



**GUIA PARA ADELANTAR EL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA POR
ALERTAS DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS
EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC**

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

BOGOTÁ, SEPTIEMBRE DE 2020

	PROCESO	PROCESO GESTIÓN DE RECOBROS/COBRO	Código:	
			Versión:	01
	GUIA	GUIA PARA DILIGENCIAR LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC	Fecha:	08 /09/2020

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE.....	3
3. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	3
4. DOCUMENTOS ASOCIADOS A LA GUÍA	3
5. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS.....	3
6. CUERPO DEL DOCUMENTO: TRATAMIENTO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS INMERSOS EN EL SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS	4

	PROCESO	PROCESO GESTIÓN DE RECOBROS/COBRO	Código:	
			Versión:	01
	GUIA	GUIA PARA DILIGENCIAR LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC	Fecha:	08 /09/2020

1. OBJETIVO

Establecer la guía metodológica para el diligenciamiento de los formularios que contienen la información de las alertas definidas en el Sistema de Auditoría por Alertas (SAA) en el marco del proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que realiza la ADRES en el marco de la Resolución 41656 de 2019 o la norma que la modifique adicione o sustituya.

2. ALCANCE.

Inicia con la identificación y detalle de los servicios y tecnologías (ítems) con alertas producto de la aplicación del SAA, continúa con la ejecución de las actividades señaladas en dicho Sistema y finaliza con la determinación del estado definitivo de los ítems y su marcación en la base de datos de recobros.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Procedimiento de auditoría por alertas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC para la de verificación y control correspondiente al primer segmento de que trata la resolución 41656 de 2019 o la norma que la modifique adicione o sustituya.

4. DOCUMENTOS ASOCIADOS A LA GUÍA

- Proceso de gestión de recobros/cobros
- Procedimiento verificación y control primer segmento
- Sistema de auditoría por alertas (SAA) en el marco del proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC que realiza la ADRES.

5. NORMATIVA Y OTROS DOCUMENTOS EXTERNOS

- Resolución 41656 DE 2019, por la cual se establecen alternativas técnicas para adelantar el proceso de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas por la Unidad de Pago por Capitación (UPC) por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.
- Resolución No. 094 de 2020, por la cual se imparten lineamientos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados a los Regímenes Contributivos y Subsidiado, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES.
- Resolución 388 de 2020, por la cual se establece el procedimiento de verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, que hayan sido prestados a los afiliados al Régimen Subsidiado a partir del 1 de enero de 2020 y hasta la entrada en operación del mecanismo dispuesto en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019.

	PROCESO	PROCESO GESTIÓN DE RECOBROS/COBRO	Código:	
			Versión:	01
	GUIA	GUIA PARA DILIGENCIAR LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC	Fecha:	08 /09/2020

6. CUERPO DEL DOCUMENTO: TRATAMIENTO DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS INMERSOS EN EL SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS

6.1. Diligenciamiento de los Formularios

Las entidades, ya sean EPS o IPS, deberán diligenciar para cada uno de los ítems de servicios y tecnologías en salud que la ADRES les informe mediante el formulario, la causa que explica la situación que representa la alerta. Por cada alerta se presenta una lista desplegable de opciones, de las cuales, la EPS o IPS debe seleccionar una para explicar dicha situación o registrar un texto que le permita a la ADRES confirmar o desvirtuar el hallazgo. A continuación, se presenta el detalle por cada alerta:

1. Alerta 1 "**Profesionales de la salud que superan el número de prescripciones efectuadas por día de acuerdo con el criterio de expertos**". (**superan 24 prescripciones en un día**)" – Pestaña "A001"

La IPS donde se efectuó la prescripción o el profesional de salud (independiente), según corresponda, con base en la información de la prescripción que allegue la ADRES deberá seleccionar en la columna denominada "Respuesta IPS", alguna de las siguientes opciones:

- Profesional de la salud con turno mayor a 8 horas en la fecha indicada.
- Profesional de la salud tenía pendientes prescripciones de días anteriores.
- Profesional de la salud realizó consultas menores a 20 minutos cada una.
- Profesional de la salud fue el encargado de efectuar prescripciones de otros profesionales en la fecha indicada.
- Profesional de la salud adelantó una prescripción por cada ítem a un mismo usuario.
- Esta prescripción no fue adelantada por el profesional de la salud en la fecha indicada.
- La entidad no cuenta con la totalidad de los soportes que permita evidenciar que no existe una alerta sobre la prescripción recobrada.

En caso de seleccionar la opción "g", la IPS donde se efectuó la prescripción o el profesional de salud (independiente), según corresponda, diligenciará en texto libre la respectiva justificación en la columna denominada "Justificación IPS".

2. Alerta 2 "**Usuarios que, de acuerdo con el criterio estadístico y de expertos, superan el número de prescripciones recibidas por día. (superan 2 prescripciones en un día)**" – Pestaña "A002"

La Entidad Promotora de Servicios de Salud o Entidad obligada a Compensar (EPS o EOC), según corresponda, con base en la información de la prescripción que allegue la ADRES deberá seleccionar en la columna denominada "Respuesta EPS", alguna de las siguientes opciones:

- Usuario tenía más de una cita autorizada en la fecha indicada.
- Usuario debió ingresar por urgencias el mismo día en que había sido previamente atendido.
- Profesional de la salud adelantó una prescripción por cada ítem al usuario.
- Error en el usuario al que se prescribió la tecnología en salud.
- Esta prescripción no fue adelantada por el profesional de la salud en la fecha indicada.
- La entidad no cuenta con la totalidad de los soportes que permita evidenciar que no existe una alerta sobre la prescripción recobrada.

	PROCESO	PROCESO GESTIÓN DE RECOBROS/COBRO	Código:	
			Versión:	01
	GUIA	GUIA PARA DILIGENCIAR LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC	Fecha:	08 /09/2020

En caso de seleccionar la opción "f", la EPS o EOC según corresponda, diligenciará en texto libre la respectiva justificación en la columna denominada "Justificación EPS".

3. Alerta 3 "Diagnósticos registrados en MIPRES propios de un sexo y que son prescritos y suministrados al otro sexo" – Pestaña "A003"

El formulario debe diligenciarse en dos partes:

- a. A partir de la alerta generada, la EPS seleccionará en la columna denominada "Respuesta EPS", alguna de las siguientes opciones:
 - a. El servicio se puede presentar en los dos géneros (masculino o femenino).
 - b. El usuario realizó cambio de sexo.
 - c. Existe un error en el diligenciamiento del código del diagnóstico.
 - d. Existe un error en el diligenciamiento de la información del usuario.
 - e. Esta prescripción no fue adelantada por el profesional de la salud en la fecha indicada.
 - f. La entidad no cuenta con la totalidad de los soportes que permita evidenciar que no existe una alerta sobre la prescripción recobrada.

En caso de seleccionar la opción "f", la EPS diligenciará en texto libre la respectiva justificación en la columna denominada "Justificación EPS".

- b. En todo caso, para cualquiera de opciones que se haya registrado exceptuando la opción "f", la EPS deberá diligenciar tomando como fuente la historia clínica del afiliado, los siguientes campos:

Número de Historia Clínica. Relacionar el número de la historia clínica que permita evidenciar la respuesta que entrega la EPS en el literal a).

Fecha elaboración Historia Clínica. Relacionar la fecha de elaboración de la historia clínica que permita evidenciar la respuesta que entrega la EPS en el literal a).

Motivo de consulta. Diligenciar el motivo de la consulta registrada en la historia clínica.

Antecedentes enfermedad actual. Registre los detalles referentes a los antecedentes relacionados con la enfermedad, si aplica.

Diagnóstico principal. Diligenciar el diagnóstico principal registrado en la historia clínica.

Diagnóstico relacionado. Diligenciar el diagnóstico principal registrado en la historia clínica.

Plan manejo. Diligenciar el plan de manejo registrado en la historia clínica.

Nombre del profesional de la salud. Diligenciar el nombre del profesional de la salud que diligenció la historia clínica.

Identificación del profesional de la salud. Diligenciar la identificación del profesional de la salud que diligenció la historia clínica.

Registro profesional. Diligenciar el Registro profesional del profesional de la salud que diligenció la historia clínica.

Especialidad del profesional de la salud. Diligenciar la especialidad del profesional de la salud que diligenció la historia clínica, si aplica.

4. Alerta "Medicamentos prescritos por más de 90 días que de acuerdo con sus indicaciones no deben superar ese rango de tiempo" – Pestaña "A004"

El formulario debe diligenciarse en dos partes:

	PROCESO	PROCESO GESTIÓN DE RECOBROS/COBRO	Código:	
	GUIA	GUIA PARA DILIGENCIAR LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC	Versión:	01
			Fecha:	08 /09/2020

a. A partir de la alerta generada, la EPS seleccionará en la columna denominada "Respuesta EPS", alguna de las siguientes opciones:

- El diagnóstico y condición clínica del paciente permiten formular la tecnología en salud en un término superior al recomendado. (Presentar justificación con texto libre en el campo Justificación EPS).*
- El diagnóstico y condición clínica del paciente permiten formular la tecnología en salud de manera anticipada para periodos superiores a los 90 días (presentar justificación con texto libre en el campo Justificación EPS).*
- El diagnóstico, condición clínica y otros factores que afectan al paciente (viaje, dificultad de acceso a la consulta) permiten formular la tecnología en salud de manera anticipada para periodos superiores a los 90 días (presentar justificación con texto libre en el campo Justificación EPS).*
- Error en la prescripción.*
- Esta prescripción no fue adelantada por el profesional de la salud en la fecha indicada.*
- La entidad no cuenta con la totalidad de los soportes que permita evidenciar que no existe una alerta sobre la prescripción recobrada.*

En caso de seleccionar la opción "f", la EPS diligenciará en texto libre la respectiva justificación en la columna denominada "Justificación EPS".

b. En todo caso, para cualquiera de opciones que se haya registrado exceptuando la opción "f", la EPS deberá diligenciar tomando como fuente la Historia Clínica del afiliado, los siguientes campos:

Número de Historia Clínica. Relacionar el número de la historia clínica que permita evidenciar la respuesta que entrega la EPS en el literal a).

Fecha elaboración Historia Clínica. Relacionar la fecha de elaboración de la historia clínica que permita evidenciar la respuesta que entrega la EPS en el literal a).

Motivo de consulta. Diligenciar el motivo de la consulta registrada en la historia clínica

Antecedentes enfermedad actual. Registre los detalles referentes a los antecedentes relacionados con la enfermedad, si aplica.

Diagnóstico principal. Diligenciar el diagnóstico principal registrado en la historia clínica.

Diagnóstico relacionado. Diligenciar el diagnóstico principal registrado en la historia clínica.

Plan manejo. Diligenciar el plan de manejo registrado en la historia clínica

Nombre del profesional de la salud. Diligenciar el nombre del profesional de la salud que diligenció la historia clínica.

Identificación del profesional de la salud. Diligenciar la identificación del profesional de la salud que diligenció la historia clínica.

Registro profesional. Diligenciar el Registro profesional del profesional de la salud que diligenció la historia clínica.

Especialidad del profesional de la salud. Diligenciar la especialidad del profesional de la salud que diligenció la historia clínica, si aplica.

5. Alerta 5 "Prescripciones efectuadas a un mismo usuario, durante el mismo día, en dos ciudades diferentes" – Pestaña "A005"

Esta alerta se diligenciará por parte de la EPS o EOC y por la Institución Prestadora de Servicios de Salud donde se efectuó la prescripción o el profesional de salud (independiente), así:

a. EPS O EOC

	PROCESO	PROCESO GESTIÓN DE RECOBROS/COBRO	Código:	
	GUIA	GUIA PARA DILIGENCIAR LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC	Versión:	01
			Fecha:	08 /09/2020

La EPS o EOC en el campo "Respuesta EPS", deberá diligenciar la opción "SI" o "NO" frente al siguiente interrogante:

¿El usuario tenía autorizada la atención en las IPS que generaron las prescripciones?

- ✓ En caso de seleccionar la opción "NO", deberá seleccionar alguna de las siguientes respuestas:

- a. La primera prescripción no fue adelantada por el profesional de la salud en la fecha indicada.
- b. La segunda prescripción no fue adelantada por el profesional de la salud en la fecha indicada.

- ✓ En caso de seleccionar la opción "SI", deberá seleccionar de la columna denominada "Respuesta 2º EPS" alguna de las siguientes respuestas:

- a. Usuario tenía más de una cita autorizada en municipios/ciudades diferentes para la fecha indicada.
- b. Usuario debió ingresar por urgencias el mismo día en que había sido previamente atendido en una ciudad diferente.
- c. El servicio/tecnología en salud es prestado/suministrado en entidades territoriales específicas.
- d. Usuario debió ser trasladado de ciudad por nivel de complejidad de tratamiento.
- e. Error en el usuario al que se prescribió la primera tecnología en salud.
- f. Error en el usuario al que se prescribió la segunda tecnología en salud.
- g. La entidad no cuenta con la totalidad de los soportes que permita evidenciar que no existe una alerta sobre la prescripción recobrada.

En caso de seleccionar la opción "g", la EPS diligenciará en texto libre la respectiva justificación en la columna denominada "Justificación EPS".

b. La Institución Prestadora de Servicios de Salud donde se efectuó la prescripción o el profesional de salud (independiente)

La IPS o el profesional independiente deberá seleccionar en la columna denominada "Respuesta IPS", la opción "SI" o "NO" frente al siguiente interrogante:

¿Fue adelantada la prescripción al usuario relacionado, por el profesional de la salud, correspondiente al servicio/tecnología en salud para la fecha indicada?

- ✓ En caso de seleccionar la opción "SI", deberá diligenciar, si aplica, en texto libre alguna circunstancia especial respecto del usuario para la fecha indicada en la columna "Justificación IPS". En caso de no conocer alguna circunstancia especial respecto al usuario, mantendrá la columna "Justificación IPS" en blanco.

6. Alerta 6 – "Prescripciones de procedimientos cuya realización no puede darse en más de una ocasión y que fueron efectuadas a un mismo usuario, en más de una oportunidad" - Pestaña "A006"

La EPS deberá seleccionar en la columna denominada "Respuesta EPS", la opción "SI" o "NO" frente al siguiente interrogante:

¿El usuario tenía fue remitido a las IPS que generaron las prescripciones?

- ✓ En caso de seleccionar la opción "NO", deberá seleccionar alguna de las siguientes respuestas:

	PROCESO	PROCESO GESTIÓN DE RECOBROS/COBRO	Código:	
			Versión:	01
	GUIA	GUIA PARA DILIGENCIAR LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC	Fecha:	08 /09/2020

*La primera prescripción no fue adelantada por el profesional de la salud en la fecha indicada.
La segunda prescripción no fue adelantada por el profesional de la salud en la fecha indicada.*

- ✓ En caso de seleccionar la opción "SI", deberá seleccionar de la columna denominada "Respuesta 2º EPS" alguna de las siguientes respuestas:

- El servicio/procedimiento se puede prestar en más de una oportunidad.*
- El procedimiento/servicio prescrito en la primera oportunidad no fue efectivamente prestado.*
- El procedimiento/servicio prescrito en la segunda oportunidad no fue efectivamente prestado.*
- Usuario debido a una urgencia vital debió ser prescrito por el mismo procedimiento que se había adelantado previamente.*
- Usuario debido a una complicación producto del procedimiento debió volverlo a recibir.*
- Error en el usuario al que se prescribió el primer servicio/procedimiento en salud.*
- Error en el usuario al que se prescribió el segundo servicio/procedimiento en salud.*
- La entidad no cuenta con la totalidad de los soportes que permita evidenciar que no existe una alerta sobre la prescripción recobrada.*

En caso de seleccionar la opción "h", la EPS diligenciará en texto libre la respectiva justificación en la columna denominada "Justificación EPS".

7. Alerta 7 "Suministro de una tecnología cuya realización no puede darse en más de una ocasión, al mismo usuario, durante el mismo día" – Pestaña "A007"

La IPS, operador logístico de tecnologías en salud, gestor farmacéutico u otro proveedor de servicios y tecnologías en salud, según corresponda:

- ✓ Diligenciará en la columna denominada "1 Respuesta Proveedor/IPS", en formato numérico, la cantidad suministrada en relación con la unidad de medida correspondiente.
- ✓ Seleccionará en la columna denominada "2 Respuesta Proveedor/IPS", alguna de las siguientes opciones:
- Sólo se suministró una vez la tecnología.*
 - La tecnología se puede suministrar en más de una oportunidad en un mismo día.*
 - Usuario debido a una urgencia vital o condición clínica debió recibir suministro de la tecnología en salud en más de una oportunidad un mismo día.*
 - La tecnología fue suministrada en un mismo día con el fin de aplicación/consumo en días siguientes*
 - Error en la aplicación de la tecnología.*
 - No fue suministrada tal tecnología al usuario en la fecha señalada.*
 - La entidad no cuenta con la totalidad de los soportes que permita evidenciar que no existe una alerta sobre la prescripción recobrada.*

En caso de seleccionar la opción "g", la IPS, operador logístico de tecnologías en salud, gestor farmacéutico u otro proveedor de servicios y tecnologías en salud, según corresponda, diligenciará en texto libre la respectiva justificación en la columna denominada "Justificación IPS".

8. Alerta 8 "Prescripciones efectuadas por un mismo profesional de la salud, en un mismo día, en dos o más ciudades" – Pestaña "A008"

	PROCESO	PROCESO GESTIÓN DE RECOBROS/COBRO	Código:	
			Versión:	01
	GUIA	GUIA PARA DILIGENCIAR LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA DE AUDITORÍA POR ALERTAS DE LOS SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC	Fecha:	08 /09/2020

La Institución Prestadora de Servicios de Salud donde se efectuó la prescripción o el profesional de salud (independiente), según corresponda, seleccionará en la columna denominada "Respuesta IPS", la opción "SI" o "NO" frente al siguiente interrogante:

¿Para la fecha y hora de la prescripción, el profesional de la salud se encontraba prestando sus servicios en esa institución?

En caso de seleccionar la opción "SI", deberá diligenciar en texto libre alguna circunstancia especial respecto del profesional de la salud para la fecha indicada en la columna "Justificación IPS", si aplica. En caso de no conocer alguna circunstancia especial respecto del profesional de la salud para la fecha indicada, mantendrá la columna "Justificación IPS" en blanco.

9. Alerta 9 "Prescripciones efectuadas por un mismo profesional de la salud, durante el mismo día, en diferentes IPS con un intervalo de tiempo menor a una hora"- Pestaña "A009"

La Institución Prestadora de Servicios de Salud donde se efectuó la prescripción o el profesional de salud (independiente), según corresponda, seleccionará en la columna denominada "Respuesta IPS", la opción "SI" o "NO" frente al siguiente interrogante:

¿Fue adelantada la prescripción por el profesional de la salud en la fecha y hora indicadas?

En caso de seleccionar la opción "SI", deberá diligenciar en texto libre alguna circunstancia especial respecto del profesional de la salud para la fecha y hora indicadas en la columna "Justificación IPS", si aplica. En caso de no conocer alguna circunstancia especial respecto del profesional de la salud para la fecha y hora indicadas, mantendrá la columna "Justificación IPS" en blanco.