescripción.

- La asignación del nivel de acceso a la información estará determinada de acuerdo a las competencias de cada entidad.
- Las IPS adelantarán el procedimiento, y deberán estar habilitadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Requisitos para acceder a la herramienta tecnológica MIPRES para reporte de prescripción.

- Las entidades recobrantes (EPS o EOC) deberán realizar el proceso y procedimientos conforme al protocolo expedido por la Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación (OTIC) del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Las entidades de inspección, vigilancia y control, deberán realizar el proceso y procedimientos conforme al protocolo expedido por la Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación (OTIC) del Ministerio de Salud y Protección Social.

Requisitos para acceder a la herramienta tecnológica MIPRES para reporte de prescripción.

- Las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal, deberán realizar el proceso y procedimientos conforme al protocolo expedido por la Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación (OTIC) del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades de inspección, vigilancia y control.

Se Puede prescribir en el aplicativo dentro de la misma orden del Afiliado, medicamentos, procedimientos e insumos que necesite.

Una vez ingrese el tipo y número de identificación del afiliado podrá prescribir los medicamentos, procedimientos e insumos que requiera en una misma orden, sin límite en la cantidad de servicios o tecnologías; siempre y cuando se encuentren relacionados con el mismo diagnóstico y atiendan las mismas causas de prescripción. En caso contrario, deberá reportar la prescripción de medicamentos diferentes por separado.

AUTORIZACIÓN



La prescripción realizada a través de la herramienta MIPRES, no requiere autorizaciones para su suministro al paciente, la EPS puede consultar las prescripciones realizadas a sus afiliados en tiempo real a través de la plataforma

FORMULARIO DE CONTINGENCIA



1. Dificultades Técnicas
2. Ausencia del servicio eléctrico
3. Falta de conectividad
4. Inconsistencia de afiliación o identificación.

ANULACIÓN DE PRESCRIPCIÓN



La anulación de una prescripción generada en la herramienta tecnológica, deberá ser solicitada por el profesional de la salud que la realizó inicialmente dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la prescripción inicial, para el trámite por parte de la EPS.

Posteriormente será tramitada por la EPS, en un tiempo máximo de cuarenta y ocho (48) horas después de solicitada por el profesional de la salud prescriptor.

PRESCRIPCIÓN



El profesional de salud prescriptor No puede modificar la prescripción, solo tiene la facultad de solicitar la anulación dentro las veinticuatro (24) horas siguientes a la prescripción inicial.

JUNTA MEDICA



Junta de profesionales de la Salud

Es un grupo de profesionales de la salud, los cuales se reúnen para analizar la pertinencia y aprobación bajo criterio medico de aquellas tecnologías en salud no financiados con recursos UPC medicamentos del listado **UNIR - Uso No Incluido en Registro Sanitario**, servicios complementarios o productos de soporte nutricional en el ámbito ambulatorio, que señale el acto administrativo vigente para el reconocimiento y pago por ADRES.

LISTADO UNIRS - Uso No Incluido en Registro Sanitario

Es el listado oficial de **medicamentos con usos no incluidos en el registro sanitario,** adicional a esto, no cuentan con evidencia científica suficiente para dar certeza sobre su eficacia o efectividad, pero constituyen la única alternativa terapéutica disponible para los pacientes, según lo determine el INVIMA luego de culminada la evaluación farmacológica del uso. El uso será evaluado periódicamente por esa institución a la luz de la nueva evidencia que pueda surgir de acuerdo a los procedimientos definidos para este fin, de manera que pueda tomarse una decisión de fondo sobre su eficacia o efectividad y determinar si se incluye o no en el registro sanitario.

AUTORIZACIÓN



La Junta de profesionales de la Salud Autoriza:

- Servicios complementarios
- Productos para soporte nutricional prescritos en el ámbito ambulatorio.
- Medicamentos de la lista oficial de medicamentos con uso no incluido en registro sanitario.

SUMINISTRO EFECTIVO





Es la entrega de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o de servicios complementarios, por parte de la EPS y las EOC deberán: 1. Verificar que al usuario se le suministre la prescripción efectuada por el profesional de la salud. 2. Implementar los controles o mecanismos necesarios para evitar la duplicidad en la entrega. 3. Garantizar el suministro efectivo de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. 4. Garantizar los controles de seguridad y efectividad de las prescripciones.

MEDICAMENTO VITAL NO DISPONIBLE - MVND





Medicamento indispensable e irremplazable para salvaguardar la vida o aliviar el sufrimiento de un paciente o un grupo de pacientes y que, por condiciones de baja rentabilidad en su comercialización, no se encuentran disponibles en el país o las cantidades no son suficientes.

(Decreto 481 de 2014, artículo 2).

No tienen sustituto en el mercado y no se encuentre comercializado en el país.

ETAPAS DE VERIFICACIÓN Y CONTROL





Las etapas de verificación y control de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC son:

1. **Pre-radicación**: es donde se valida la información registrada por la entidad recobrante contra la registrada en base de datos, en aras de establecer la existencia del usuario la consistencia de los códigos, la procedencia o no del reconocimiento del cobro/recobro. 2. **Radicación**: presentar ante ADRES los formatos de solicitud de recobro/cobro que correspondan junto a los soportes en medio impreso o magnético.

ETAPAS DE VERIFICACIÓN Y CONTROL





Las etapas de verificación y control de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC son:

3. **Pre-auditoría:** en esta etapa se verifican que el recobro/cobro contenga los soportes exigidos para adelantar la verificación del cumplimiento de los requisitos.
4. **Auditoría Integral**: es la verificación del cumplimiento de los requisitos esenciales para el pago de los recobros/cobros.
5. **Pago**: la ADRES efectuará el pago correspondiente.

DIVERGENCIAS RECURRENTES

Son las diferencias conceptuales entre más de una entidad recobrante y la ADRES respecto de las glosas que por cualquier causal hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro/cobro en más de un periodo de radicación. Artículo 122 del decreto ley 019 de 2012. Cuando las entidades recobrantes soliciten el trámite de **divergencia recurrente**, el Ministerio de Salud y Protección Social verificará que la solicitud cumpla con los requisitos para tal fin, definirá el criterio de auditoría mediante el cual se resuelve la divergencia, cuando la solicitud se resuelva a favor de la entidad que la presentó, a través de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social establecerá el período de radicación.

ENFERMEDADES HUERFANAS

En Colombia una **enfermedad huérfana o Rara ERH.** es aquella crónicamente debilitante, grave, que amenaza la vida y con una prevalencia (la medida de todos los individuos afectados por una **enfermedad** dentro de un periodo particular de tiempo) menor de 1 por cada 5.000 personas.

Es una enfermedad rara o poco frecuente, afecta a un pequeño número absoluto de personas o a una proporción reducida de la población, son difíciles de diagnosticar. Existen escasas o ninguna alternativa terapéutica para tratarlas, por lo que su manejo y seguimiento es complejo y costoso.

El empleo es de todos

Mintrabajo

Gracias

www.sena.edu.co | SENAComunica | SENAColombiaOficial

Línea de atención al ciudadano: 018000 910270 - Línea de atención empresarial: 018000 910682

SENA

GC-F-004v03