

## GLOSARIO

**UPC:** Es el aporte que EPS S.O.S recibe por afiliado de parte del estado, para que nuestra EPS pueda ofrecerle todos los servicios de salud con los que cuenta en el Plan de Beneficios en Salud, a través de la IPS.

**UPC ADICIONAL:** Es el valor que el cotizante debe pagar por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC), por cada uno de los beneficiarios adicionales que tenga inscritos en la afiliación al Plan de Beneficios en Salud, que no hagan parte de su grupo familiar básico.

**ATENCIÓN AMBULATORIA:** Son las actividades, procedimientos o intervenciones que se realizan sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.

**ATENCIÓN HOSPITALARIA:** Son las intervenciones que exigen estar hospitalizado en una clínica u hospital por más de 24 horas.

**ATENCIÓN PRIORITARIA:** Es la atención que recibe el usuario enfermo en la que su vida no corre peligro, pero no puede esperar hasta una cita programada.

**BENEFICIARIO:** Persona que depende económicamente del cotizante.

**AFILIADO ADICIONAL:** Es la persona que, por no cumplir los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el régimen contributivo, conforme a lo previsto en el decreto 780 del 2016, se inscribe en el núcleo familiar de un afiliado cotizante mediante el pago de una UPC adicional.

**RÉGIMEN SUBSIDIADO:** Clasificación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de los individuos y su núcleo familiar, que reciben los servicios gracias a una vinculación subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad.

**RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:** Clasificación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de los individuos y su núcleo familiar, que tienen capacidad de pago de los servicios, como son los trabajadores formales e independientes y los pensionados.

**PORTABILIDAD:** Es la garantía de la accesibilidad a los servicios de salud en cualquier municipio del territorio nacional, para todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud que emigre del municipio domicilio de afiliación o de aquel donde habitualmente recibe los servicios de salud.

**MOVILIDAD ENTRE RÉGIMENES:** La movilidad entre regímenes es el derecho que tienen los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, focalizados en los niveles I y II del Sisbén y las poblaciones especiales de que tratan los numerales 7, 8, 10, 11 y 12 del Artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 del 2016, que los faculta para migrar del Régimen Subsidiado al Régimen Contributivo y viceversa, con todo su núcleo familiar, siempre y cuando cumplan con las condiciones para ésta. Para

continuar con el servicio, el usuario deberá realizar un nuevo formulario único, de acuerdo con la Resolución 974 de 2016.

**TRASLADO DE EPS:** Es el proceso que se efectúa cuando el afiliado desea cambiar de Entidad Promotora de Salud (EPS). Entra en vigor el primer día del mes siguiente a la radicación del traslado, cuando éste se realice dentro de los cinco (5) primeros días del mes, en caso contrario se hará efectivo a partir del primer día calendario del mes Subsiguiente, por lo tanto, la EPS de la cual se retira el afiliado tendrá a su cargo la prestación de los servicios hasta el día anterior a aquel en que se haga efectivo el traslado. Una vez efectuado el cambio los afiliados tendrán la cobertura integral en salud.

**CIRUGÍA PROGRAMADA O ELECTIVA:** Es la cirugía que un médico programa, pero no necesita realizarse de manera inmediata.

**COTIZANTES:** Son las personas que hacen aportes como trabajadores dependientes o trabajadores independientes o pensionados - jubilados.

**COPAGO:** Es el aporte del usuario (beneficiario) que corresponde a una parte del servicio solicitado y tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema de salud.

**CUOTA MODERADORA:** Es el aporte del usuario (cotizante o beneficiario) que regula la utilización de los servicios de salud y estimula su buen uso, promoviendo así, la inscripción en los programas de atención integral de las IPS.

**DEMANDA INDUCIDA:** Son todas las acciones que, como EPS, hacemos para organizar, incentivar y orientar a nuestros afiliados para que utilicen nuestros servicios de Promoción y Prevención y para que se vinculen a los programas que desarrollamos pensando en su salud.

**ENFERMEDAD DE ALTO COSTO:** Son aquellos que representan una alta complejidad técnica en su manejo, costos elevados y baja ocurrencia.

**MEDICAMENTO GÉNERICO:** Son los que se prescriben en denominación común internacional establecida por la Organización Mundial de la Salud, que tienen por nombre su composición y no una marca definida por un laboratorio.

**PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD:** Actividades, procedimientos e intervenciones que se hacen a las personas y sus familias, con el fin de actuar sobre factores de riesgo o condiciones específicas presentes en los individuos en el ámbito familiar, la comunidad o el medio ambiente, que genera la aparición de enfermedades.

**PROMOCIÓN DE LA SALUD:** Son aquellas actividades que buscan que el usuario incorpore en su vida prácticas saludables para mantener o mejorar su estado de salud. Algunas de estas actividades son la educación individual que realizan los profesionales de salud en el momento de la consulta, y los materiales educativos que se entregan o se publican en diferentes medios de comunicación. Un ejemplo

de esto son las charlas sobre actividad física, alimentación saludable y prevención de enfermedades que realizan las IPS.

**LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN:** Son todas aquellas actividades que tienen como objetivo evitar que se desarrollen problemas de salud a través de la protección frente a un riesgo específico o buscar y detectar tempranamente alteraciones o enfermedades a fin de poderlas controlar a tiempo. Las actividades preventivas que realiza la EPS están normadas por lineamientos establecidos desde el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

**ADRES:** Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**MIPRES:** Herramienta tecnológica creada por el Ministerio de Salud y Protección Social para profesionales de la salud, con el objetivo de que puedan prescribir servicios y tecnologías que no estén incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

**AFILIADO:** Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

**AUTOCUIDADO O CUIDADO PERSONAL:** Es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.

**COBERTURA:** Todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

**INSCRIPCIÓN A LA EPS:** Es la manifestación de voluntad libre y espontánea del afiliado de vincularse a una Entidad Promotora de Salud a través de la cual recibirá la cobertura en salud. Libre escogencia: la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio y también la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores.

**NOVEDADES:** Son los cambios que afectan el estado de la afiliación, la condición del afiliado, la pertenencia a un régimen o la inscripción a una EPS y las actualizaciones de los datos de los aliados.

**PLAN DE BENEFICIOS:** Es el conjunto de tecnologías en salud a que tienes derecho los aliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud definido conforme a la normativa vigente, al cual será modificado y tendrá el alcance que se determine

en la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en desarrollo de lo establecido en la Resolución 3512 de 2019.

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

**TECNOLOGÍA DE SALUD:** Son los medicamentos, dispositivos médicos implantables o no implantables y procedimientos que están directamente relacionados con el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico de la salud.

**ATENCIÓN DE URGENCIAS:** Modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presentan una alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa.

**DERECHO FUNDAMENTAL A MORIR CON DIGNIDAD:** Facultades que le permiten a la persona vivir con dignidad el final de su ciclo vital, permitiéndole tomar decisiones sobre cómo enfrentar el momento de muerte. Este derecho no se limita solamente a la muerte anticipada o eutanasia, sino que comprende el cuidado integral del proceso de muerte, incluyendo el cuidado paliativo.

**CUIDADO PALIATIVO:** Cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, enfermedad incurable avanzada, degenerativa e irreversible, donde el control del dolor y otros síntomas, requieren atención integral a los elementos físicos, psicológicos, emocionales, sociales y espirituales, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia.

**ADECUACIÓN DE LOS ESFUERZOS TERAPÉUTICOS (AET):** Ajuste de los tratamientos y objetivos de cuidado a la situación clínica de la persona, en los casos en que esta padece una enfermedad incurable avanzada, degenerativa o irreversible o enfermedad terminal, cuando estos no cumplen con los principios de proporcionalidad terapéutica o no sirven al mejor interés de la persona y no representan una vida digna para ésta.

**La AET:** Supone el retiro o no instauración de actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, procedimientos o tratamientos, donde la continuidad de estos pudiera generar daño y sufrimiento, o resultar desproporcionados entre los fines y medios terapéuticos.

**EUTANASIA:** Procedimiento médico en el cual se induce activamente la muerte de forma anticipada a una persona con una enfermedad terminal que le genera sufrimiento, tras la solicitud voluntaria, informada e inequívoca de la persona. La

manifestación de la voluntad puede estar expresada en un documento de voluntad anticipada de la misma.

**ENFERMEDAD INCURABLE AVANZADA:** Aquella enfermedad cuyo curso es progresivo y gradual, con diversos grados de afectación, tiene respuesta variable a los tratamientos específicos y evolucionará hacia la muerte a mediano plazo.

**ENFERMEDAD TERMINAL:** Enfermedad médicamente comprobada avanzada, progresiva e incontrolable, que se caracteriza por la ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento, por la generación de sufrimiento psicofísico a pesar de haber recibido el mejor tratamiento disponible y cuyo pronóstico de vida es inferior a seis (6) meses.

**AGONÍA:** Situación que precede a la muerte cuando se produce de forma gradual y en la que existe deterioro físico, debilidad extrema, pérdida de capacidad cognoscitiva, conciencia, capacidad de ingesta de alimentos y pronóstico de vida de horas o de días.

**AFILIADO CABEZA DE FAMILIA:** Es la persona que pertenece al régimen subsidiado responsable de realizar su afiliación y la de su núcleo familiar, según lo previsto en el decreto 780 del 2016, así como el registro de las novedades correspondientes.