



Gestión para la afiliación a los planes de beneficio en salud

Breve descripción:

Este componente permite a los aprendices entender cómo gestionar la afiliación a los Planes de Beneficio en Salud (PBS), según procedimiento, usuario y régimen. Esto asegura cumplir con las normativas, brindar atención eficiente, adaptar el proceso a diferentes regímenes y mejorar la gestión administrativa.

Junio de 2025

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| 1. Los Planes de Beneficio en Salud (PBS) del sistema de salud colombiano..... | 3 |
| 2. Los regímenes de atención contributivo y subsidiado en salud en Colombia. | 8 |
| 2.1 Marco legal del sistema de salud colombiano..... | 12 |
| 2.2 Fuentes principales de financiamiento del sistema de salud colombiano .. | 14 |
| 3. Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) | 20 |
| 3.1 Afiliación colectiva al sistema de salud en Colombia..... | 21 |
| 3.2 Etapa de recolección de información en el proceso de afiliación colectiva | 23 |
| 3.3 Los pagos compartidos o copagos | 28 |
| 4. Las cuotas moderadoras | 31 |
| Síntesis | 33 |
| Material complementario..... | 35 |
| Glosario | 37 |
| Referencias bibliográficas | 38 |
| Créditos | 40 |

Introducción

Este componente formativo pretende que los aprendices del SENA desarrollen las competencias necesarias para gestionar de manera eficiente y efectiva la afiliación a los Planes de Beneficio en Salud (PBS), siguiendo los procedimientos establecidos por el sistema de salud colombiano. Esto implica comprender y aplicar correctamente los pasos requeridos, según el tipo de usuario (afiliado, beneficiario, empleador) y el régimen al que pertenezca (contributivo, subsidiado, especial). Además, busca que puedan identificar las diferentes etapas del proceso, asegurando que la afiliación se realice de forma oportuna y en cumplimiento con las normativas vigentes, para garantizar una atención adecuada a los usuarios.

Al adquirir estos conocimientos y habilidades, estarán mejor preparados para desempeñarse en roles administrativos o de gestión en instituciones de salud, contribuyendo a mejorar la calidad del servicio y promoviendo la protección social en salud. Este componente fomenta la responsabilidad y el compromiso con la correcta gestión del sistema de salud en Colombia.

Este enfoque integral busca fortalecer competencias que contribuyan a mejorar la experiencia del usuario y la eficiencia en la prestación de servicios de salud en Colombia.

Partiendo de lo anterior, se invita a que acceda al siguiente video, el cual relaciona la temática a tratar durante este componente formativo:

Video 1. Gestión para la afiliación a los planes de beneficio en salud

[Enlace de reproducción del video](#)

| Video 1. Síntesis del video: Fundamentos normativos de seguridad social |
|---|
| <p>Este componente formativo contiene los elementos necesarios para adelantar el proceso de afiliación y registro de novedades de usuarios a los Planes de Beneficio en Salud del sistema colombiano.</p> <p>Explica cómo se deben afiliar usuarios a los Planes de Beneficio en Salud (PBS), cómo debe ser la gestión eficiente y efectiva, entendiendo y cumpliendo los procedimientos establecidos para ese fin.</p> <p>Con el avance del componente, los aprendices desarrollarán habilidades para diferenciar distintos tipos de usuarios, así como de los regímenes existentes hoy en la legislación, en pro de asegurar una atención oportuna por el sistema de salud.</p> <p>Con este enfoque práctico, los aprendices en el rol administrativo institucional contribuirán de manera real en la aplicación eficaz y eficiente del proceso de atención de usuarios del sistema de salud en Colombia.</p> |

1. Los Planes de Beneficio en Salud (PBS) del sistema de salud colombiano

Son un conjunto de servicios, procedimientos, medicamentos y tecnologías médicas garantizados por la ley para todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Estos planes establecen qué atenciones médicas, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y tecnologías están cubiertos y bajo qué condiciones específicas aplican.

La finalidad principal de los PBS es asegurar que toda la población tenga acceso a una atención integral y de calidad, sin que esto implique costos excesivos o desproporcionados para los usuarios. Los planes están diseñados para cubrir las necesidades básicas y prioritarias en salud, promoviendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades, así como la protección social en salud.

Existen diferentes tipos de planes, según el régimen al que pertenezca el afiliado:

- **Contributivo:** dirigido a quienes tienen capacidad económica para pagar su cotización.
- **Subsidiado:** destinado a las personas en situación de vulnerabilidad o pobreza que no pueden costearse un plan completo.

Ambos buscan garantizar una cobertura efectiva y equitativa para todos los ciudadanos. Además, los PBS se actualizan periódicamente para incorporar nuevas tecnologías y avances médicos, asegurando que los pacientes tengan acceso a tratamientos innovadores cuando sean necesarios.

Antes de ser conocidos como Planes de Beneficios en Salud (PBS), en Colombia estos programas y esquemas relacionados con la protección en salud recibieron diferentes nombres y denominaciones a lo largo del tiempo, reflejando cambios en la estructura del sistema y en la legislación:

A. Planes Obligatorios de Salud (POS)

Durante las primeras etapas del sistema de salud colombiano, el concepto de cobertura en salud se refería principalmente a los Planes Obligatorios de Salud (POS), que eran los conjuntos específicos de servicios y medicamentos garantizados por la ley para los afiliados. El POS fue el término utilizado durante muchos años para describir los beneficios mínimos que debía ofrecer el sistema, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

Durante las primeras etapas del sistema de salud colombiano, el concepto de cobertura en salud se refería principalmente a los Planes Obligatorios de Salud (POS), que eran los conjuntos específicos de servicios y medicamentos garantizados por la ley para los afiliados. El POS fue el término utilizado durante muchos años para describir los beneficios mínimos que debía ofrecer el sistema, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

B. Planes de Beneficios en Salud (PBS)

Posteriormente, con la implementación de reformas legales y estructurales, especialmente con la Ley 100 de 1993, se introdujo el concepto de Planes de Beneficios en Salud (PBS) para unificar y ampliar la cobertura, diferenciándose del antiguo POS al incluir tecnologías médicas más avanzadas y una mayor protección social.

Durante las primeras etapas del sistema de salud colombiano, el concepto de cobertura en salud se refería principalmente a los Planes Obligatorios de Salud (POS), que eran los conjuntos específicos de servicios y medicamentos garantizados por la ley para los afiliados. El POS fue el término utilizado durante muchos años para describir los beneficios mínimos que debía ofrecer el sistema, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

C. Planes de Beneficios

En algunos documentos y contextos históricos también se utilizaba simplemente el término Cobertura en salud o Programas de atención en salud, pero el cambio formal hacia Planes de Beneficios representó una evolución conceptual que buscaba garantizar derechos más amplios y claros a los usuarios del sistema.

La regulación y supervisión de estos planes están a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de garantizar su cumplimiento y calidad. En el contexto social y legal actual, estos avances reflejan un compromiso del Estado con la protección social universal, promoviendo derechos fundamentales relacionados con la salud. La legislación colombiana ha evolucionado para fortalecer la protección del derecho a la salud, mediante reformas que amplían la cobertura y mejoran la calidad del servicio, promoviendo mayor equidad social y reduciendo desigualdades en el acceso a atención sanitaria.

Conformación del Plan de Beneficios en Salud (PBS)

El PBS en Colombia está diseñado para ofrecer una cobertura integral y estructurada que garantice el acceso a servicios de salud esenciales para todos los afiliados, promoviendo la protección social y la equidad. Su estructura se compone

principalmente de varios componentes que aseguran una atención completa y coordinada, de la siguiente manera:

A. Servicios de promoción y prevención

En primer lugar, incluye los servicios de promoción y prevención, que abarcan acciones destinadas a evitar la ocurrencia de enfermedades o detectar condiciones en etapas tempranas, como campañas de vacunación, controles de salud periódicos y programas educativos.

B. Servicios diagnósticos y terapéuticos

En segundo lugar, contempla los servicios diagnósticos y terapéuticos, que comprenden consultas médicas, exámenes, procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos y quirúrgicos necesarios para el diagnóstico y manejo de las diferentes condiciones de salud. Además, el PBS cubre los medicamentos esenciales y tecnologías médicas aprobadas por las autoridades sanitarias, garantizando su acceso cuando sean necesarios para el tratamiento de patologías específicas.

C. Rehabilitación y atención a la discapacidad

Otro componente importante es la rehabilitación y atención a la discapacidad, que busca mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan limitaciones funcionales derivadas de enfermedades o lesiones. También incluye los servicios de salud mental, reconocimiento cada vez mayor en la estructura del plan para atender trastornos psicológicos y psiquiátricos.

La conformación del PBS, está regulada por normativas que actualizan periódicamente su contenido para incorporar avances científicos y tecnológicos, asegurando así una atención moderna y efectiva.

El PBS está conformado por un conjunto organizado de servicios integrales, que abarcan desde acciones preventivas hasta tratamientos especializados, con el objetivo de garantizar una atención en salud oportuna, adecuada y equitativa para toda la población afiliada al sistema colombiano.

2. Los regímenes de atención contributivo y subsidiado en salud en Colombia

Desde la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en 1993, Colombia ha estructurado su sistema de atención en salud en torno a dos principales regímenes que buscan garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios médicos: el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Estos esquemas se complementan con otros mecanismos y programas especiales destinados a atender diferentes segmentos poblacionales y necesidades específicas.

El objetivo central del sistema es ofrecer protección social en salud, promoviendo la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado y la rehabilitación. Sin embargo, a lo largo de los años, estos regímenes han enfrentado múltiples desafíos relacionados con la cobertura, la calidad del servicio, la financiación y las desigualdades sociales. En el siguiente análisis, se profundiza en las características, funcionamiento, ventajas, desventajas y retos de cada uno de estos regímenes:

Régimen contributivo

Fue establecido para cubrir a las personas que tienen capacidad económica para pagar sus aportes al sistema de salud.

• Marco legal

La base legal principal está contenida en la Ley 100 de 1993 y sus reglamentos posteriores, que definen las obligaciones de cotización y los derechos asociados. Este régimen está dirigido principalmente a empleados formales del sector privado y público, independientes con ingresos superiores a un umbral definido por la ley,

pensionados y ciertos beneficiarios que cumplen con los requisitos económicos establecidos por el Estado.

Sus características principales son:

- **Afiliación**

La afiliación se realiza mediante una EPS (Entidad Promotora de Salud), que actúa como intermediaria entre el usuario y los prestadores de servicios.

- **Aportes**

Los cotizantes aportan un porcentaje fijo sobre sus ingresos mensuales (actualmente alrededor del 12.5 %), que incluye contribuciones tanto del empleador como del trabajador.

- **Cobertura**

El Plan de Beneficios en Salud (PBS,) cubre una amplia gama de servicios médicos, incluyendo atención primaria, especializada, hospitalaria, medicamentos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- **Beneficiarios**

Además del afiliado principal, pueden incluirse dependientes económicos como cónyuge e hijos menores o mayores con discapacidad.

- **Funcionamiento**

El sistema funciona de manera solidaria, donde las cotizaciones no solo cubren la atención de cada persona, sino también aspectos colectivos del sistema. La EPS se encarga de asignar o seleccionar a los prestadores autorizados para asegurar que los servicios se brinden de manera eficiente. La gestión incluye procesos como afiliarse,

autorizar servicios, pagar a los prestadores y hacer seguimiento a la calidad. La regulación dice que las EPS deben garantizar una cobertura completa, según lo establecido en el PBS. Entre las ventajas están que hay más acceso a tecnologías avanzadas y servicios especializados gracias a los recursos, una cobertura más completa para quienes tienen capacidad económica y mejores incentivos para mejorar la calidad del servicio por la competencia entre EPS. Sin embargo, también hay desafíos, como la desigualdad social, ya que no todos pueden cotizar, lo que puede generar exclusión o fragmentación; problemas con fraudes y evasión en los aportes; la fragmentación administrativa por la gran cantidad de EPS, que puede afectar la calidad y eficiencia; y las dificultades en zonas rurales, donde la distribución geográfica hace más difícil acceder a los servicios.

Régimen subsidiado

Forma parte fundamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Fue establecido con el objetivo de garantizar el acceso a servicios de salud a las poblaciones más vulnerables y en situación de pobreza, quienes no tienen la capacidad económica para realizar aportes al sistema contributivo. Desde su creación en la década de 1990, este régimen ha sido clave para promover la equidad en salud y reducir las desigualdades sociales.

• Marco legal y contexto histórico

El régimen subsidiado fue formalizado principalmente por la Ley 100 de 1993, que estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Posteriormente, diversas normativas complementarias han definido sus reglas específicas. Su finalidad es garantizar que toda persona sin recursos económicos suficientes tenga acceso a una

atención integral en salud sin costo directo para el usuario. La Constitución Política de Colombia (artículo 48), también establece el derecho fundamental a la protección social en salud para todos los ciudadanos.

El régimen ha evolucionado con reformas regulatorias que buscan ampliar su cobertura, mejorar la calidad del servicio y fortalecer la gestión pública.

Dentro de sus características principales se encuentran:

- **Población objetivo**

El régimen subsidiado está pensado para las personas que están en situación de pobreza o que tienen dificultades económicas. Para saber quiénes pueden acceder, las entidades locales usan programas sociales y registros administrativos.

- **Beneficiarios**

Los principales beneficiarios son quienes están en programas como Familias en Acción, personas que viven en zonas rurales o en barrios marginados, comunidades indígenas y afrodescendientes, personas desplazadas por conflictos armados, adultos mayores que no tienen recursos y personas con discapacidad que no pueden sostenerse por sí mismas.

- **Afiliación**

La afiliación se realiza a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), antes llamado Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA). Las entidades territoriales son responsables de identificar e inscribir a los beneficiarios mediante registros administrativos y programas sociales existentes. Una vez afiliados, estos

usuarios reciben un carné que acredita su condición como beneficiarios del régimen subsidiado.

- **Financiamiento**

El financiamiento del régimen subsidiado proviene principalmente del Estado colombiano mediante recursos fiscales nacionales y transferencias territoriales. La ley establece que el presupuesto destinado a este régimen debe ser suficiente para cubrir las necesidades básicas en salud de la población vulnerable.

- **Cobertura y plan de beneficios**

El PBS para el régimen subsidiado, es parecido al del régimen contributivo, pero ajustado a lo que el presupuesto puede cubrir. Incluye aspectos de atención primaria, como consultas médicas y vacunación; atención en hospitales, como cirugías y emergencias; servicios de diagnóstico, como exámenes clínicos y de imagen; medicamentos esenciales; y también, programas para prevenir enfermedades y promover la salud.

2.1 Marco legal del sistema de salud colombiano

El sistema de salud colombiano, ha sido objeto de múltiples reformas y debates desde su establecimiento en la década de 1990. La Ley 100 de 1993, marcó un hito al crear un sistema mixto que combina recursos públicos y privados, con el fin de garantizar el acceso universal a servicios de salud. Sin embargo, la sostenibilidad financiera del sistema ha sido uno de los principales desafíos a lo largo del tiempo.

El financiamiento es la columna vertebral que sostiene toda la estructura del sistema; sin recursos adecuados, no es posible garantizar la calidad, cobertura ni la

eficiencia en la prestación de servicios. Por ello, entender las diversas fuentes que alimentan financieramente al sistema es fundamental.

- **La Constitución Política de 1991 y los derechos sociales**

La Constitución Política de Colombia (artículo 48) establece que “toda persona tiene derecho a acceder a los servicios sociales necesarios para su bienestar” y que “el Estado promoverá las condiciones para el acceso a la seguridad social”. Esto sienta las bases constitucionales para un sistema que garantice derechos universales mediante mecanismos financieros adecuados.

- **Ley 100 de 1993: el pilar fundamental**

La Ley 100 es la base principal que organizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y en ella se establecieron ideas como la solidaridad, la subsidiaridad y la eficiencia.

En cuanto a lo financiero, la ley creó el Fondo de Solidaridad y Garantías (que ahora es ADRES), hizo que quienes tienen capacidad económica deban cotizar y estableció que hay dos regímenes: uno contributivo y otro subsidiado. Además, el Estado participa en la financiación usando recursos fiscales.

Después de la Ley 100, se hicieron otras reformas con leyes como la 1438 de 2011 y la 1753 de 2015, que buscaron mejorar cómo se financia el sistema para que sea más sostenible y justo. Además, hay regulaciones específicas, como el Decreto 806 de 1998, que se encarga de los detalles técnicos sobre las cotizaciones y otras resoluciones que establecen cómo se recaudan y distribuyen los recursos.

2.2 Fuentes principales de financiamiento del sistema de salud colombiano

El sistema de salud en Colombia, se financia con varias fuentes que trabajan juntas para que todo funcione bien, cubra a la gente y tenga buena calidad. Las principales son las cotizaciones o aportes del trabajo, los recursos del gobierno o presupuesto, aportes específicos del Estado, contribuciones privadas y otros mecanismos complementarios, además de algunos recursos innovadores. Cada una de estas fuentes tiene sus propias características y se tratarán a continuación, con más detalle:

Régimen contributivo

El régimen contributivo es la principal fuente de ingresos para financiar la atención en salud para la población con capacidad económica. Se basa en las cotizaciones que realizan los empleadores y los trabajadores formales e independientes.

Su funcionamiento y estructura se lleva a cabo de la siguiente manera:

- **Base de cotización**
- Se calcula sobre los ingresos mensuales del afiliado, que pueden ser declarados formalmente o estimados.
- **Porcentaje de aporte**

La ley establece un aporte total aproximado del 12.5 % sobre la base salarial, distribuido así:

Trabajador: aproximadamente el 4 %.

Empleador: aproximadamente el 8.5 %.

Este porcentaje puede variar ligeramente según cambios normativos o acuerdos sectoriales.

- **Recaudación y administración**

Las EPS son las encargadas de recoger los aportes, que se hacen automáticamente en la nómina y los empleadores deben enviar ese dinero a las EPS en los tiempos que dice la regulación. Es importante que el recaudo se maneje bien para que el sistema siga funcionando sin problemas y tenga liquidez.

La ventaja es que son una fuente de ingresos estable y predecible y que está directamente relacionada con el trabajo formal, lo que ayuda a tener un ingreso fijo y seguro. Pero también tiene sus desafíos: depende mucho del empleo formal, por lo que muchas personas que trabajan en la informalidad quedan fuera y hay riesgos de que algunos no paguen o evadan sus obligaciones. Además, es difícil ampliar la cobertura a quienes trabajan en sectores informales o que no tienen la capacidad de contribuir, lo que limita que más personas puedan acceder a estos beneficios.

- **Afiliación al régimen contributivo**

Hoy en día, para afiliarse a una EPS o EOC, hay que llenar un formulario físico que se entrega al Ministerio de Salud y Protección Social y tanto para inscribirse como para hacer cambios o traslados, se usa ese mismo formulario.

Su proceso se lleva a cabo en los siguientes casos:

- **Dependiente**

Si es dependiente, también el empleador debe firmar el formulario y elegir la EPS que prefiere y se lo comunica al jefe junto con los datos de la familia. Lo mismo pasa con los aprendices en etapa lectiva y productiva.

- **Pensionados**

En el caso de los pensionados, deben decirle a su fondo de pensiones a qué EPS quieren que les hagan las cotizaciones, ya sea la misma de antes o una diferente si deciden cambiarse, siempre que cumplan con los requisitos. El fondo se encarga de llenar el formulario y pagar la cotización mensual a la EPS elegida.

- **Independientes**

Los trabajadores independientes también deben inscribirse por su cuenta en la EPS que elijan, llenando el formulario correspondiente y haciendo los pagos mensuales, a través de la planilla integrada. Además, con el sistema de afiliación transaccional y el formulario electrónico que adopte el ministerio, la afiliación ahora puede hacerse directamente por el cotizante, registrándose en el sistema y usando el formulario digital.

Régimen subsidiado

Como ya se mencionó, para quienes no tienen capacidad económica para cotizar, existe un esquema subsidiado financiado principalmente con recursos públicos. La financiación proviene principalmente del presupuesto general de la nación, transferido

a través del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), hoy denominado Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Por parte del Estado, se aplican las siguientes acciones:

- **Participación estatal**

El Estado asume el costo por medio de transferencias directas a las EPS que prestan servicios a esta población vulnerable.

- **Recursos fiscales o presupuestales**

El Estado colombiano asigna recursos fiscales al sistema de salud mediante presupuestos nacionales y departamentales.

Igualmente, es importante mencionar que sus componentes principales son:

- **Transferencias nacionales**

Incluyen fondos destinados a programas específicos, subsidios y financiamiento estructural.

- **Presupuesto local**

Los municipios y departamentos también destinan recursos propios para financiar servicios básicos relacionados con salud pública, atención primaria y programas preventivos.

Estos recursos son fundamentales para garantizar la cobertura universal, especialmente para poblaciones vulnerables o en zonas rurales alejadas; aunque, como una limitante, se tiene que la asignación presupuestal puede ser insuficiente.

- **Afiliación de oficio al régimen subsidiado**

Es un instrumento que se crea a partir de lo establecido en el artículo 4 del Decreto 064 de 2020, el cual busca la afiliación de aquella población que se encuentre sin aseguramiento en salud en el SGSSS o con la novedad de terminación de la inscripción en una EPS y que no le ha sido aplicada la encuesta Sisbén. Dicha afiliación la puede realizar directamente la IPS, si entrase por una atención en salud o la entidad territorial si es focalizada por esta entidad, conforme a las siguientes reglas:

- **Cumple condiciones**

Cuando la persona reúna condiciones para pertenecer al régimen contributivo, la registrará en el Sistema Afiliación Transaccional y la inscribirá en una EPS de dicho régimen.

- **Sisbén I y II**

Cuando la persona declare que no cumple las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y se encuentre clasificado en los niveles I y II del Sisbén, la registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional y lo inscribirá en una EPS del Régimen Subsidiado en el respectivo municipio.

- **Encuesta Sisbén**

Cuando la persona declare que no cumple las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y que no le ha sido aplicada la encuesta Sisbén o que no pertenece a alguna población especial de las señaladas en el artículo 2.1.5.1 del presente decreto, la registrará en el Sistema de Afiliación Transaccional y la inscribirá en una EPS del régimen subsidiado

que opere en el municipio de domicilio. Cuando se trate de afiliados a los que no les ha sido aplicada la encuesta del Sisbén, la entidad territorial deberá gestionar de manera inmediata el trámite necesario para la aplicación de la encuesta Sisbén al afiliado.

- **Elección EPS**

Sin embargo, la persona podrá ejercer el derecho a la libre escogencia de EPS dentro de los noventa (90) días calendario contados a partir de la inscripción. (...)

Recurso electrónico

Para estos efectos de la afiliación, se puede realizar través de la página <https://www.miseguridadsocial.gov.co>, Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), para lo cual la IPS o la entidad territorial deben estar registradas para realizar los respectivos trámites mediante esta herramienta.

La afiliación será temporal, mientras la entidad territorial verifica en un plazo no mayor a cuatro (4) meses, una vez sea implementado el Sisbén metodología IV, si la persona acredita las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado.

3. Sistema de Afiliación Transaccional (SAT)

Es un portal creado con el propósito de facilitar a los ciudadanos la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los afiliados el reporte de sus novedades.

Como afiliado se tiene disponible la consulta del estado actual de la afiliación, el historial de inscripciones que se haya realizado a diferentes EPS, el reporte de traslado para el usuario y todo el grupo familiar, la inclusión y exclusión de beneficiarios, la actualización de datos complementarios y del documento de identidad, entre otras.

Por su parte, los empleadores, entidades e instituciones, pueden registrar el rol de:

- **Empleador persona jurídica.**
- **Empleador persona natural.**

Este sistema suele estar compuesto por varias funciones clave:

- **Registro de afiliados**

Permite registrar de manera formal y ordenada a las personas o entidades que desean unirse a un programa, servicio o plataforma. Esto incluye recopilar datos relevantes, verificar información y crear perfiles de afiliados.

- **Gestión de transacciones**

Cada afiliación, actualización o cancelación se realiza mediante transacciones que quedan registradas en el sistema. Esto asegura un

historial completo y transparente de todas las acciones relacionadas con los afiliados.

- **Seguridad y control**

El SAT implementa mecanismos para garantizar la integridad y confidencialidad de los datos, así como para evitar fraudes o errores en las transacciones.

- **Automatización y eficiencia**

Al automatizar procesos de afiliación y gestión, el sistema reduce errores humanos, acelera los procesos y mejora la experiencia tanto para los administradores como para los afiliados.

- **Reportes y análisis**

El sistema puede generar informes detallados sobre las afiliaciones, transacciones realizadas, tasas de retención, entre otros datos importantes para la toma de decisiones.

Este sistema es muy utilizado en diferentes ámbitos, como en programas de fidelización, plataformas de comercio electrónico, servicios de suscripción y en algunos casos, en sistemas gubernamentales o empresariales que requieren un control riguroso de afiliaciones y transacciones relacionadas.

El SAT es una herramienta que centraliza y automatiza la gestión de afiliaciones mediante transacciones, garantizando transparencia, seguridad y eficiencia en el proceso.

3.1 Afiliación colectiva al sistema de salud en Colombia

Es un proceso que permite a un grupo de personas, como empleados de una empresa, instituciones o comunidades, inscribirse de manera conjunta en el sistema de

seguridad social en salud. A continuación, se explica de manera amigable y detallada, cómo suele ser el procedimiento general:

- **Identificación del grupo o entidad responsable**

Generalmente, la afiliación colectiva la realiza la empresa, organización o entidad que actúa como responsable del grupo. Esta puede ser una empresa, una institución educativa, una organización sin ánimo de lucro, entre otras.

- **Recolección de información**

La entidad responsable debe recopilar los datos de todos los integrantes del grupo que van a afiliarse. Esto incluye nombres completos, documentos.

- **Verificación de la elegibilidad**

Se verifica que los afiliados cumplan con los requisitos para afiliarse, como no estar ya afiliados a otro sistema de salud o cumplir con las condiciones específicas según la categoría de afiliación (empleado, beneficiario, etc.).

- **Registro en el sistema**

La entidad responsable realiza el proceso de afiliación, a través de los canales establecidos por el sistema de salud en Colombia, que puede ser en línea, en las oficinas de las EPS o mediante plataformas autorizadas. En algunos casos, se puede hacer por medio de un formulario físico o digital.

- **Pago de aportes**

La afiliación colectiva implica que la entidad responsable asuma ciertos aportes económicos, que corresponden a la cotización del grupo. Estos

pagos se realizan periódicamente y deben cumplir con los porcentajes establecidos por la ley.

- **Confirmación y entrega de carné**

Una vez completados los pasos anteriores, se confirma la afiliación y se entregan los carnés o comprobantes de afiliación a cada beneficiario, quienes podrán acceder a los servicios de salud.

- **Seguimiento y actualización**

Es importante mantener actualizada la información y realizar los cambios necesarios en caso de novedades, como cambios en la nómina, incorporación de nuevos miembros o bajas.

Es importante destacar que el proceso puede variar ligeramente dependiendo de la EPS o del sistema particular que se utilice, pero en general, estos son los pasos básicos para la afiliación colectiva en Colombia.

3.2 Etapa de recolección de información en el proceso de afiliación colectiva

La recolección de información es súper importante para asegurarse de que todos los beneficiarios estén bien inscritos y puedan acceder a los servicios de salud sin problemas. Esto implica que la entidad responsable, como una empresa o institución, recopile todos los datos necesarios de las personas que van a estar en el sistema de salud, ya sea usando formularios físicos, digitales o plataformas en línea autorizadas por las EPS o el Ministerio de Salud. Es fundamental que la información sea precisa y completa para evitar errores en la afiliación y que la atención médica sea correcta. Los datos que suelen recopilar incluyen nombres completos, número de documento de identidad (como cédula o NIT), fecha de nacimiento, sexo, dirección de residencia,

estado civil, información de contacto (teléfono y correo), datos laborales (cargo, salario, tipo de contrato) y otros detalles adicionales como grupo sanguíneo, antecedentes médicos o condiciones especiales que requieran atención particular.

¿Cómo se realiza la recolección?

Mediante los siguientes procesos:

- **Bases de datos**

En algunos casos, se puede acceder a información previa si la persona ya está registrada en otros sistemas, siempre y cuando se tenga autorización y se garantice la protección de datos personales.

- **Formularios digitales**

A través de plataformas en línea, portales web o aplicaciones móviles, donde los beneficiarios o responsables ingresan la información directamente.

- **Formularios físicos**

En oficinas o sedes de la entidad responsable, llenando formularios en papel que luego se ingresan en el sistema.

Es fundamental que la información sea correcta y esté actualizada para evitar problemas futuros, como errores en la atención médica, dificultades en la comunicación, o en la gestión administrativa. Además, la protección de los datos personales debe cumplirse en todo momento, siguiendo las normativas vigentes en protección de datos en Colombia.

Gastos derivados de los planes de beneficio

Los costos asociados a la prestación de los servicios y beneficios que reciben los afiliados en el sistema de salud, son los gastos que las EPS y las instituciones de salud deben cubrir para poder brindar atención. Estos gastos se dividen en varias categorías principales:

- **Atención médica y hospitalaria**

Incluye consultas, cirugías, hospitalizaciones, emergencias y cuidados intensivos.

- **Medicamentos e insumos**

Medicinas, vacunas y materiales médicos necesarios para el tratamiento.

- **Procedimientos diagnósticos**

Abarcan exámenes de laboratorio, radiografías, resonancias y tomografías.

- **Servicios de rehabilitación y terapias**

Fisioterapia, terapia ocupacional y psicológica.

- **Gastos administrativos**

Son los costos relacionados con la gestión, administración y operación del sistema, incluyendo la gestión de afiliaciones, autorizaciones y pagos.

¿Qué impacto tienen estos gastos?

El volumen y la gestión eficiente de estos gastos son fundamentales para mantener la sostenibilidad del sistema de salud. Un aumento en los costos puede afectar la calidad y la disponibilidad de los servicios, por lo que es importante que las EPS y las instituciones de salud gestionen estos recursos de manera responsable y transparente.

Conocer los gastos derivados de los planes de beneficio, ayuda a entender cómo funciona el sistema, cómo se financian los servicios y la importancia de la gestión eficiente para garantizar la cobertura y calidad en la atención a los afiliados.

Al respecto, es importante tener en cuenta los siguientes valores:

1. Unidad de Pago por Capitación (UPC)

Es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado.

2. UPC-Subsidiada (UPC-S)

Es el valor reconocido para cubrir el POS subsidiado y también es referida como UPC plena o subsidio pleno. Ese valor es definido actualmente por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y hoy en día, el Acuerdo 19 de 2010 es el acuerdo vigente en esta materia.

El valor de la UPC-S plena está determinado por el artículo 7° del mencionado Acuerdo 19, que establece a la letra:

“Fijar el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) para el año 2011 en la suma anual de trescientos dos mil cuarenta pesos moneda corriente \$302.040.00 equivalente a un valor diario de OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$839,00).”

3. UPC adicional

Es una prima o valor adicional reconocido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES) a diversas zonas geográficas por concepto de dispersión geográfica. Es decir, un valor aplicable para las áreas de algunos departamentos en los cuales hay una menor densidad poblacional, que a su vez puede representar un mayor gasto por los sobre costos de atención en salud derivados entre otros del transporte de pacientes.

El artículo 10 del Acuerdo 19 de 2010 reconoce la UPC adicional en los siguientes términos:

“Reconocer para el 2011, una prima adicional del 11,47 % a la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) de los Departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y de la región de Urabá. Se exceptúan de este valor las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S).”

4. La UPC-S diferencial

Con posterioridad a la creación de prima adicional para las zonas geográficas por dispersión geográfica, explicado en el numeral anterior, surge otro tipo de prima adicional llamada diferencial aplicable para las zonas geográficas que presenten mayor siniestralidad, respecto del resto de municipios del país. Se aplica por zona geográfica a los municipios conurbados; es decir, aquellos próximos a centros urbanos.

3.3 Los pagos compartidos o copagos

Es un aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio que se pide, con el fin de ayudar a financiar el sistema y lo pagan los afiliados beneficiarios tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Todos los servicios y tecnologías en salud que se brinden en el SGSSS tienen copagos, excepto los servicios que llevan cuotas moderadoras o los que están exceptuados, como algunos tratamientos odontológicos, terapias y otros servicios complementarios que puedes consultar en la herramienta MIPRES.

Servicios exceptuados de cobro de copagos

En el régimen subsidiado, están cubiertos los niños durante su primer año de vida, las complicaciones que puedan surgir por el parto y la población del nivel 1 del Sisbén. También incluyen varias poblaciones especiales que se identifican mediante un listado censal, como niños, adolescentes y jóvenes que están en proceso de restablecimiento de derechos o bajo responsabilidad del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), menores que han sido desvinculados del conflicto armado y están protegidos por la entidad, población infantil vulnerable en instituciones diferentes al ICBF, adultos mayores con pocos recursos y en situación de abandono en centros de protección, comunidades indígenas, personas privadas de la libertad a cargo de las entidades territoriales que tienen pocos recursos y son inimputables por trastorno mental, personas en situación de calle y adultos entre 18 y 60 años con discapacidad, en condición de pobreza y abandono en centros de protección. Además, otras poblaciones especiales y afiliados de oficio al régimen subsidiado que no tengan encuesta del Sisbén solo podrán ser exceptuados si permanecen en nivel I.

Regímenes subsidiado y contributivo

En este tipo de regímenes, están contemplados las siguientes excepciones:

- Atención en el servicio de urgencias para los pacientes clasificados en las categorías de triage I, II, y III.
- Eventos y servicios de alto costo: trasplantes (renal, corazón, hígado, médula ósea, páncreas, pulmón, intestino, multivisceral y córnea).
- Atención integral de la insuficiencia renal.
- Atención integral manejo quirúrgico de enfermedades cardíacas, aorta, vena cava, vasos pulmonares y renales, hemodinamia y hospitalización en casos de infarto agudo de miocardio.
- Atención integral manejo quirúrgico del sistema nerviosos central, plastias de cráneo y su rehabilitación; casos de trauma que afectan columna vertebral y o canal raquídeo con daño o probable daño de médula.
- Atención integral corrección quirúrgica de la hernia de núcleo pulposo, incluyendo la rehabilitación.
- Atención integral para los reemplazos articulares.
- Eventos y atención integral para los reemplazos articulares.
- Atención integral del gran quemado, incluyendo cirugía plástica, internación y rehabilitación.
- Atención integral del trauma mayor (lesión o lesiones graves provocadas por violencia exterior que requiere realización procedimientos o intervenciones terapéuticas múltiples y se efectúe en servicio de alta complejidad).

- Atención integral para manejo de VIH/SIDA.
- Atención integral de pacientes con cáncer Atención integral para manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- Atención integral para manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.
- Atención integral para el manejo de enfermedades huérfanas (pacientes inscritos en el registro nacional de enfermedades huérfanas).

4. Las cuotas moderadoras

Son un aporte en dinero que corresponden al valor que deben cancelar los afiliados cotizantes y sus beneficiarios del régimen contributivo por la utilización de los servicios de salud, con el objetivo de racionalizar y estimular el buen uso de estos.

Algunos servicios que deben pagar cuotas moderadoras son:

- Las consultas externas.
- Los medicamentos para tratamientos ambulatorios.
- Los exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico y por imagenología como radiologías y ecografías.
- La atención en el servicio de urgencias en las categorías de triage IV y V.

Estos son algunos de los servicios que se ofrecen para atender diferentes necesidades de salud.

Servicios exceptuados de cobro de cuotas moderadoras

Son exentos si hacen parte de alguno de los siguientes casos:

- Los afiliados en el régimen subsidiado, en todos los servicios que requieran.
- Los afiliados en el régimen contributivo, que deban someterse a prescripciones regulares en los siguientes diagnósticos con sus tratamientos integrales:
 - Atención de pacientes con diabetes mellitus tipo I y II.
 - Atención de pacientes con hipertensión arterial.

- Atención del paciente trasplantado.
- Atención de pacientes con enfermedades huérfanas y ultra huérfanas.
- Alteraciones nutricionales en personas menores de 5 años (anemia o desnutrición aguda).
- Atención de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

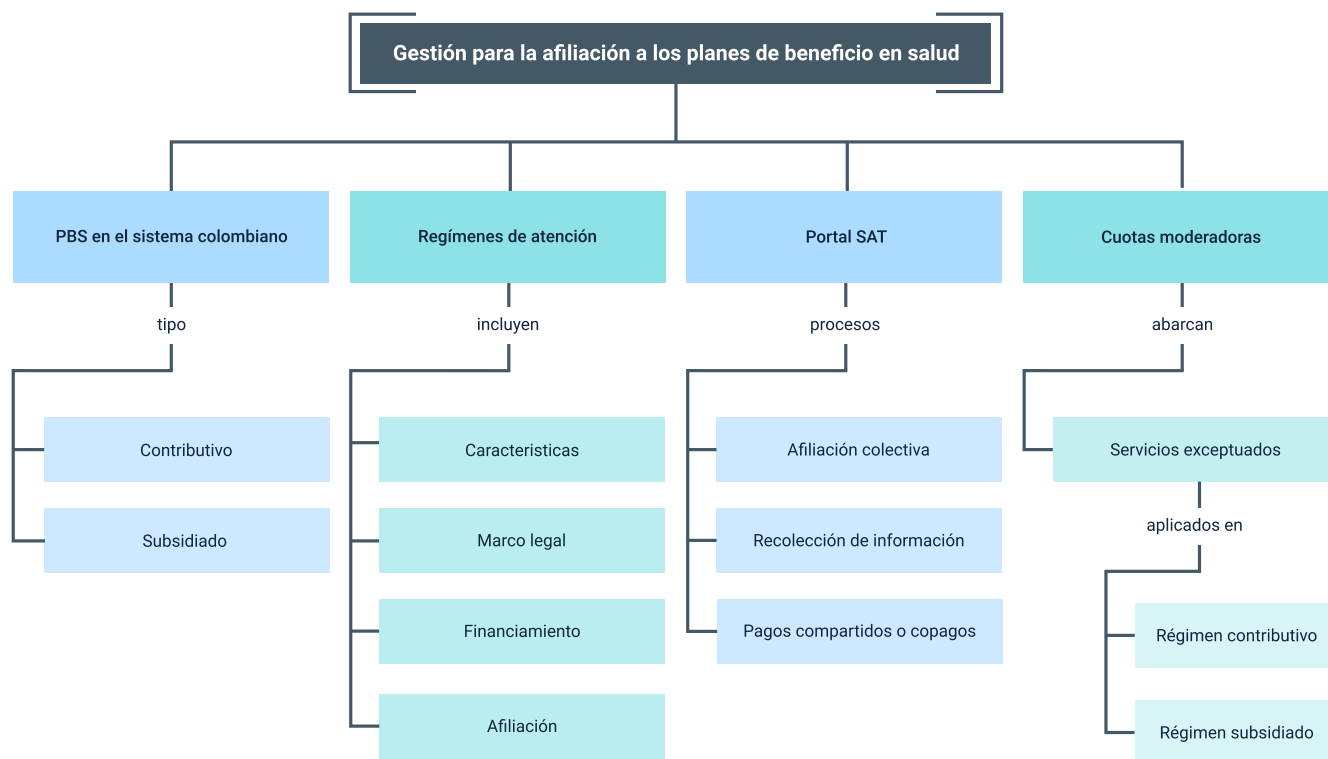
Síntesis

El Plan de Beneficios en Salud (PBS) garantiza el acceso a servicios médicos, medicamentos y tecnologías para todos los afiliados. Se estructura en componentes como promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención en salud mental, y se adapta al régimen del usuario.

El régimen contributivo está dirigido a personas con capacidad de pago, financiado con aportes de empleadores y trabajadores. Por otro lado, el régimen subsidiado cubre a personas vulnerables sin capacidad económica, financiado por el Estado a través del ADRES. Ambos regímenes buscan garantizar el derecho a la salud de manera equitativa.

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) representa el valor anual por afiliado para cubrir el PBS y puede variar según ubicación o riesgo. El documento también aborda la afiliación colectiva, el uso del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT) para inscripciones y novedades, y la importancia de la recolección precisa de datos.

Los copagos y cuotas moderadoras, son aportes económicos aplicables en ciertos servicios, con exenciones para grupos vulnerables. Este enfoque integral permite formar personal competente en la gestión administrativa del sistema de salud colombiano.



Material complementario

| Tema | Referencia | Tipo de material | Enlace del recurso |
|--|---|------------------|---|
| 2. Los regímenes de atención contributivo y subsidiado en salud en Colombia. | Superintendencia Nacional de Salud. (2018). Cómo realizar un traslado de EPS a través de miseguridadsocial.gov.co . [Video]. YouTube. | Video. | https://www.youtube.com/watch?v=8JH76MYWtvM&t=109s |
| 2. Los regímenes de atención contributivo y subsidiado en salud en Colombia. | Desarrollo-SAT MinSalud. (2020). Inclusión de beneficiario. [Video]. YouTube. | Video. | https://www.youtube.com/watch?v=KUioHBNxZ_Y&t=2s |
| 3. Sistema de Afiliación Transaccional (SAT). | Desarrollo-SAT MinSalud. (2020). Actualización datos complementarios. [Video]. YouTube. | Video. | https://www.youtube.com/watch?v=zSDVh6TxiG4 |

| Tema | Referencia | Tipo de material | Enlace del recurso |
|---|--|------------------|---|
| 3.2. Etapa de recolección de información en el proceso de afiliación colectiva. | ADRES Colombia. (2024). ¿Qué es UPC? [Video]. YouTube. | Video. | https://www.youtube.com/watch?v=wq19zo6l4Q8 |

Glosario

Afiliación: es la inscripción al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y en ese trámite se asigna la EPS correspondiente.

Aporte: es el pago que hace de manera mensual cada persona y los empleadores con motivo del aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Datos complementarios: hace referencia a otros datos de identificación relacionados con asuntos sociodemográficos.

Inscripción a la EPS: es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una EPS, a través de la cual recibirá la cobertura en salud.

Movilidad: es la posibilidad que tiene la persona de cambiar de régimen de afiliación dentro del sistema.

Novedades: son los cambios que presente el afiliado en términos de afiliación, como, por ejemplo, variación en los ingresos, inclusión de beneficiarios, traslados de domicilio, etc.

Usuario: son todas las personas que hicieron afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Referencias bibliográficas

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Acuerdo 19 de 2010. Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2011.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Acuerdo%20019%20de%202010.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Decreto 064 de 2020. Por el cual se modifican artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.2.1 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 201 en relación con los afiliados régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-64-de-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Decreto No. 1652 de 2022. Determinación del régimen aplicable al cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/copagos-cuotas-moderadoras-2022-decreto-1652-2022.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Aseguramiento en salud.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Contenidos/aseguramiento-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). ¿Qué es mi Seguridad Social?.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/afiliacion-transaccional-sat.aspx>

Secretaría del Senado. (1991). Constitución Política de Colombia.

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Secretaría del Senado. (1993). Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Créditos

| Nombre | Cargo | Regional y Centro de Formación |
|-------------------------------------|---|---|
| Milady Tatiana Villamil Castellanos | Responsable Ecosistema de Recursos Educativos Digitales (RED) | Dirección General |
| Diana Rocio Possos Beltrán | Responsable de línea de producción | Centro de Comercio y Servicios - Regional Tolima |
| Christian Llano Villegas | Experto temático | Centro de formación en Diseño, Confección y Moda - Regional Antioquia |
| Andrés Felipe Velandia Espitia | Evaluador instruccional | Centro de Comercio y Servicios - Regional Tolima |
| Oscar Iván Uribe Ortiz | Diseñador web | Centro de Comercio y Servicios - Regional Tolima |
| Lina Marcela Manchego | Diseñador web | Centro de Comercio y Servicios - Regional Tolima |
| Diego Fernando Velasco Güiza | Desarrollador full stack | Centro de Comercio y Servicios - Regional Tolima |
| Veimar Celis Meléndez | Desarrollador full stack | Centro de Comercio y Servicios - Regional Tolima |
| Gilberto Junior Rodríguez Rodríguez | Animador y productor audiovisual | Centro de Comercio y Servicios - Regional Tolima |

| Nombre | Cargo | Regional y Centro de Formación |
|------------------------------|---|--|
| Norma Constanza Morales Cruz | Evaluadora de contenidos inclusivos y accesibles | Centro de Comercio y Servicios - Regional Tolima |
| Javier Mauricio Oviedo | Validador y vinculator de recursos educativos digitales | Centro de Comercio y Servicios - Regional Tolima |