I.- Datos Generales

Código	Título
EC0666	Tutela los derechos del afiliado al Sistema de Protección Social en Salud

Propósito del Estándar de Competencia

Servir como referente para la evaluación y certificación de las personas que realizan la validación, gestión y evaluación de la atención otorgada por el prestador de servicios de salud.

Asimismo, puede ser referente para el desarrollo de programas de capacitación y de formación basados en Estándares de Competencia (EC).

El presente EC se refiere únicamente a funciones para cuya realización no se requiere por disposición legal, la posesión de un título profesional. Por lo que para certificarse en este EC no deberá ser requisito el poseer dicho documento académico.

Descripción general del Estándar de Competencia

Este estándar expresa la competencia que una persona realiza para gestionar el cumplimiento de los derechos del afiliado al Sistema de Protección Social en Salud, conforme a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Desde que atiende al afiliado identificando su requerimiento, validando la cobertura, gestionando el requerimiento y evaluando las acciones de gestión realizadas para la conclusión de la atención.

El presente EC se fundamenta en criterios rectores de legalidad, competitividad, libre acceso, respeto, trabajo digno y responsabilidad social.

Nivel en el Sistema Nacional de Competencias: Tres

Desempeña actividades tanto programadas, rutinarias como impredecibles. Recibe orientaciones generales e instrucciones específicas de un superior. Requiere supervisar y orientar a otros trabajadores jerárquicamente subordinados.

Comité de Gestión por Competencias que lo desarrolló
Administración Pública del Gobierno del Estado de Chiapas

Fecha de aprobación por el Comité Técnico del CONOCER:	Fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación:
9 de noviembre de 2015	16 de diciembre de 2015

Periodo sugerido de revisión/ actualización del EC:
4 años

Ocupaciones relacionadas con este EC de acuerdo con el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO)

Grupo unitario
2412 Médicos generales y familiares
Ocupaciones asociadas
Médico general y familiar

Ocupaciones no contenidas en el Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones y reconocidas en el Sector para este EC

Empleados y trabajadores de módulos de gestoría, odontólogos, trabajadores sociales y psicólogos en establecimientos de salud.

Clasificación según el sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN)

Sector:

54 Servicios profesionales, científicos y técnicos

Subsector:

541 Servicios profesionales, científicos y técnicos

Rama:

5419 Otros servicios profesionales, científicos y técnicos

Subrama:

54199 Otros servicios profesionales, científicos y técnicos

Clase:

541990 Otros servicios profesionales, científicos y técnicos

El presente EC, una vez publicado en el Diario Oficial de la Federación, se integrará en el Registro Nacional de Estándares de Competencia que opera el CONOCER a fin de facilitar su uso y consulta gratuita.

Organizaciones participantes en el desarrollo del Estándar de Competencia

- Instituto de Profesionalización del Servidor Público del Estado de Chiapas
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- Regímenes Estatales de Protección Social en Salud de las entidades federativas: Aguascalientes, Chiapas, Guanajuato, Michoacán, Nayarit, Sinaloa y Tabasco.

Relación con otros estándares de competencia

Estándares relacionados

- EC0105. Atención al ciudadano en el sector público
- EC0305. Prestación de servicios de atención a clientes.

Aspectos relevantes de la evaluación

Detalles de la práctica:	• El desarrollo de la evaluación de este EC se puede llevar a cabo en situación simulada. • Para este EC no aplican evidencias históricas. • Los tiempos estimados de la evaluación es considerando la situación de evaluación simulada.
Apoyos/Requerimientos:	• Persona afiliada, equipo de cómputo, material de oficina, información y formatos en archivos físicos/electrónicos.

Duración estimada de la evaluación

- 1 hora en gabinete y 2 horas en campo, totalizando 3 horas

II.- Perfil del Estándar de Competencia

Estándar de Competencia
Tutela los derechos del afiliado al Sistema de Protección Social en Salud.

Elemento 1 de 3
Validar la solicitud del servicio requerido por el afiliado

Elemento 2 de 3
Gestionar la atención a las necesidades del afiliado ante los servicios de salud.

Elemento 3 de 3
Evaluar las gestiones realizadas para la retroalimentación.

III.- Elementos que conforman el Estándar de Competencia

Referencia	Código	Título
1 de 3	E2104	Validar la solicitud del servicio requerido por el afiliado

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La persona es competente cuando demuestra los siguientes:

DESEMPEÑOS

1. Se presenta ante el afiliado:
   - Portando el uniforme institucional vigente,
   - Saludando amablemente, de acuerdo con el protocolo vigente en la institución.
2. Verifica la validez de los documentos presentados por el afiliado:
   - Verificando la vigencia de la póliza,
   - Corroborando si el nombre del afiliado de la póliza corresponde con el de la identificación mostrada,
   - Corroborando si el número de póliza asentado en la información/soporte documental de su requerimiento corresponde con el de la póliza presentada, y
   - Corroborando si el nombre del afiliado asentado en la información/soporte documental de su requerimiento corresponde con el de la póliza presentada.
3. Corrobora que el servicio solicitado por el afiliado corresponda con las carteras de servicios vigentes:
   - Preguntando el motivo por el que acude,
   - Verificando que la información/soporte documental de su requerimiento corresponda con la expresada, y
   - Mencionándole si su requerimiento se encuentra con cobertura dentro de las carteras de servicios vigentes, y aclarando las dudas expresadas.

La persona es competente cuando obtiene los siguientes:

PRODUCTOS

1. El documento de registro de atención elaborado:
   - Se encuentra en el formato institucional vigente,
   - Especifica la unidad prestadora de servicio de atención médica, del responsable de la gestión,
   - Contiene el número de póliza y número de integrante del afiliado atendido,
   - Contiene fecha y lugar de elaboración,
   - Especifica el requerimiento del afiliado y corresponde con el documento presentado por el afiliado/representante del afiliado, y
   - Contiene el nombre(s) y apellido(s), de la persona que genera el documento.

La persona es competente cuando posee los siguientes:

CONOCIMIENTOS	NIVEL
1. Integrantes de la Red Prestadora de Servicios del Sistema de Protección Social en Salud vigente.	Conocimiento
2. Requisitos de afiliación y re-afiliación referidos en el manual de operación.	Conocimiento

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

RESPUESTAS ANTE SITUACIONES EMERGENTES

Situación emergente

1. El afiliado se presenta en estado crítico de salud sin póliza/con póliza de afiliación al Seguro Popular con vigencia vencida.

Respuestas esperadas

1. Continuar con la atención de salud requerida, posteriormente se promueve la afiliación, re-afiliación o actualización (incidencia) de la póliza, regularizando su vigencia.

Situación emergente

2. La atención de un afiliado en situación de crisis o fuera de control.

Respuestas esperadas

2. Mantener la calma y compostura, dar contención al afiliado y normalizar la situación solicitando la ayuda externa requerida en caso de ser necesario.

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

ACTITUDES/HÁBITOS/VALORES

1.	Limpieza	La manera en que se presenta a sus labores con la imagen y vestimenta pulcra de acuerdo con los lineamientos/protocolos de la institución.
2.	Amabilidad:	La manera en que se dirige de una forma cordial al afiliado, durante la detección de sus necesidades de servicio.

GLOSARIO

1.	Afiliación:	Proceso de incorporación al padrón del Sistema de Protección Social en Salud, con base a la Ley General de Salud en sus Artículos 77 Bis 3, 77 Bis 4 y 77 Bis 7
2.	Afiliado:	Persona incorporada al padrón del Sistema de Protección Social en Salud.
3.	Cartera de Servicios:	Grupo de intervenciones a la que el afiliado al Sistema de Protección Social en Salud tiene derecho a recibir en tanto su afiliación se encuentre vigente. Se clasifica en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), Seguro Médico Siglo XXI, Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos.
4.	Documentos:	Considera a los escritos físicos que soportan el requerimiento oficial del afiliado al Sistema de Protección Social en Salud, expedido por personal de salud.
5.	Estado crítico de salud:	Condición clínica emergente en la que se expone el estado de salud de una persona y requiere estabilización oportuna para garantizar la integridad de la función o la vida del mismo.
6.	Número de integrante:	Número consecutivo para la identificación de los integrantes de una familia afiliada.
7.	Póliza de afiliación:	Documento foliado con carácter oficial administrado y expedido por un padrón de afiliación controlado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), que considera la

	incorporación de un titular de familia y sus integrantes, como beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud y expresa el tiempo de vigencia de dicha afiliación.
8. Protocolo:	Documento o normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos.
9. Red prestadora del servicio:	Conjunto de establecimientos públicos y privados acreditados y contratados por los regímenes estatales de protección social en salud, para la prestación de los servicios a los afiliados.

Referencia	Código	Título
2 de 3	E2105	Gestionar la atención a las necesidades del afiliado ante los servicios de salud.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La persona es competente cuando demuestra los siguientes:

DESEMPEÑOS

1. Orientando al afiliado para recibir la atención de su requerimiento, de acuerdo al protocolo institucional, cuando el establecimiento de salud cuenta con capacidad operativa:

- Indicándole la ubicación del área correspondiente de acuerdo con el tipo de servicio requerido y documentación presentada, e
- Informándole la documentación/requerimientos que debe presentar para que se le proporcione el servicio requerido.

2. Informando al afiliado/a el seguimiento a su requerimiento, de acuerdo al protocolo institucional, cuando el establecimiento de salud no cuenta con capacidad operativa:

- Mencionándole el estatus del requerimiento, con base en el grado de cumplimiento de los trámites,
- Indicándole en qué establecimiento de salud será atendido/a,
- Proporcionándole los datos de ubicación del establecimiento de salud, fecha y horario en que se le otorgará el servicio, y
- Mencionándole los requisitos/documentación que deberá presentar con base en el tipo, características del servicio requerido y aclara las dudas expresadas.

La persona es competente cuando obtiene los siguientes:

PRODUCTOS

1. El documento de solicitud de requerimiento urgente elaborado:

- Está en el formato institucional vigente,
- Contiene el área que lo genera, consecutivo y año del ejercicio fiscal,
- Contiene lugar y fecha de elaboración,
- Está dirigido a la instancia correspondiente, especificando nombre y cargo del responsable,
- Contiene el nombre(s) y apellido(s), edad, sexo, número de expediente clínico del afiliado, folio de póliza y número de integrante; corresponde con la documentación presentada,
- Contiene descripción del requerimiento urgente por el afiliado con base en la documentación presentada,
- Especifica a qué cartera de servicios corresponde el requerimiento del afiliado con base en la documentación presentada, y

- Contiene nombre(s), apellido(s) y firma de la persona que elabora la solicitud.

2. El reporte de incidencias de las gestiones urgentes, de acuerdo a los servicios elaborado:
- Está en el formato institucional vigente,
- Contiene lugar y fecha de elaboración,
- Está dirigido a la instancia correspondiente, especificando nombre y cargo del responsable,
- Especifica el servicio que no se proporcionó en la atención al afiliado/a y la causa,
- Enuncia las acciones realizadas para la atención de cada uno de los servicios no proporcionados y el seguimiento de las mismas; en el establecimiento de salud, y
- Contiene nombre(s), apellido(s) y firma de la persona que elabora el reporte de incidencias.

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

ACTITUDES/HÁBITOS/VALORES

1. Cooperación:	La manera en que se coordina con el personal de salud, para la gestión del requerimiento al afiliado.
2. Iniciativa:	La manera en que propone alternativas de solución, para la atención del afiliado.
3. Responsabilidad	La manera en que orienta e informa la gestión del requerimiento del afiliado.

GLOSARIO

1. Capacidad operativa del establecimiento de salud:	Se refiere a los insumos y servicios disponibles en el establecimiento de salud en el momento de gestión.
2. Estatus del requerimiento:	Se refiere a la información proporcionada al afiliado, de acuerdo a la etapa en que se encuentra su requerimiento.

Referencia	Código	Título
3 de 3	E2106	Evaluar las gestiones realizadas para la retroalimentación.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

La persona es competente cuando demuestra los siguientes:

PRODUCTOS

1. El informe de resultados de las encuestas de satisfacción elaborado:
- Se encuentra en el formato institucional vigente,
- Contiene el resumen de los comentarios de los/as afiliado/a(s) encuestados/as,
- Incluye el área de atención en la que se proporcionó el servicio,
- Contiene trato, gratuidad y tiempo analizados de la encuesta de satisfacción,
- Contiene las inconformidades con base en la frecuencia con que se presentan,
- Incluye gráficos por cada una de las variables analizadas,
- Especifica el porcentaje de afiliados que mencionan estar satisfechos,
- Contiene el porcentaje de los resultados de las variables trato recibido, gratuidad y tiempo,
- Incluye las causas probables por cada incidencia y son congruentes con ésta, e
- Incluye las encuestas aplicadas a los/as afiliados/as.

2. El reporte de verificación de la capacidad operativa elaborado:
- Está en el formato institucional vigente,

- Está dirigido a la instancia correspondiente,
- Contiene el área que lo genera, consecutivo y el año del ejercicio fiscal,
- Contiene lugar y fecha de elaboración,
- Especifica el tiempo y causa en que los equipos se encuentran fuera de servicio,
- Indica el tiempo en el que la(s) área(s) del establecimiento de salud, no cuentan con el personal para otorgar la atención al afiliado,
- Contiene nombre(s), apellido(s) y firma del responsable, e
- Incluye las listas de verificación de la capacidad operativa aplicada.

3. El documento plan de mejora elaborado:

- Está en el formato institucional vigente,
- Contiene nombre y clave única del establecimiento de salud,
- Contiene el área que lo genera, consecutivo y el año del ejercicio fiscal,
- Contiene lugar y fecha de elaboración,
- Enuncia las inconformidades expresadas en el reporte de incidencias de las gestiones urgentes de acuerdo a los servicios, del reporte de verificación de la capacidad operativa y del informe de resultados de las encuestas de satisfacción analizadas,
- Especifica las acciones de mejora a implementar, de las inconformidades detectadas, y son congruentes con éstas,
- Incluye seguimiento a las solicitudes de atención del Sistema Unificado de Gestión, y
- Contiene nombre y firma de quién elaboró.

La persona es competente cuando posee los siguientes:

CONOCIMIENTOS	NIVEL
1. Objetivo del Sistema Unificado de Gestión (SUG)	Conocimiento

La persona es competente cuando demuestra las siguientes:

ACTITUDES/HÁBITOS/VALORES

1. Orden:	La manera en que presenta la información obtenida de acuerdo a una secuencia clara y precisa.
2. Responsabilidad:	La manera en que integra el documento de las gestiones realizadas de acuerdo a la identificación, registro y cierre a las gestiones.

GLOSARIO

1. Sistema Unificado de Gestión:	Son objetivos referidos a la atención a solicitud de los usuarios y beneficiarios.