PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL

FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- Denominación del Programa de Formación: Tecnología en Gestión Administrativa del Sector Salud
- Código del Programa de Formación: 121104
- Nombre del Proyecto : propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos de atencion al usuario en un prestador de servicio de salud de la ciudad de popayán
- Fase del Proyecto :
- Actividad de Proyecto(si es formación Titulada)
- Competencia: 260101021 - Negociar productos o servicios de acuerdo con objetivos estratégicos
- Resultados de Aprendizaje Alcanzar:

  1. relacionar los elementos de la plataforma estratégica con la atención a las personas, de acuerdo con sus necesidades y políticas en salud

  - 2. implementar estrategias de mercadeo de acuerdo con el direccionamiento estratégico, necesidades de las personas y requerimientos del sector.

  - 3. verificar el impacto de las estrategias de mercadeo a partir de los lineamientos institucionales y las necesidades de las personas.

  -4 desarrollar estrategias de mejora que favorezcan el empoderamiento de la plataforma estratégica según políticas

- Duración de la Guía : **:** 192 horas
  Trabajo Directo: 144, Trabajo Autónomo: 48

2. PRESENTACIÓN

El objetivo principal del direccionamiento estratégico es el de establecer o revisar los lineamientos o postulados fundamentales de la organización, lo que constituye la Plataforma Estratégica de la misma. En ellos se plasman los aspectos fundamentales de la estrategia de la compañía, todos los componentes de este direccionamiento están orientados al logro de los objetivos de la empresa y a su razón de ser, para hacer de las empresas instituciones más competitivas.

Algunas investigaciones afirman que las empresas que realizan una planeación estratégica se convierten en organizaciones más rentables y competitivas en este mundo globalizado. Generalmente las empresas que tienen altos rendimientos reflejan una orientación más estratégica y enfoque a largo plazo.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) actualmente presenta un conjunto de irregularidades que convocan a la revisión y mejoramiento de los procesos implicados en él. Quizá las mayores dificultades radican en la atención al usuario: A diario figuran en los distintos medios de comunicación situaciones que ponen de manifiesto la insatisfacción de las necesidades de los usuarios y el reclamo incesante de mejoras en la calidad de la prestación de los servicios.

En este sentido, se plantea el proyecto “Propuesta de mejoramiento de los procesos administrativos en entidades de salud con enfoque de calidad”; en la fase I del proyecto se pretende “Reconocer el marco normativo y referentes teóricos relacionados con los procesos administrativos en entidades de salud”. El desarrollo de esta actividad compromete la articulación de dos competencias específicas, una clave y una transversal.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1. Actividades de Reflexión inicial

3.1.1. A partir del análisis de los videos “la historia de la salud en Colombia” realice un ensayo según la historia y la línea de tiempo para llegar a nuestra era a partir de la ley 100. Teniendo en cuenta el inicio de las EAPB al SGSSS y el autosostenimiento de las IPS.

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

Identificar las características de las diferentes plataformas estratégicas de las organizaciones de salud y optimizar su manejo según políticas institucionales, desarrollando una cultura emprendedora y el uso de las TIC´s

3.2.1. A Partir del direccionamiento de la Instructora de la historia del mercadeo : investiga :

¿Que se una segmentación de mercados?

¿Que es una segmentación demográfica?

¿Que es una segmentación psicografica?

¿Que es una segmentación Conductual

Realiza el Taller segmentación geográfica entregado por la instructora

3.2.2. Teniendo claro la oferta , demanda y empresa explicación de la instructora escogo una empresa de salud para realizar el proceso de negociación. Investigo e investigo:

https://widulegal.com/co/blog/sociedades-mercantiles-en-colombia

- **Averigua**: que es y sus características:
- Sociedad por acciones simplificadas (SAS).
- Sociedad limitada.
- Empresa unipersonal.
- Sociedad anónima.
- Sociedad colectiva.
- Sociedad comandita simple.
- Sociedad comandita por acciones.
- Empresa asociativa de trabajo

3.2.3. Durante la formación contruimos la plataforma estratégica de la empresa de tu elección

Organigrama y su caracterización, Política de Calidad, Misión, Visión, Valores, Objetivos

3.2.4 Analizo en torno a las siguientes preguntas basando en la planeación estratégica de la empresa: ¿Dónde te imaginas que esta?, ¿Dónde quiero llegar?, ¿Cómo lo voy a hacer? Desarrolle también una matriz de análisis sobre sus debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas de la empresa, y realiza las estrategias según los cruces de FO – DO- FA- DA

3.3. Actividades de apropiación del conocimiento

Aprendiz, con el desarrollo de las siguientes actividades usted logrará: Reconocer las estrategias de mercadeo e implementarlas haciendo uso de las TIC´s Y Verificar el impacto de las estrategias de mercadeo generado en las necesidades del sector productivo y social, a partir de indicadores implementados haciendo uso de TIC´s

3.3.1 presenta la planeación estratégica en la pagina web direccionada por la instructora. Teniendo en cuenta las herramientas entregada por la instructora presenta, la empresa , tipo de empresa y plataforma estratégica.

3.3.2 Con base en la explicación de la instructora realiza en Excel las tarifas a ofertar según tu portafolio de servicios

3.4. Actividades de transferencia de conocimiento.

3.16 Con base en la explicación de la instructora presenta tipo de contratación y tarifas a negociar en la pagina creada de la empresa

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento : Talleres para la creación de La pataforma estratégica **Evidencias de Desempeño** Presentación pagina web De la empresa y la plataforma	Interpreta políticas institucionales de acuerdo con los lineamientos de la organización Identifica necesidades de las personas según procesos del sector Responde a las necesidades de las personas teniendo en cuenta las políticas institucionales	**CONOCIEMIENTO** **Talleres de creación plataforma estratégica** **DESEMPEÑO** **Trabajo realizado durante la formación teniendo en cuanta el tipo de empresa que trabajaron**

Estratégica **Evidencias de Producto:** Negociación tarifa según Con base en el portafolio de Servicios ofertado	Propone respuestas a las necesidades de las personas según políticas institucionales y normas vigentes. Implementa estrategias de mercadeo según políticas institucionales y necesidades del cliente Participa en la implementación de técnicas de ventas, fortaleciendo sus habilidades en el área comercial según delegación. Aplica metodologías para el desarrollo de proyectos según delegación Gestiona la información de los proyectos según las tecnologías de la información y las comunicaciones utilizadas por la institución. Desarrolla una mentalidad emprendedora que contribuya al mejoramiento del nivel y calidad de vida personal y social según proyecto de vida y principios institucionales. Identifica la metodología de proyectos como eje fundamental para el avance de las instituciones en salud. Verifica el cumplimiento de las estrategias a partir de indicadores establecidos. Analiza el impacto al cierre de los proyectos y planes teniendo en cuenta los resultados de la verificación Sustenta informes de las estrategias y su impacto a partir de resultados del análisis.	**PRODUCTO** **Presentación pagina web de la empresa, su platafoma estrategia, portafolio de servicios, tarifas y tipo de contrato a ofertar**

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **EMPOWERMENT:** Es una herramienta de la calidad total en los modelos de mejora continua y reingeniería, así como en las empresas ampliadas. Provee de elementos para fortalecer los procesos que llevan a las empresas a su desarrollo. Es necesario para el éxito de los negocios. Este debe medido en términos de satisfacción al cliente. Mejora los resultados financieros y el desarrollo de las personas que integran la organización.
- **EQUIPOS AUTODIRIGIDOS:** Son grupos que diseñan el trabajo a realizar y ejecutan la operación. No se organizan por la jerarquía y burocracia tradicional; se reparten las tareas, dependiendo de los deseos y expectativas de cada miembro y las decisiones se toman en forma conjunta.
- **EQUIPOS DE TRABAJO**: Estos deben ser organizados y deben asignárseles sus responsabilidades:
- **Estrategia DA**: Se deben evitar las amenazas del entorno, reduciendo las debilidades. Se aconseja realizar lo que los militares llaman tácticas.
- **Estrategia DO:** Se deben aprovechar las oportunidades del entorno para superar las debilidades que posee la empresa. Con el objeto de mejorar resultados, se aconseja realizar alianzas.
- **Estrategia FA:** Es fundamental evitar o reducir las amenazas del entorno. Para ello se utilizan las fortalezas claves de la empresa.
- **Estrategias FO:** Consiste en aprovechar las oportunidades que brinda el entorno usando las fortalezas de la empresa.
- **FODA**: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas.
- **MAPA DE PROCESOS:** El mapa de procesos es una representación gráfica que nos ayuda a visualizar todos los procesos que existen en una empresa y su interrelación entre ellos.
- **MISIÓN:** Describe la naturaleza y el negocio al cual se dedica la empresa para el logro su visión y en otros términos de respuesta a la pregunta: ¿Cuál es el negocio?
- **OBJETIVOS CORPORATIVOS:** Son los resultados globales que una organización espera alcanzar en el desarrollo y operación completa de la misión y la visión.
- **PRINCIPIOS COROPORATIVOS:** Son un conjunto de valores y normas que guían el actuar de todos los colaboradores y que sirven de marco de referencia para la toma de decisiones en los distintos ámbitos del negocio.
  todos los procesos que existen en una empresa y su interrelación entre ellos.
- **VALORES:** Son elementos de la cultura empresarial, propios de cada empresa, dadas sus características competitivas, las condiciones de su entorno, las competencias y las expectativas de los socios y dueños.
- **VISIÓN CORPORATIVA:** Señala el camino que permite a la alta gerencia establecer un rumbo para lograr el desarrollo esperado de la organización en el futuro.

6. REFERENTES BILBIOGRÁFICOS

- Planeación y gestión de la empresa, UNAD, 2010.
- Mush, Leonardo. Planeación estratégica. Editorial Trillas
- Esteiner, George A. Planeación estratégica: Una guía paso a paso.
- Fernández, Guillermo. Planeación estratégica: La visión prospectiva. Editorial Limusaç
- Serna Gómez, Humberto. Gerencia estratégica: Planeación y Gestión, Teoría y Metodología.
- Planeación y gestión de la empresa, UNAD, 2010.
- Esteiner, George A. Planeación estratégica: Una guía paso a paso.
- Fernández, Guillermo. Planeación estratégica: La visión prospectiva. Editorial Limusa.
- Blanchard, Ken; Carlos, John P.; Randolph, Alan. Empowerment: Tres claves para que el proceso de facultar a los empleados funcione en su empresa.
- http://www.degerencia.com/tema/empowerment
- Blanchard, Ken; Carlos, Jhon P.; Ralndolph, Alan (2006). Business & Ecomics.

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	**Cargo**	**Dependencia**	**Fecha**
Autor (es)	**Sandra Milena Tejada López**	**Instructora**	**Centro de Comercio y Servicios - Popayán**	**Marzo -2024**

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

	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**: Apoyo Administrativo en Salud.
- **Código del Programa de Formación**: 134507
- **Nombre del Proyecto**: Desarrollo de competencias para el apoyo administrativo en salud
- **Fase del Proyecto**: Fase II
- **Actividad de Proyecto**
- **Competencia**: Apoyar el proceso de afiliación de la población al sistema general de seguridad social en salud según normativa vigente.

- **Resultados de Aprendizaje Alcanzar:**

  - ✓ Reconocer condiciones socio-económica de la población para afiliarla al sistema general de seguridad social en salud según políticas institucionales y normativa.
  - ✓ Asesorar al usuario sobre el acceso a los beneficios del aseguramiento teniendo en cuenta normativa y políticas institucionales.
  - ✓ Garantizar la completitud de la documentación requerida en el proceso de afiliación de acuerdo con principios del sistema general de seguridad social y políticas institucionales
  - ✓ Verificar el proceso de afiliación de acuerdo con normativa legal e institucional

  Con el apoyo de las siguientes competencias transversales:

  Protección ambiental, seguridad y salud en el trabajo, (36 horas) en los resultados de aprendizaje de:

  - ✓ Efectuar las acciones para la prevención y control de la problemática ambiental y de sst, teniendo en cuenta los procedimientos establecidos por la organización
  - ✓ Verificar las condiciones ambientales y de sst acorde con los lineamientos establecidos para el área de desempeño laboral
  - ✓ Reportar las condiciones y actos que afecten la protección del medio ambiente y la sst, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el contexto organizacional y social

  Bilinguismo, (64 horas) en los resultados de aprendizaje:

  - ✓ participar en intercambios conversacionales básicos en forma oral y escrita en inglés en diferentes situaciones sociales tanto en la cotidianidad como en experiencias pasadas
  - ✓ participar en intercambios conversacionales básicos en forma oral y escrita en inglés en diferentes situaciones sociales tanto en la cotidianidad como en experiencias pasadas

  Herramientas informáticas (12 horas) en los resultados de aprendizaje:

  - ✓ verificar los resultados obtenidos, de acuerdo con los requerimientos

- Duración de la Guía: 208 Horas

2. PRESENTACIÓN

Dentro del conjunto de cambios que ha traído consigo la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), uno de los fenómenos que más ha significado en la dinámica de funcionamiento de la prestación del servicio de salud es precisamente la condición de aseguramiento de la población a través del proceso de afiliación y el manejo de la enfermedad como un riesgo.

En este contexto, le corresponde al usuario asumir el papel activo frente al cuidado de la salud como lo establece la Constitución Política Colombiana al igual que el cumplimiento de sus deberes y la exigencia de sus derechos como afiliado y paciente ante las empresas que le aseguran y ante los entes de vigilancia y control del Estado. Este "empoderamiento" del ciudadano solo se logrará cuando se consigan mayores niveles de autonomía y menos dependencia en las personas y las comunidades, situación que va de la mano con el avance en las escalas de desarrollo humano y social que se logre sensibilizando al usuario y comprometiéndolo con las obligaciones que le corresponden dentro del SGSSS y los derechos que adquiere bajo la condición de aseguramiento. Por lo anterior revisaremos el proceso de afiliación en Colombia y los beneficios del mismo.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

Con el apoyo del equipo de instructores, revise el formato denominado Reconocimiento de aprendizajes previos el cual contiene cada una de las competencias del programa de formación que adelantan. Cada competencia cuenta con los resultados de aprendizaje, que describen los saberes que se deben lograr al finalizar la formación, a través del desarrollo de las actividades de aprendizaje. Sin embargo, la metodología adoptada por el Sena permite hacer el reconocimiento de esos saberes previos en términos de conocimiento, desempeños y productos. Por lo anterior, después de leer el formato y revisar el programa de formación establezca cuales aprendizajes usted ya tiene y considera que puede evidenciarlos. Si considera que va a evidenciar los aprendizajes previos, concerté con el instructor líder su plan de evaluación. Posterior a la presentación reflexione si usted como trabajador del sector cuenta con todos los conocimientos necesarios para el desempeño idóneo o si considera que aún tiene conocimientos por adquirir.

3.1 **ACTIVIDAD No. 1**. Comprender el modelo de aseguramiento en Colombia, desde la normativa del proceso de afiliación de la población al SGSSS.

Participar en forma activa en la presentación magistral que realizará el grupo de instructores en el ambiente de formación relacionado con las características del aseguramiento en Colombia. Durante la presentación haga especial énfasis para identificar los Tipos de afiliación en el SGSSS en Colombia.

3.2 A partir de la presentación magistral, revise la literatura que les permita identificar la operación del régimen contributivo, para lo cual deben consultar en forma individual la Ley 100 de 1993 Libro II. En parejas realizan un mapa conceptual donde describan que es el Régimen contributivo, como opera y quienes forman parte de este régimen. Sustente en plenaria de grupo el mapa conceptual siguiendo las orientaciones del instructor.

3.3 Ingrese a la página web www.adres.gov.co en compañía del instructor y realicen un recorrido que le permita identificar las subcuentas que lo conforman y la destinación de los recursos allí incluidos. Así mismo responda a las siguientes preguntas:

¿De dónde provienen los recursos económicos que financian el Régimen Contributivo?
¿Cómo se administran?

¿Qué es el proceso de Compensación y como funciona?

3.4 Ingrese al enlace https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/aseguramiento.aspx siguiendo las orientaciones del equipo de instructores, y acceda al componente de Afiliación en Salud. Conformen grupos de trabajo y revisan los contenidos de los siguientes componente:

Grupo No. 1 Régimen Subsidiado
Grupo No. 2 Régimen contributivo
Grupo No. 3 Portabilidad
Grupo No. 4 Movilidad
Grupo No. 5 Extranjeros y colombianos retornados

Cada grupo revisa los contenidos del enlace y organizan una presentación donde comparten los aspectos relevantes relacionados con el componente asignado. Al finalizar la presentación, cada grupo debe realizar una actividad lúdica para evaluar el nivel de comprensión de lo trabajado con los aprendices y responder así a dudas e inquietudes. La presentación, incluyendo la evaluación, deben ser revisadas previamente por el instructor y contar con el aval para ser sustentada en plenaria de grupo. Al finalizar el ejercicio cada grupo ubica la presentación y la actividad lúdica de verificación en el espacio virtual ubicado para las evidencias de aprendizaje.

3.5 Con el apoyo del equipo de instructores, observen el video denominado Principales beneficios del decreto de de afiliación al Sistema de Afiliación Transaccional SAT, ubicado en https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/decreto-de-afiliacion.aspx. Posterior al video aclare dudas e inquietudes con el equipo de instructores y realizan la lectura del documento que lleva el mismo nombre del video para complementar niveles de comprensión. Así mismo realizan la lectura del ABC.

3.6 Con las actividades del punto anterior, se organizan en parejas y cada una realiza un mapa conceptual o diagrama de flujo (Lo que considere más pertinente) para establecer los pasos que se deben realizar durante la afiliación en el Sistema de Afiliación Transaccional.

3.7 Participe activamente en la presentación magistral que realiza el equipo de instructores relacionada con la afiliación de oficio, presentación que se realizará desde el sitio web https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Afiliacion-Oficio.aspx. Durante los videos y los ejercicios propuestos por el instructor, aclare dudas e inquietudes que surjan sobre la temática.

3.8 Para concluir esta primera parte, desarrolle el **taller No. 1 denominado Proceso de afiliación al SGSSS en el modelo de aseguramiento.**

3.9 Como tema siguiente se abordara la importancia de las bases de datos en los procesos de afiliación y aseguramiento de los usuarios, el tema en mención se desarrollara mediante el **Taller No. 2 Herramientas digitales para el proceso de afiliación de la población al SGSSS,** que permiten establecer el total de la población afiliada en Colombia y la dinámica de funcionamiento al igual que los beneficiarios que han sido registrados y las novedades de toda la población tales como nacimientos, defunciones, traslados, retiros e ingresos. Por lo anterior, el Ministerio de salud y protección social, creó la base de datos única de afiliados (BDUA). Para reconocer la estructura y forma de actualización de esta base de datos. desarrollen la estructura de los archivos maestros conformando 5 equipos de trabajo, teniendo en cuenta la orientación del equipo de instructores y la revisión de las normas que lo reglamentan y/o modifiquen. Para continuar con esta revisión visite en compañía del equipo de instructores la Secretaría de Salud Municipal, área de aseguramiento donde recibirán información del desarrollo de esta área en su Municipio. No olvide aclarar dudas relacionadas con las normas trabajadas durante la visita.

3.10 Tenga en cuenta que el instructivo que construyó con el desarrollo del taller No. 2 será su apoyo durante las prácticas formativas que se desarrollarán en entidades del sector por lo que le

proponemos participar activamente en el desarrollo del **Taller No. 3. Promover el uso de herramientas digitales del SGSSS,** en los sitios de práctica asignados.

Ambiente Requerido: Ambiente de formacion convencional, sala de informática, escenarios de práctica con convenios docente asistencial.

Materiales: Equipos de computo con acceso a internet, Papel periódico, marcadores. Tijeras, colbon.

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento : Cuestionario con preguntas relacionadas con el aseguramiento en Colombia según normatividad. **Evidencias de Desempeño:** Aplicar políticas del SGSSS durante la orientación a usuarios en el proceso de afiliación, en entidades del sector **Evidencias de Producto:** Instructivo para el uso del Sistema de Afiliación Transaccional dirigido a usuarios del sistema	- Identifica necesidades de la población desde el proceso de afiliación según normativa y políticas institucionales. - Determina características de la población según su estado de afiliación actual. - Identifica tipo de seguramiento teniendo en cuenta las diferentes herramientas establecidas por la institución - Aplica normativa vigente para identificar condición según situación socio-económica de la Persona - Diligencia planilla de liquidación de aportes de acuerdo con lo establecido por la institución	• Cuestionario prueba de conocimiento. • Lista de chequeo • Instructivo informe escrito.

4 GLOSARIO DE TÉRMINOS

Afiliación: es el acto de ingreso al Sistema de Seguridad Social en Salud a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional.

BDUA (Base Única de Afiliados): Es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, del los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Régimen Subsidiado, Contributivo y Regímenes especiales).

EPS-S: Son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste.

Listado de priorizados: Es la lista de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en la cual se organizan las personas de los niveles I y II del Sisben, de acuerdo con el puntaje y antigüedad de la encuesta.

Listados Censales: Es el mecanismo para identificar la población con características especiales, tales como; indígenas, desplazados, desmovilizados, población infantil abandonada, población indigente, personas de la tercera edad en protección de ancianatos, entre otras.

Régimen Subsidiado (RS): Es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la vinculación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de la Nación y Entidades Territoriales.

Sisben (Sistema de identificación y Clasificación de potenciales beneficiarios): Es una herramienta de identificación, que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

UPC-S (Unidad de Pago por capitación): Es la prima que se reconoce a las EPS-S por cada uno de los afiliados al Régimen Subsidiado, con el fin de garantizar el acceso a los servicios contemplados en el PBS.

5 REFERENTES BILBIOGRÁFICOS

Ministerio de Salud y Protección Social. (03 de diciembre de 2015). Por el cual se unificó y actualizó las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). [Decreto 2353 de 2015]. Diario Oficial: 49.715. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (18 de Marzo de 2016) Por la cual se adopta el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el marco del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). [Resolución 974 de 2016] Diario oficial: 49.824. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (10 de mayo de 2015) Reglamenta el modelo general de operación del Planilla integral de Liquidación de Aportes PILA.[Decreto 1465 de 2005] Diario Oficial: 45.905. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (21 de mayo de 2008) Establece el Diseño y contenido para el Formulario Único o Planilla Integrada de Liquidación y pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y de aportes parafiscales. [Resolución 1747 de 2008] Diario Oficial: 46.998. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de enero de 2017). Modifica resolución 1747 de 2008. [Resolución 078 de 2014] Diario Oficial: 49.049. El Ministerio.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (10 de junio de 2016). Por la cual se unifican las reglas para el recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales.[Resolución 2388 de 2016] Diario oficial: 49.902. El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de Diciembre de 2016) Modifica al Decreto 780 de 2016 en lo relacionado con las reglas de aproximación, fija plazos para el pago de autoliquidación de aportes y condiciones de uso de la PILA. [Decreto 1990 de 2016]. Diario Oficial. 50.079. El Ministerio.

• Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de Noviembre de 2016) Por la cual se modifica la Resolución 2388 de 2016 en relación con el plazo para su implementación y sus anexos técnicos. [Resolución 5858 de 2016]. Diario Oficial: 50.073. El Ministerio.

• Ministerio de Salud y Protección Social. (21 de abril de 2015) Conceptos Jurídicos 201511600273433 Aportes Sistema General de Seguridad Social Integral – contrato de prestación de servicios. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Juridico%20201511600668341%20del%202015.pdf

• Ministerio de Salud y Protección Social. (22 de octubre de 2015) Ingreso base de cotización a seguridad social. Memorando. [Memorando 201511600273433 del 22 de Octubre de 2015]. Recuperado de https://www.enlace-apb.com/interssi/static/resources/Normatividad/conceptos/RAD_201511600273433.pdf

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Estrella Izquierdo Alzate Yina Villate Calderon Carlos Andres Marin Nieto	**Instructora** **Instructora** **Instructor**	**CGTS, Valle** **CFTHS, DC** **CSS, Antioquia**	**Marzo de 2020**

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

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del programa de formación:** Técnico en apoyo administrativo en salud.
- **Código del programa de formación:** 134508
- **Nombre del proyecto:** propuesta de implementación de procesos de apoyo administrativo con oportunidad y calidad humana en los servicios de salud de las entidades de salud del departamento del cauca
- **Fase del proyecto:** Ejecución.
- **Actividad de proyecto:** Establecer las condiciones para el acceso sin barreras a los servicios de salud a partir de normatividad y principios éticos.
- **Competencias:**
  - 230101280 - Admitir personas al servicio según normativa de salud.
- **Resultados de aprendizaje a alcanzar:**

  Técnicos:

  - 708245-1. Reconocer condiciones de aseguramiento del usuario para el acceso a los servicios de salud de acuerdo con normativa.
  - 708246-2. Tramitar la admisión de las personas a los servicios de salud según oferta institucional, acuerdos contractuales y normativa legal vigente
  - 708247-3. Verificar soportes de atención en salud teniendo en cuenta acuerdos contractuales, condiciones de aseguramiento y normativa.
  -
- **Duración de la guía:** Técnicas: 240 horas = 240 horas.

2. PRESENTACIÓN

Respetado aprendiz, en esta guía de aprendizaje se trabajarán actividades que le permitirán obtener las bases conceptuales del proceso de admisión del usuario en la red de prestación de servicios de salud, identificando los actores del sistema, la semiología, la terminología médica y el manejo administrativo de la historia clínica.

Con el desarrollo de las actividades propuestas, adquirirá conocimientos en los procesos administrativos, de admisiones, de los diferentes puntos de ingreso de los pacientes, ambulatorios como hospitalarios, el uso de las herramientas informáticas, aplicara el proceso de acuerdo a la normativa vigente y teniendo en cuenta acuerdos de voluntades.

Recuerde que debe desarrollar con excelencia y responsabilidad la presente guía, lo cual incluye ser cumplido con la asistencia a la formación, el envío oportuno de las evidencias de aprendizaje y la participación en la realización y socialización de las actividades propuestas.

- **Evidencia de reflexión inicial.**

Antes de iniciar el desarrollo de las evidencias propuestas en esta guía, es importante reflexionar acerca de la importancia del proceso de admisión del usuario a los servicios de salud. Por tal motivo, observe el video que encuentra en el siguiente enlace https://www.youtube.com/watch?v=H_ReAjWUp_E y socialícelo con su instructor en el encuentro sincrónico que él programará, indicando la interpretación que usted le da a este importante tema. Recuerde que lo explicado en el video, le servirá como insumo para llevar a cabo lo que se le solicita en este proceso que comienza en esta nueva etapa formativa.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

En este apartado se describirán las actividades de aprendizaje para cada una de las competencias que plantea la fase de ejecución del proyecto formativo: contribución a la mejora continúa de los procesos de apoyo administrativo en las entidades del sector salud.

3.1. Actividades de la competencia admitir personas al servicio según normativa de salud (708245).

3.1.1. Actividad de aprendizaje: Identificar el proceso de admisión del usuario alos servicios de salud de acuerdo con normatividad legal vigente.

Mediante la explicación el aprendiz, podrá interpretar y apropiar el proceso inicial de admisión de los servicios ambulatorios y hospitalarios de las EAPB, y orientar de manera adecuada a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, soportar de acuerdo a los lineamientos de cada servicios prestado para garantizar el cobro efectivo de las cuentas y el proceso institucional.

.

Materiales de formación: para el desarrollo de esta actividad es importante la explicación del instructor del paso a paso de una correcta admisión,

Evidencias: Crear al paciente para la clasificación del triage, y admisionar al paciente para el ingreso a los servicios de urgencias.

3.1.2. El debido ingreso al proceso de admisiones garantiza la radicación y cobro efectivo de la misma, identificando las situaciones de ingresos y causa de los pacientes.

Con base en lo anterior realiza la admisión para los siguientes casos

a. **Atención accidentes de transito**
b. **Atención enfermedad General**
c. **Atención accidente Laboral**
d. **Atención Paciente desafiliado**
e. **Atención desastres Naturales y Eventos terroristas**

Evidencia: entrega cada uno de los casos con soportes requeridos para la admisión

.

3.1.3Actividad de aprendizaje: Identificar soportes administrativos de la cuenta y la responsabilidad de la admisión.

El manejo de la documentación propia del proceso de admisión a los servicios de salud en Colombia es de gran importancia y por tanto, un técnico en apoyo administrativo en salud debe conocer el manejo de cada soporte y la responsabilidad que acompaña la cuenta tanto los soportes clínicos como administrativos.

Evidencia: expone en grupos organizados por la instructora los soportes administrativos que deben ir anexos a la cuenta teniendo en cuenta el servicio prestado.

3.1.4 Evidencia: Análisis de casos en autorización de servicios de salud.

Usted como técnico en apoyo administrativo en salud una vez apropiados los conceptos y la normatividad, está en condiciones de ejecutar el proceso de admisión del usuario en una institución prestadora de servicios de salud. Por tanto, esta actividad dispone de una serie de casos que permiten evidenciar si se manejan adecuadamente los conceptos básicos relacionados con el proceso de autorización de los servicios de salud, al responder lo que se solicita en cada uno.

Recuerde que “autorización de servicios”, es todo proceso de emisión de órdenes para ciertos procedimientos relacionadas con la prestación de la atención de los programas de salud que administra una institución, permitiéndole acceder a una práctica médica, un estudio o cualquier otro servicio con previa autorización. Las autorizaciones de prestaciones de servicios en cada institución tienen unos criterios diferentes, relacionados con el acuerdo de voluntades y normatividad vigente.

Tenga en cuenta la normatividad y los conceptos apropiados en el material de formación “Prestadores y redes de servicio en salud”.

Caso A

Mario Patarroso de 35 años, afiliado a la EPS Tu salud categoría B; consulta a primer nivel de atención por presentar cuadro clínico de tres días de evolución de dificultad respiratoria más anasarca (totalmente edematizado). El paciente es valorado por medicina general y toman exámenes de laboratorio, donde encuentran las pruebas de función renal elevadas. El diagnóstico que realiza el médico general es: insuficiencia renal aguda y urgencia dialítica.

El usuario debe ser llevado a un tercer nivel de complejidad donde puedan realizar hemodiálisis. Como el paciente es nuevo se lleva a cirugía para realizar una fístula artero-venosa para continuar su tratamiento. El paciente ingresa al Hospital Santa Marta de III nivel, donde es hospitalizado en cama bipersonal y realizan varias hemodiálisis cada 3 días; el paciente presenta complicaciones de su cuadro clínico y es hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. Después de 22 días de internación es dado de alta.

El costo de la atención es el siguiente: urgencia nivel 1 $180.000, transporte a III nivel $325.000, fístula arteriovenosa $1.200.000, hemodiálisis $67.000 (7 en total), hospitalización en UCI $11.000.000 y la hospitalización en piso $550.000.

Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el ente pagador?
2. ¿El usuario tiene que pagar copago o cuota de recuperación?
3. ¿Cuál es el valor en pesos que pagaría el usuario y el ente pagador?
4. ¿Cómo se llama el procedimiento de envío del primer nivel de complejidad a un tercer nivel?
5. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso B

Filomena Garzón, es una mujer de 29 años, afiliada a la EPS-S Seguro Salud, nivel I del Sisbén; presenta sangrado genital de 15 días de evolución. Consulta por el servicio de urgencias al Hospital San Peregrino de II nivel. En el servicio de urgencias realizan tacto vaginal bimanual más ecografía pélvica, donde se identifican varios miomas uterinos submucosos. Gineco-obstetricia la valora y decide realizar legrado uterino por una Hemorragia Uterina Anormal. Posterior al procedimiento, la paciente es hospitalizada en piso.

Durante la noche después de realizado el procedimiento, la paciente presenta un descenso en los signos vitales y entra en *shock*. La paciente es reanimada y llevada a salas de cirugía donde por persistencia del sangrado, le realizan Histerectomía Abdominal Total. Luego es llevada a piso y después de tres días dan salida.

Los valores de la atención son: urgencias $340.000, legrado $230.000, histerectomía $750.000 y hospitalización $600.000.

Según el caso responda:

1. ¿Quiénes son los entes responsables del pago?

2. ¿La usuaria debe pagar algún valor? ¿Cuál?
3. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso C

Roberto González de 55 años, afiliado a la EPS-S Capital Salud, nivel II del Sisbén; consulta al servicio de urgencias por presentar una descompensación de su diabetes mellitus tipo 2 y por tener un cuadro de celulitis en miembro inferior derecho al golpearse con la pata de la cama. Es valorado y deciden hospitalizarlo con un diagnóstico de pie diabético grado III y diabetes mellitus tipo 2 descompensada.

Al paciente le realizan un ecocardiograma donde encuentran vegetaciones valvulares. Ortopedia valora al paciente y decide realizar amputación infra condílea de la pierna derecha para evitar una infección sistémica. El paciente es dado de alta al cabo de 8 días después de realizado el procedimiento quirúrgico.

Los costos de la atención son: urgencias $320.000, ecocardiograma $150.000, amputación pierna derecha $1.500.000 y hospitalización $960.000.

Según el caso responda:

1. ¿Quién es el responsable del pago?
2. ¿El usuario debe hacer algún pago? ¿Cuál? ¿Qué valor?
3. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso D

Felipe Martínez, de 27 años afiliado a Vida salud EPS, beneficiario categoría A; consulta por presentar cuadro clínico de dolor abdominal de tres días de evolución, asociado a vómito y fiebre de 39°C. Asiste al servicio de urgencias del Hospital San Pedro de II nivel de atención.

En el servicio de urgencias, el médico solicita ecografía abdominal, cuadro hemático, BUN, creatinina, parcial de orina y solicita interconsulta por cirugía general. El cirujano diagnóstica apendicitis y lo lleva a cirugía, donde encuentran apéndice perforado más peritonitis generalizada. El cirujano realiza apendicetomía más drenaje peritonitis, posteriormente lo hospitalizan en habitación bipersonal por tres días y le dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, ecografía abdominal $180.000, cuadro hemático $18.000, BUN $14.000, creatinina $15.000, parcial de orina $12.000, interconsulta cirugía $55.000, apendicectomía $1.100.000, drenaje peritonitis generalizada $980.000, hospitalización $675.000.

Según el caso responda:

1. ¿Cuál es el trámite de admisión que usted realiza a este paciente?
2. ¿Qué pagos compartidos debe realizar este paciente? ¿Qué valor?
3. ¿Cuáles procedimientos son adicionales y posteriores?
4. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su repuesta.

Caso E
Carolina Cepeda de 19 años, afiliada a Su salud EPS-S, nivel I del Sisbén; consulta a urgencias del Hospital San Marino III nivel por presentar dificultad respiratoria, expectoración purulenta y fiebre. El médico de urgencias, valora a la paciente y solicita radiografía de tórax, cuadro hemático, glucosa, proteína C reactiva, Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y requiere interconsulta por medicina interna. El internista analiza los exámenes y diagnostica neumonía atípica, decide hospitalizar y realizar tratamiento antibiótico, terapia respiratoria y nebulizaciones cada 6 horas. Después de cuatro días de hospitalización le dan salida y control en 8 días. Valores de la atención: AIU $45.000, radiografía de tórax $52.000, cuadro hemático $18.000, glucosa $16.000, proteína C reactiva $22.000, VSG $19.500, interconsulta medicina interna $55.000, hospitalización $830.000, tratamiento antibiótico $450.000, terapia respiratoria y nebulizaciones $385.750. Según el caso responda: 1. ¿Cuáles anexos de la Resolución 3047 utilizaría en este caso? 2. ¿Qué pagos compartidos debe realizar el usuario? ¿Qué valor? 3. ¿Cuáles procedimientos son posteriores y adicionales? 4. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso F
Eunice Toro de 55 años, afiliada a Prosalud EPS-S, con nivel II del Sisbén; asiste a consulta de medicina general, en su unidad de atención primaria. El médico realiza un diagnóstico de dolor abdominal a estudio con sospecha de colecistitis. Entonces, solicita ecografía abdominal total y formulan butil bromuro de hioscina (buscapina) y cita en 1 mes con resultados. Valores de la atención: consulta médica general $48.500, ecografía abdominal $180.000, buscapina $10.500. Según el caso responda: 1. ¿De los procedimientos realizados en este caso, la paciente cuál debe autorizar? 2. ¿La paciente tiene que hacer algún pago compartido? ¿Cuál? ¿Qué valor? 3. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales? 4. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso G
Ángela Rivera de 62 años, nivel II del Sisbén, sin afiliación a EPS; ingresa al Hospital San Francisco de III nivel, por presentar dolor abdominal intenso, más vómito, distensión y diarrea. El médico de urgencias valora a la paciente, donde encuentra abdomen en tabla con signos claros de abdomen agudo. Entonces, solicita radiografía de tórax, ecografía de abdomen total, cuadro hemático, BUM, creatinina, hemoclasificación, pt, ptt y pide la reserva de 3 unidades de sangre total. Además, interconsulta por cirugía general.

La paciente es llevada a las salas de cirugía donde le realizan laparotomía exploratoria y encuentran material purulento más materia fecal en cavidad abdominal. El cirujano realiza un lavado peritoneal y haya una perforación en el colon ascendente. Posteriormente, realiza una hemicolectomía derecha más enterostomía, requiriendo la transfusión de las 3 unidades de sangre total. Seguidamente, la hospitaliza en habitación unipersonal con tratamiento antibiótico y analgésico.

Al cabo de 15 días, la paciente es llevada a cirugía para cierre de la enterostomía y realiza anastomosis ileo cólica. La paciente vuelve a la habitación y después de 10 días dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, radiografía de tórax $52.000, ecografía abdominal $180.000, cuadro hemático $18.000, BUM $ 14.000, creatinina $15.000, hemoclasificación $12.500, pt $9.500, ptt $9.800, unidades de glóbulos rojos $690.000, interconsulta cirugía $55.000, laparotomía exploratoria $850.000, lavado peritoneal $1.230.000, hemicolectomía derecha $1.350.000, enterostomía $1.100.000, hospitalización $1.980.000, tratamiento antibiótico y analgesia $750.000, cierre enterostomía $760.000, anastomosis $1.130.000.

Según el caso responda:

1. ¿Cuáles servicios usted debe autorizar en este caso? Sustente su respuesta
2. ¿La paciente tiene que hacer algún pago compartido? ¿Qué valor?
3. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales?

Caso H

Fernanda Rodríguez de 28 años, afiliada a Cruz Azul EPS-S, con nivel II del Sisbén; tiene un embarazo de 38 semanas y en trabajo de parto fase activa. Es remitida desde la IPS San Nicolás de I nivel a la Unidad Materno Infantil San Luis de III nivel. Donde el médico general de urgencias solicita interconsulta con ginecología.

La paciente es llevada a sala de partos donde le realizan atención del parto, pero durante el expulsivo, presenta un desgarro perineal de IV grado (hasta el ano) y el ginecólogo realiza una perineorrafia más anoplastia, y después de tres días le dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, interconsulta ginecología $55.000, atención del parto $860.000, anoplastia $790.000, hospitalización $635.000.

Según el caso responda:

1. ¿Cuáles de estos servicios son servicios posteriores y adicionales?
2. ¿Qué pagos debe realizar la usuaria? ¿Cuánto debe pagar?
3. ¿Cuáles servicios usted debe autorizar en este caso? Sustente su respuesta.

Caso I

Víctor Perdomo de 58 años, afiliado a Costa salud EPS, beneficiario categoría A; asiste al Hospital Santa Pacha de III nivel por presentar retención urinaria y edema hasta las rodillas. El médico solicita cuadro hemático, creatinina, BUM, Sodio (Na), Potasio (K), Cloro (Cl), ecografía abdominal total e interconsulta por medicina interna. Los resultados evidencian que hay una insuficiencia renal aguda y deciden hospitalizarlo en habitación bipersonal, para colocación de catéter subclavio y practican hemodiálisis de

urgencia; posteriormente, programan al paciente para realizar fístula arteriovenosa y practican otras hemodiálisis. Después de 15 días de hospitalización el paciente ingresa al programa de hemodiálisis y le dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, cuadro hemático $18.000, BUM $12.000, creatinina $14.000, sodio $10.500, potasio $11.200, cloro $11.000, ecografía abdominal $180.000, interconsulta medicina interna $55.000, hospitalización $1.530.000, colocación catéter subclavio $850.000, hemodiálisis $950.000, construcción fistula arteriovenosa $1.280.000.

Según el caso responda:

1. ¿Qué servicios usted debe autorizar? Sustente su respuesta.
2. ¿El usuario debe realizar algún pago compartido? ¿Cuál?
3. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales?

Caso J
Francisco López, afiliado a la EPS Country Salud, beneficiario categoría B; asiste al Hospital El Carmen de II nivel, porque presenta un diagnóstico de VIH+, e inicia la terapia retroviral en internación en la unidad de aislamiento. Después de un largo tratamiento, el paciente sugiere iniciar un tratamiento diferente al establecido en el protocolo de manejo, el cual se encuentra aún en prueba, pero que ha demostrado buenos beneficios. Los médicos consiguen el tratamiento al paciente, el cual presenta mejoría. Según el caso responda: 1. ¿Qué servicios debe autorizar usted? Sustente su respuesta. 2. ¿Quién o quiénes son los responsables del pago? 3. ¿Qué pagos debe realizar el usuario y por qué? ¿Qué valor? 4. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales?

Evidencia: entregar taller desarrollado y subirlo en la plataforma indicado por la instructora

3.1.5 **Actividad de aprendizaje: Identificar el pago de copagos o cuotas moderadora del usuario**

El debido cobro de copagos o el direccionamiento efectivo, garantiza el financiamiento del sistema o la responsabilidad teniendo en cuenta la normatividad vigente.

Evidencia: completa los casos descritos en la guía.

3.1.6 Actividad de aprendizaje: Identificar el proceso de autorización del usuario de acuerdo a la admisión realizada

La debida autorización garantiza la atención efectiva del paciente y la no devolución de la cuenta, con la explicación de la resolución 3047 de 2008.

Evidencia: completa los casos descritos en la guía

Teniendo en cuenta lo anterior, lea atentamente cada uno de los siguientes casos, aplique lo abordado en el material de formación “Prestadores y redes de servicio en salud” y realice la actividad aplicando lo siguiente

- Realice comprobación de derechos. Tomar pantallazo.
- Diligencie datos de identificación del paciente para la historia clínica.
- Diligencie los formatos de anexos de la Resolución 3047 de 2008 correspondientes (Anexo 1. Historia clínica urgencias, Anexo 2. Formato anexo, Anexo 3. Formato factura, Anexo 4. Recibo caja).
- Genere el cobro de pago compartido.
- Defina valor y responsable del pago.

Caso A
Felipe Martínez, de 27 años afiliado a Vida salud EPS, beneficiario categoría A; consulta por presentar cuadro clínico de dolor abdominal de tres días de evolución, asociado a vómito y fiebre de 39°C. Asiste al servicio de urgencias del Hospital San Pedro de II nivel de atención. En el servicio de urgencias, el médico solicita ecografía abdominal, cuadro hemático, BUN, creatinina, parcial de orina y solicita interconsulta por cirugía general. El cirujano diagnostica apendicitis y lo lleva a cirugía, donde encuentran apéndice perforado más peritonitis generalizada. El cirujano realiza apendicetomía más drenaje peritonitis, posteriormente lo hospitalizan en habitación bipersonal por tres días y le dan salida. Valores de la atención: AIU $45.000, ecografía abdominal $180.000, cuadro hemático $18.000, BUN $14.000, creatinina $15.000, parcial de orina $12.000, interconsulta cirugía $55.000, apendicectomía $1.100.000, drenaje peritonitis generalizada $980.000, hospitalización $675.000.

Caso B
Carolina Cepeda de 19 años, afiliada a Su salud EPS-S, nivel I del Sisbén, consulta a urgencias del hospital San Marino III nivel por presentar dificultad respiratoria, expectoración purulenta y fiebre. El médico de urgencias, valora a la paciente y solicita radiografía de tórax, cuadro hemático, glucosa, proteína C reactiva, Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y requiere interconsulta por medicina interna. El internista analiza los exámenes y diagnostica neumonía atípica, decide hospitalizarla y realizarle tratamiento antibiótico, terapia respiratoria y nebulizaciones cada 6 horas. Después de cuatro días de hospitalización le dan salida y control en 8 días. Valores de la atención: AIU $45.000, radiografía de tórax $52.000, cuadro hemático $18.000, glucosa $16.000, proteína C reactiva $22.000, VSG $19.500, interconsulta medicina interna $55.000, hospitalización $830.000, tratamiento antibiótico $450.000, terapia respiratoria y nebulizaciones $385.750

Lineamientos generales para la entrega de la evidencia:

- **Producto a entregar:** informe con análisis de casos en admisión del usuario a los servicios de salud.
- **Formato:** PDF.

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de aprendizaje	Criterios de evaluación	Técnicas e instrumentos de evaluación
Evidencia de conocimiento:. **f. Atención accidentes de transito** **g. Atención enfermedad General** **h. Atención accidente Laboral** **i. Atención Paciente desafiliado** **j. Atención desastres Naturales y Eventos terroristas**	• Presenta portafolio de servicios según lineamientos institucionales. • Identifica en todos los eventos al responsable(s) del pago por los servicios de salud prestados según normativa vigente y acuerdo de voluntades. • Cumple con procedimientos administrativos entre la entidad responsable del pago y la entidad que presta el servicio de salud para la admisión del usuario según lineamientos normativos. • Reconoce la importancia de la política de seguridad del paciente en la prestación de los servicios según normativa vigente. • Identifica las redes de atención en salud (primaria, complementaria, privada) según la normatividad relacionada. • Identifica dentro de los planes de beneficio, las intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, de acuerdo a lo enmarcado en el PIC.	**Procesos de Admisión según caso**

Evidencia de producto: expone en grupos organizados por la instructora los soportes administrativos que deben ir anexos a la cuenta teniendo en cuenta el servicio prestado	• Reconoce el manejo ético y legal de la historia clínica y su información según políticas institucionales. • Identifica las implicaciones éticas y legales del manejo de información de la historia clínica según política y Normativa vigente.	Exposición soportes de la factura

	• Actualiza la historia clínica y cumple con protocolos y normativa de salud. • Ubica la historia clínica según tipo de archivo, normativa vigente y protocolo institucional. • Emplea terminología básica técnica en salud al diligenciar los formatos administrativos según política institucional. • Relaciona la clasificación internacional de enfermedades 10 revisiones (CIE-10) y la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS), en el diligenciamiento de los registros acorde con la política institucional.	
Evidencia de producto: Análisis de casos en autorización de servicios de salud.	• Direcciona a la población en el trámite a seguir en el servicio no incluidos en los planes de beneficio según normativa vigente. • Comprueba que los requisitos de admisión cumplan con protocolos teniendo en cuenta • Normativa de salud. Solicita al ente responsable del pago las autorizaciones de servicios según normativa legal y acuerdo de voluntades. • Diligencia adecuadamente los formatos de autorización de servicios según políticas institucionales y normativa Vigente	Taller Casos de Autorización

Evidencia de producto: Análisis de casos en admisión del usuario a los servicios de salud.	• Clasifica al usuario en el acceso a los servicios de salud según nivel de atención del prestador. • Direcciona a la persona sin aseguramiento en el trámite administrativo para el acceso a los servicios de salud según normativa vigente. • 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. • Realiza trámite administrativo para la admisión de la persona según tipo de aseguramiento y acuerdo de voluntades. • Recolecta información y tipos de datos con criterios de calidad a partir de los protocolos institucionales..	Taller Casos Admisiones del usuario a los servicios de salud

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actividad de salud: “conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales, se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos” (MinSalud, 2021).

Archivo central: “es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención” (Resolución 1995 de 1999).

Archivo de gestión: “es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención” ((Resolución 1995 de 1999).

Archivo histórico: “es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente” (Resolución 1995 de 1999).

Autorización: “corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago o a la dirección departamental o distrital de salud” (MinSalud, s.f.).

Contrarreferencia: “es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente, la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica” (Decreto 4747 de 2007).

Copagos: “los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema” (Acuerdo 260 de 2004).

Cuotas moderadoras: “las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS” (Acuerdo 260 de 2004).

Historia clínica electrónica: “es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de *software* con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente” (Ley 2015 de 2020).

Interconsulta: “es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante” (E.S.E., s.f.).

Interoperabilidad: “capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente” (Ley 2015 de 2020).

6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Clínica INDISA. (2016). *Proceso de admisión* [video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=-tdqUh4T-ws

Congreso de la República. (2020, 31 de enero). *Ley 2015 de 2020. Por medio del cual se crea la Historia Clínica Electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial n.º 51.213. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2015_2020.html

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2004, 27 de febrero). *Acuerdo 260 de 2004. por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial n.º 45.474. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20260%20DE%202004.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (1999, 08 de julio). *Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2007, 07 de diciembre). *Decreto 4747 de 2007. 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.* http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2008, 14 de agosto). *Resolución 3047 de 2008. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.* Diario Oficial n.º 47.082. http://normograma.invima.gov.co/normograma/docs/resolucion_minproteccion_3047_2008.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015, 24 de diciembre). *Resolución 5596 de 2015. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".* Diario Oficial n.º 49.739. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_5596_2015.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017, 23 de marzo). Resolución 839 de 2017. Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones. http://achc.org.co/documentos/prensa/Resolucion%20No%20839%20de%202017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, 26 de diciembre). *Resolución 3512 de 2019. Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).* Diario Oficial n.º 51179. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Orientaciones para la restauración de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por Covid-19 en Colombia*. https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS05.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Anexo Técnico No. 5. Soportes de las facturas*. https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20T%C3%A9cnico%20No%205_3047_08.pdf

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Gina Villate Calderón	Instructora	Centro de Formación de Talento Humano en Salud – Regional Distrito Capital	Septiembre de 2020
	Natalia Andrea Bueno Pizarro	Diseñadora Instruccional	Centro para La Industria de la Comunicación Gráfica – Regional Distrito Capital	Diciembre de 2020
	Bertha Paola Bejarano Ávila	Evaluadora Instruccional	Centro para La Industria de la Comunicación Gráfica – Regional Distrito Capital	Septiembre de 2020
	Diana Stephanie Leguizamón Rojas	Instructora – Experta temática	Centro de Formación de Talento Humano en Salud – Regional Distrito Capital	Febrero de 2021
	Andrés Felipe Velandia Espitia	Diseñador Instruccional	Centro de Diseño y Metrología – Regional Distrito Capital	Febrero de 2021
	Zenith Chinchilla Ruedas	Diseñadora Instruccional	Centro de Diseño y Metrología – Regional Distrito Capital	Febrero de 2021
	Rafael Neftalí Lizcano Reyes	Asesor pedagógico	Centro Industrial del Diseño y la Manufactura – Regional Santander	Febrero de 2021

8. CONTROL DE CAMBIOS

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)	Sandra Milena Tejada López	Instructora	Comercio y Servicio	Junio de 2024	Ajuste para la formación

PROCESO DE GESTIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL
FORMATO GUÍA DE APRENDIZAJE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

- **Denominación del programa de formación:** Técnico en apoyo administrativo en salud.
- **Código del programa de formación:** 134508
- **Nombre del proyecto:** propuesta de implementación de procesos de apoyo administrativo con oportunidad y calidad humana en los servicios de salud de las entidades de salud del departamento del cauca
- **Fase del proyecto:** Ejecución.
- **Actividad de proyecto:** Establecer las condiciones para el acceso sin barreras a los servicios de salud a partir de normatividad y principios éticos.
- **Competencias:**
  - 230101280 - Admitir personas al servicio según normativa de salud.
- **Resultados de aprendizaje a alcanzar:**

  Técnicos:

  - 708245-1. Reconocer condiciones de aseguramiento del usuario para el acceso a los servicios de salud de acuerdo con normativa.
  - 708246-2. Tramitar la admisión de las personas a los servicios de salud según oferta institucional, acuerdos contractuales y normativa legal vigente
  - 708247-3. Verificar soportes de atención en salud teniendo en cuenta acuerdos contractuales, condiciones de aseguramiento y normativa.
  -
- **Duración de la guía:** Técnicas: 240 horas = 240 horas.

2. PRESENTACIÓN

Respetado aprendiz, en esta guía de aprendizaje se trabajarán actividades que le permitirán obtener las bases conceptuales del proceso de admisión del usuario en la red de prestación de servicios de salud, identificando los actores del sistema, la semiología, la terminología médica y el manejo administrativo de la historia clínica.

Con el desarrollo de las actividades propuestas, adquirirá conocimientos en los procesos administrativos, de admisiones, de los diferentes puntos de ingreso de los pacientes, ambulatorios como hospitalarios, el uso de las herramientas informáticas, aplicara el proceso de acuerdo a la normativa vigente y teniendo en cuenta acuerdos de voluntades.

Recuerde que debe desarrollar con excelencia y responsabilidad la presente guía, lo cual incluye ser cumplido con la asistencia a la formación, el envío oportuno de las evidencias de aprendizaje y la participación en la realización y socialización de las actividades propuestas.

- **Evidencia de reflexión inicial.**

Antes de iniciar el desarrollo de las evidencias propuestas en esta guía, es importante reflexionar acerca de la importancia del proceso de admisión del usuario a los servicios de salud. Por tal motivo, observe el video que encuentra en el siguiente enlace https://www.youtube.com/watch?v=H_ReAjWUp_E y socialícelo con su instructor en el encuentro sincrónico que él programará, indicando la interpretación que usted le da a este importante tema. Recuerde que lo explicado en el video, le servirá como insumo para llevar a cabo lo que se le solicita en este proceso que comienza en esta nueva etapa formativa.

3. FORMULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

En este apartado se describirán las actividades de aprendizaje para cada una de las competencias que plantea la fase de ejecución del proyecto formativo: contribución a la mejora continúa de los procesos de apoyo administrativo en las entidades del sector salud.

3.1. Actividades de la competencia admitir personas al servicio según normativa de salud (708245).

3.1.1. Actividad de aprendizaje: Identificar el proceso de admisión del usuario alos servicios de salud de acuerdo con normatividad legal vigente.

Mediante la explicación el aprendiz, podrá interpretar y apropiar el proceso inicial de admisión de los servicios ambulatorios y hospitalarios de las EAPB, y orientar de manera adecuada a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, soportar de acuerdo a los lineamientos de cada servicios prestado para garantizar el cobro efectivo de las cuentas y el proceso institucional.

.

Materiales de formación: para el desarrollo de esta actividad es importante la explicación del instructor del paso a paso de una correcta admisión,

Evidencias: Crear al paciente para la clasificación del triage, y admisionar al paciente para el ingreso a los servicios de urgencias.

3.1.2. El debido ingreso al proceso de admisiones garantiza la radicación y cobro efectivo de la misma, identificando las situaciones de ingresos y causa de los pacientes.

Con base en lo anterior realiza la admisión para los siguientes casos

a. **Atención accidentes de transito**
b. **Atención enfermedad General**
c. **Atención accidente Laboral**
d. **Atención Paciente desafiliado**
e. **Atención desastres Naturales y Eventos terroristas**

Evidencia: entrega cada uno de los casos con soportes requeridos para la admisión

.

3.1.3Actividad de aprendizaje: Identificar soportes administrativos de la cuenta y la responsabilidad de la admisión.

El manejo de la documentación propia del proceso de admisión a los servicios de salud en Colombia es de gran importancia y por tanto, un técnico en apoyo administrativo en salud debe conocer el manejo de cada soporte y la responsabilidad que acompaña la cuenta tanto los soportes clínicos como administrativos.

Evidencia: expone en grupos organizados por la instructora los soportes administrativos que deben ir anexos a la cuenta teniendo en cuenta el servicio prestado.

3.1.4 Evidencia: Análisis de casos en autorización de servicios de salud.

Usted como técnico en apoyo administrativo en salud una vez apropiados los conceptos y la normatividad, está en condiciones de ejecutar el proceso de admisión del usuario en una institución prestadora de servicios de salud. Por tanto, esta actividad dispone de una serie de casos que permiten evidenciar si se manejan adecuadamente los conceptos básicos relacionados con el proceso de autorización de los servicios de salud, al responder lo que se solicita en cada uno.

Recuerde que “autorización de servicios”, es todo proceso de emisión de órdenes para ciertos procedimientos relacionadas con la prestación de la atención de los programas de salud que administra una institución, permitiéndole acceder a una práctica médica, un estudio o cualquier otro servicio con previa autorización. Las autorizaciones de prestaciones de servicios en cada institución tienen unos criterios diferentes, relacionados con el acuerdo de voluntades y normatividad vigente.

Tenga en cuenta la normatividad y los conceptos apropiados en el material de formación “Prestadores y redes de servicio en salud”.

Caso A

Mario Patarroso de 35 años, afiliado a la EPS Tu salud categoría B; consulta a primer nivel de atención por presentar cuadro clínico de tres días de evolución de dificultad respiratoria más anasarca (totalmente edematizado). El paciente es valorado por medicina general y toman exámenes de laboratorio, donde encuentran las pruebas de función renal elevadas. El diagnóstico que realiza el médico general es: insuficiencia renal aguda y urgencia dialítica.

El usuario debe ser llevado a un tercer nivel de complejidad donde puedan realizar hemodiálisis. Como el paciente es nuevo se lleva a cirugía para realizar una fístula artero-venosa para continuar su tratamiento. El paciente ingresa al Hospital Santa Marta de III nivel, donde es hospitalizado en cama bipersonal y realizan varias hemodiálisis cada 3 días; el paciente presenta complicaciones de su cuadro clínico y es hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo. Después de 22 días de internación es dado de alta.

El costo de la atención es el siguiente: urgencia nivel 1 $180.000, transporte a III nivel $325.000, fístula arteriovenosa $1.200.000, hemodiálisis $67.000 (7 en total), hospitalización en UCI $11.000.000 y la hospitalización en piso $550.000.

Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el ente pagador?
2. ¿El usuario tiene que pagar copago o cuota de recuperación?
3. ¿Cuál es el valor en pesos que pagaría el usuario y el ente pagador?
4. ¿Cómo se llama el procedimiento de envío del primer nivel de complejidad a un tercer nivel?
5. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso B

Filomena Garzón, es una mujer de 29 años, afiliada a la EPS-S Seguro Salud, nivel I del Sisbén; presenta sangrado genital de 15 días de evolución. Consulta por el servicio de urgencias al Hospital San Peregrino de II nivel. En el servicio de urgencias realizan tacto vaginal bimanual más ecografía pélvica, donde se identifican varios miomas uterinos submucosos. Gineco-obstetricia la valora y decide realizar legrado uterino por una Hemorragia Uterina Anormal. Posterior al procedimiento, la paciente es hospitalizada en piso.

Durante la noche después de realizado el procedimiento, la paciente presenta un descenso en los signos vitales y entra en *shock*. La paciente es reanimada y llevada a salas de cirugía donde por persistencia del sangrado, le realizan Histerectomía Abdominal Total. Luego es llevada a piso y después de tres días dan salida.

Los valores de la atención son: urgencias $340.000, legrado $230.000, histerectomía $750.000 y hospitalización $600.000.

Según el caso responda:

1. ¿Quiénes son los entes responsables del pago?

2. ¿La usuaria debe pagar algún valor? ¿Cuál?
3. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso C

Roberto González de 55 años, afiliado a la EPS-S Capital Salud, nivel II del Sisbén; consulta al servicio de urgencias por presentar una descompensación de su diabetes mellitus tipo 2 y por tener un cuadro de celulitis en miembro inferior derecho al golpearse con la pata de la cama. Es valorado y deciden hospitalizarlo con un diagnóstico de pie diabético grado III y diabetes mellitus tipo 2 descompensada.

Al paciente le realizan un ecocardiograma donde encuentran vegetaciones valvulares. Ortopedia valora al paciente y decide realizar amputación infra condílea de la pierna derecha para evitar una infección sistémica. El paciente es dado de alta al cabo de 8 días después de realizado el procedimiento quirúrgico.

Los costos de la atención son: urgencias $320.000, ecocardiograma $150.000, amputación pierna derecha $1.500.000 y hospitalización $960.000.

Según el caso responda:

1. ¿Quién es el responsable del pago?
2. ¿El usuario debe hacer algún pago? ¿Cuál? ¿Qué valor?
3. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso D

Felipe Martínez, de 27 años afiliado a Vida salud EPS, beneficiario categoría A; consulta por presentar cuadro clínico de dolor abdominal de tres días de evolución, asociado a vómito y fiebre de 39°C. Asiste al servicio de urgencias del Hospital San Pedro de II nivel de atención.

En el servicio de urgencias, el médico solicita ecografía abdominal, cuadro hemático, BUN, creatinina, parcial de orina y solicita interconsulta por cirugía general. El cirujano diagnóstica apendicitis y lo lleva a cirugía, donde encuentran apéndice perforado más peritonitis generalizada. El cirujano realiza apendicetomía más drenaje peritonitis, posteriormente lo hospitalizan en habitación bipersonal por tres días y le dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, ecografía abdominal $180.000, cuadro hemático $18.000, BUN $14.000, creatinina $15.000, parcial de orina $12.000, interconsulta cirugía $55.000, apendicectomía $1.100.000, drenaje peritonitis generalizada $980.000, hospitalización $675.000.

Según el caso responda:

1. ¿Cuál es el trámite de admisión que usted realiza a este paciente?
2. ¿Qué pagos compartidos debe realizar este paciente? ¿Qué valor?
3. ¿Cuáles procedimientos son adicionales y posteriores?
4. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su repuesta.

Caso E
Carolina Cepeda de 19 años, afiliada a Su salud EPS-S, nivel I del Sisbén; consulta a urgencias del Hospital San Marino III nivel por presentar dificultad respiratoria, expectoración purulenta y fiebre. El médico de urgencias, valora a la paciente y solicita radiografía de tórax, cuadro hemático, glucosa, proteína C reactiva, Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y requiere interconsulta por medicina interna. El internista analiza los exámenes y diagnostica neumonía atípica, decide hospitalizar y realizar tratamiento antibiótico, terapia respiratoria y nebulizaciones cada 6 horas. Después de cuatro días de hospitalización le dan salida y control en 8 días. Valores de la atención: AIU $45.000, radiografía de tórax $52.000, cuadro hemático $18.000, glucosa $16.000, proteína C reactiva $22.000, VSG $19.500, interconsulta medicina interna $55.000, hospitalización $830.000, tratamiento antibiótico $450.000, terapia respiratoria y nebulizaciones $385.750. Según el caso responda: 1. ¿Cuáles anexos de la Resolución 3047 utilizaría en este caso? 2. ¿Qué pagos compartidos debe realizar el usuario? ¿Qué valor? 3. ¿Cuáles procedimientos son posteriores y adicionales? 4. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso F
Eunice Toro de 55 años, afiliada a Prosalud EPS-S, con nivel II del Sisbén; asiste a consulta de medicina general, en su unidad de atención primaria. El médico realiza un diagnóstico de dolor abdominal a estudio con sospecha de colecistitis. Entonces, solicita ecografía abdominal total y formulan butil bromuro de hioscina (buscapina) y cita en 1 mes con resultados. Valores de la atención: consulta médica general $48.500, ecografía abdominal $180.000, buscapina $10.500. Según el caso responda: 1. ¿De los procedimientos realizados en este caso, la paciente cuál debe autorizar? 2. ¿La paciente tiene que hacer algún pago compartido? ¿Cuál? ¿Qué valor? 3. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales? 4. ¿Se debe autorizar algún procedimiento? ¿Cuál? Sustente su respuesta.

Caso G
Ángela Rivera de 62 años, nivel II del Sisbén, sin afiliación a EPS; ingresa al Hospital San Francisco de III nivel, por presentar dolor abdominal intenso, más vómito, distensión y diarrea. El médico de urgencias valora a la paciente, donde encuentra abdomen en tabla con signos claros de abdomen agudo. Entonces, solicita radiografía de tórax, ecografía de abdomen total, cuadro hemático, BUM, creatinina, hemoclasificación, pt, ptt y pide la reserva de 3 unidades de sangre total. Además, interconsulta por cirugía general.

La paciente es llevada a las salas de cirugía donde le realizan laparotomía exploratoria y encuentran material purulento más materia fecal en cavidad abdominal. El cirujano realiza un lavado peritoneal y haya una perforación en el colon ascendente. Posteriormente, realiza una hemicolectomía derecha más enterostomía, requiriendo la transfusión de las 3 unidades de sangre total. Seguidamente, la hospitaliza en habitación unipersonal con tratamiento antibiótico y analgésico.

Al cabo de 15 días, la paciente es llevada a cirugía para cierre de la enterostomía y realiza anastomosis ileo cólica. La paciente vuelve a la habitación y después de 10 días dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, radiografía de tórax $52.000, ecografía abdominal $180.000, cuadro hemático $18.000, BUM $ 14.000, creatinina $15.000, hemoclasificación $12.500, pt $9.500, ptt $9.800, unidades de glóbulos rojos $690.000, interconsulta cirugía $55.000, laparotomía exploratoria $850.000, lavado peritoneal $1.230.000, hemicolectomía derecha $1.350.000, enterostomía $1.100.000, hospitalización $1.980.000, tratamiento antibiótico y analgesia $750.000, cierre enterostomía $760.000, anastomosis $1.130.000.

Según el caso responda:

1. ¿Cuáles servicios usted debe autorizar en este caso? Sustente su respuesta
2. ¿La paciente tiene que hacer algún pago compartido? ¿Qué valor?
3. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales?

Caso H

Fernanda Rodríguez de 28 años, afiliada a Cruz Azul EPS-S, con nivel II del Sisbén; tiene un embarazo de 38 semanas y en trabajo de parto fase activa. Es remitida desde la IPS San Nicolás de I nivel a la Unidad Materno Infantil San Luis de III nivel. Donde el médico general de urgencias solicita interconsulta con ginecología.

La paciente es llevada a sala de partos donde le realizan atención del parto, pero durante el expulsivo, presenta un desgarro perineal de IV grado (hasta el ano) y el ginecólogo realiza una perineorrafia más anoplastia, y después de tres días le dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, interconsulta ginecología $55.000, atención del parto $860.000, anoplastia $790.000, hospitalización $635.000.

Según el caso responda:

1. ¿Cuáles de estos servicios son servicios posteriores y adicionales?
2. ¿Qué pagos debe realizar la usuaria? ¿Cuánto debe pagar?
3. ¿Cuáles servicios usted debe autorizar en este caso? Sustente su respuesta.

Caso I

Víctor Perdomo de 58 años, afiliado a Costa salud EPS, beneficiario categoría A; asiste al Hospital Santa Pacha de III nivel por presentar retención urinaria y edema hasta las rodillas. El médico solicita cuadro hemático, creatinina, BUM, Sodio (Na), Potasio (K), Cloro (Cl), ecografía abdominal total e interconsulta por medicina interna. Los resultados evidencian que hay una insuficiencia renal aguda y deciden hospitalizarlo en habitación bipersonal, para colocación de catéter subclavio y practican hemodiálisis de

urgencia; posteriormente, programan al paciente para realizar fístula arteriovenosa y practican otras hemodiálisis. Después de 15 días de hospitalización el paciente ingresa al programa de hemodiálisis y le dan salida.

Valores de la atención: AIU $45.000, cuadro hemático $18.000, BUM $12.000, creatinina $14.000, sodio $10.500, potasio $11.200, cloro $11.000, ecografía abdominal $180.000, interconsulta medicina interna $55.000, hospitalización $1.530.000, colocación catéter subclavio $850.000, hemodiálisis $950.000, construcción fistula arteriovenosa $1.280.000.

Según el caso responda:

1. ¿Qué servicios usted debe autorizar? Sustente su respuesta.
2. ¿El usuario debe realizar algún pago compartido? ¿Cuál?
3. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales?

Caso J
Francisco López, afiliado a la EPS Country Salud, beneficiario categoría B; asiste al Hospital El Carmen de II nivel, porque presenta un diagnóstico de VIH+, e inicia la terapia retroviral en internación en la unidad de aislamiento. Después de un largo tratamiento, el paciente sugiere iniciar un tratamiento diferente al establecido en el protocolo de manejo, el cual se encuentra aún en prueba, pero que ha demostrado buenos beneficios. Los médicos consiguen el tratamiento al paciente, el cual presenta mejoría. Según el caso responda: 1. ¿Qué servicios debe autorizar usted? Sustente su respuesta. 2. ¿Quién o quiénes son los responsables del pago? 3. ¿Qué pagos debe realizar el usuario y por qué? ¿Qué valor? 4. ¿Cuáles son los procedimientos posteriores y adicionales?

Evidencia: entregar taller desarrollado y subirlo en la plataforma indicado por la instructora

3.1.5 **Actividad de aprendizaje: Identificar el pago de copagos o cuotas moderadora del usuario**

El debido cobro de copagos o el direccionamiento efectivo, garantiza el financiamiento del sistema o la responsabilidad teniendo en cuenta la normatividad vigente.

Evidencia: completa los casos descritos en la guía.

3.1.6 Actividad de aprendizaje: Identificar el proceso de autorización del usuario de acuerdo a la admisión realizada

La debida autorización garantiza la atención efectiva del paciente y la no devolución de la cuenta, con la explicación de la resolución 3047 de 2008.

Evidencia: completa los casos descritos en la guía

Teniendo en cuenta lo anterior, lea atentamente cada uno de los siguientes casos, aplique lo abordado en el material de formación “Prestadores y redes de servicio en salud” y realice la actividad aplicando lo siguiente

- Realice comprobación de derechos. Tomar pantallazo.
- Diligencie datos de identificación del paciente para la historia clínica.
- Diligencie los formatos de anexos de la Resolución 3047 de 2008 correspondientes (Anexo 1. Historia clínica urgencias, Anexo 2. Formato anexo, Anexo 3. Formato factura, Anexo 4. Recibo caja).
- Genere el cobro de pago compartido.
- Defina valor y responsable del pago.

Caso A
Felipe Martínez, de 27 años afiliado a Vida salud EPS, beneficiario categoría A; consulta por presentar cuadro clínico de dolor abdominal de tres días de evolución, asociado a vómito y fiebre de 39°C. Asiste al servicio de urgencias del Hospital San Pedro de II nivel de atención. En el servicio de urgencias, el médico solicita ecografía abdominal, cuadro hemático, BUN, creatinina, parcial de orina y solicita interconsulta por cirugía general. El cirujano diagnostica apendicitis y lo lleva a cirugía, donde encuentran apéndice perforado más peritonitis generalizada. El cirujano realiza apendicetomía más drenaje peritonitis, posteriormente lo hospitalizan en habitación bipersonal por tres días y le dan salida. Valores de la atención: AIU $45.000, ecografía abdominal $180.000, cuadro hemático $18.000, BUN $14.000, creatinina $15.000, parcial de orina $12.000, interconsulta cirugía $55.000, apendicectomía $1.100.000, drenaje peritonitis generalizada $980.000, hospitalización $675.000.

Caso B
Carolina Cepeda de 19 años, afiliada a Su salud EPS-S, nivel I del Sisbén, consulta a urgencias del hospital San Marino III nivel por presentar dificultad respiratoria, expectoración purulenta y fiebre. El médico de urgencias, valora a la paciente y solicita radiografía de tórax, cuadro hemático, glucosa, proteína C reactiva, Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y requiere interconsulta por medicina interna. El internista analiza los exámenes y diagnostica neumonía atípica, decide hospitalizarla y realizarle tratamiento antibiótico, terapia respiratoria y nebulizaciones cada 6 horas. Después de cuatro días de hospitalización le dan salida y control en 8 días. Valores de la atención: AIU $45.000, radiografía de tórax $52.000, cuadro hemático $18.000, glucosa $16.000, proteína C reactiva $22.000, VSG $19.500, interconsulta medicina interna $55.000, hospitalización $830.000, tratamiento antibiótico $450.000, terapia respiratoria y nebulizaciones $385.750

Lineamientos generales para la entrega de la evidencia:

- **Producto a entregar:** informe con análisis de casos en admisión del usuario a los servicios de salud.
- **Formato:** PDF.

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Evidencias de aprendizaje	Criterios de evaluación	Técnicas e instrumentos de evaluación
Evidencia de conocimiento:. **f. Atención accidentes de transito** **g. Atención enfermedad General** **h. Atención accidente Laboral** **i. Atención Paciente desafiliado** **j. Atención desastres Naturales y Eventos terroristas**	• Presenta portafolio de servicios según lineamientos institucionales. • Identifica en todos los eventos al responsable(s) del pago por los servicios de salud prestados según normativa vigente y acuerdo de voluntades. • Cumple con procedimientos administrativos entre la entidad responsable del pago y la entidad que presta el servicio de salud para la admisión del usuario según lineamientos normativos. • Reconoce la importancia de la política de seguridad del paciente en la prestación de los servicios según normativa vigente. • Identifica las redes de atención en salud (primaria, complementaria, privada) según la normatividad relacionada. • Identifica dentro de los planes de beneficio, las intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, de acuerdo a lo enmarcado en el PIC.	**Procesos de Admisión según caso**

Evidencia de producto: expone en grupos organizados por la instructora los soportes administrativos que deben ir anexos a la cuenta teniendo en cuenta el servicio prestado	• Reconoce el manejo ético y legal de la historia clínica y su información según políticas institucionales. • Identifica las implicaciones éticas y legales del manejo de información de la historia clínica según política y Normativa vigente.	Exposición soportes de la factura

	• Actualiza la historia clínica y cumple con protocolos y normativa de salud. • Ubica la historia clínica según tipo de archivo, normativa vigente y protocolo institucional. • Emplea terminología básica técnica en salud al diligenciar los formatos administrativos según política institucional. • Relaciona la clasificación internacional de enfermedades 10 revisiones (CIE-10) y la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS), en el diligenciamiento de los registros acorde con la política institucional.	
Evidencia de producto: Análisis de casos en autorización de servicios de salud.	• Direcciona a la población en el trámite a seguir en el servicio no incluidos en los planes de beneficio según normativa vigente. • Comprueba que los requisitos de admisión cumplan con protocolos teniendo en cuenta • Normativa de salud. Solicita al ente responsable del pago las autorizaciones de servicios según normativa legal y acuerdo de voluntades. • Diligencia adecuadamente los formatos de autorización de servicios según políticas institucionales y normativa Vigente	Taller Casos de Autorización

Evidencia de producto: Análisis de casos en admisión del usuario a los servicios de salud.	• Clasifica al usuario en el acceso a los servicios de salud según nivel de atención del prestador. • Direcciona a la persona sin aseguramiento en el trámite administrativo para el acceso a los servicios de salud según normativa vigente. • 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. • Realiza trámite administrativo para la admisión de la persona según tipo de aseguramiento y acuerdo de voluntades. • Recolecta información y tipos de datos con criterios de calidad a partir de los protocolos institucionales..	Taller Casos Admisiones del usuario a los servicios de salud

5. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actividad de salud: “conjunto de acciones, operaciones o tareas que especifican un procedimiento o servicio de salud, en las cuales, se utilizan recursos físicos, humanos o tecnológicos” (MinSalud, 2021).

Archivo central: “es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención” (Resolución 1995 de 1999).

Archivo de gestión: “es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención” ((Resolución 1995 de 1999).

Archivo histórico: “es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente” (Resolución 1995 de 1999).

Autorización: “corresponde al aval para la prestación de un servicio de salud por parte de una entidad responsable del pago a un usuario, en un prestador de servicios determinado. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago o a la dirección departamental o distrital de salud” (MinSalud, s.f.).

Contrarreferencia: “es la respuesta que el prestador de servicios en salud receptor de la referencia da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente, la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica” (Decreto 4747 de 2007).

Copagos: “los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema” (Acuerdo 260 de 2004).

Cuotas moderadoras: “las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS” (Acuerdo 260 de 2004).

Historia clínica electrónica: “es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de *software* con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente” (Ley 2015 de 2020).

Interconsulta: “es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante” (E.S.E., s.f.).

Interoperabilidad: “capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. De este modo, la información es compartida y está accesible desde cualquier punto de la red asistencial en la que se requiera su consulta y se garantiza la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, con el consiguiente beneficio para la continuidad asistencial y la seguridad del paciente” (Ley 2015 de 2020).

6. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

Clínica INDISA. (2016). *Proceso de admisión* [video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=-tdqUh4T-ws

Congreso de la República. (2020, 31 de enero). *Ley 2015 de 2020. Por medio del cual se crea la Historia Clínica Electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial n.º 51.213. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_2015_2020.html

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2004, 27 de febrero). *Acuerdo 260 de 2004. por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Diario Oficial n.º 45.474. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20260%20DE%202004.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (1999, 08 de julio). *Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2007, 07 de diciembre). *Decreto 4747 de 2007. 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.* http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2008, 14 de agosto). *Resolución 3047 de 2008. Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.* Diario Oficial n.º 47.082. http://normograma.invima.gov.co/normograma/docs/resolucion_minproteccion_3047_2008.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015, 24 de diciembre). *Resolución 5596 de 2015. Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".* Diario Oficial n.º 49.739. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_5596_2015.htm

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017, 23 de marzo). Resolución 839 de 2017. Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones. http://achc.org.co/documentos/prensa/Resolucion%20No%20839%20de%202017.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019, 26 de diciembre). *Resolución 3512 de 2019. Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).* Diario Oficial n.º 51179. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Orientaciones para la restauración de los servicios de salud en las fases de mitigación y control de la emergencia sanitaria por Covid-19 en Colombia*. https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS05.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Anexo Técnico No. 5. Soportes de las facturas*. https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20T%C3%A9cnico%20No%205_3047_08.pdf

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	Gina Villate Calderón	Instructora	Centro de Formación de Talento Humano en Salud – Regional Distrito Capital	Septiembre de 2020
	Natalia Andrea Bueno Pizarro	Diseñadora Instruccional	Centro para La Industria de la Comunicación Gráfica – Regional Distrito Capital	Diciembre de 2020
	Bertha Paola Bejarano Ávila	Evaluadora Instruccional	Centro para La Industria de la Comunicación Gráfica – Regional Distrito Capital	Septiembre de 2020
	Diana Stephanie Leguizamón Rojas	Instructora – Experta temática	Centro de Formación de Talento Humano en Salud – Regional Distrito Capital	Febrero de 2021
	Andrés Felipe Velandia Espitia	Diseñador Instruccional	Centro de Diseño y Metrología – Regional Distrito Capital	Febrero de 2021
	Zenith Chinchilla Ruedas	Diseñadora Instruccional	Centro de Diseño y Metrología – Regional Distrito Capital	Febrero de 2021
	Rafael Neftalí Lizcano Reyes	Asesor pedagógico	Centro Industrial del Diseño y la Manufactura – Regional Santander	Febrero de 2021

8. CONTROL DE CAMBIOS

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)	Sandra Milena Tejada López	Instructora	Comercio y Servicio	Junio de 2024	Ajuste para la formación