DEPARTAMENTO DE RISARALDA
SECRETARIA DE SALUD

# MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA
Años 2022 - 2023


VICTOR MANUEL TAMAYO VARGAS
Gobernador de Risaralda

JAVIER DARIO MARULANDA GOMEZ
Secretario de Salud Departamental

HECTOR TRUJILLO ACOSTA
Director de Prestación de Servicios de Salud

SANDRA MILENA GOMEZ GIRALDO
Directora de Salud Pública


Pereira, enero 3 de 2022

**REVISION TECNICA**

**LIGELLY HERNANDEZ MAYORGA**
Profesional Especializada – Sistemas

**ALVARO AUGUSTO AYALA GARZON**
Profesional Especializado – Red de Servicios de Salud

## Contenido


INTRODUCCIÓN ..... 4

ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO ..... 6

CONFORMACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES PUBLICOS DE SERVICIOS DE SALUD ..... 6

Región Occidente ..... 6

Región Centro ..... 7

Región Oriente ..... 7

MECANISMOS Y MEDIOS DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LOS USUARIOS ..... 8

CARACTERISTICAS DE LA PRESTACION DEL SERVICIO ..... 8

CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ..... 9

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD ..... 14

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ..... 15

PORTAFOLIOS DE SERVICIOS DE SALUD ..... 17

POBLACIONES ESPECIALES ..... 17

ATENCION PRIORITARIA ..... 18

INTEGRALIDAD DE LAS ACCIONES ..... 18

PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ..... 19

REFERENCIA DE PACIENTES ..... 20

CONTRARREFERENCIA ..... 21

ALGUNOS ASPECTOS ASISTENCIALES Y LOGÍSTICOS ..... 22

ATENCIÓN DE URGENCIAS ..... 22

VERIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS USUARIOS ..... 23

PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS. ..... 24

REQUISITOS POR PARTE DE LOS PRESTADORES ..... 26

HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS A PRESTAR ..... 26

SOPORTE DE LA SUFICIENCIA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS POR CONTRATAR ESTIMADA A PARTIR DE LA CAPACIDAD INSTALADA ..... 26

INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PAMEC ..... 27

SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD ..... 28

## INTRODUCCIÓN.

El Modelo de Atención en Salud de la Secretaría de Salud de Risaralda, establece las políticas y los lineamientos para la prestación de los servicios integrales de salud a la población pobre y vulnerable no afiliada.

Lo anterior en el marco de las directrices que al respecto señalan la Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud, el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, la Resolución 3047 de 2008, la Resolución 4331 de 2012, la Resolución 2626 de 2019 por la cual se modifica la política de Atención Integral en salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE , la Resolución 3202 de 2016 sobre las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS y la Resolución 1441 de 2016 respecto a la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, resolución 3280 de 2018 y 276 de 2019 sobre la RIAS de promoción y mantenimiento y materno perinatal.

Este documento adopta la definición de atención en salud, establecida en la Política de Seguridad del Paciente propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social en los siguientes términos: "**Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud**".

El modelo de atención en salud para el Departamento de Risaralda, se desarrolla teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en el artículo 2.5.3.4.3 numeral 4 del Decreto 780 de 2016:

"**Modelo de atención.** Comprende el enfoque aplicado a la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones y la consiguiente orientación de las actividades de salud, de él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutiva, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia".

En este sentido, el Ministerio de Salud y de la Protección Social mediante la resolución 2626 de 2019 modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, cuyo objetivo es generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnostico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutiva.

El modelo de atención en salud para la población Risaraldense conforme al articulo 5 de la resolución 2626 de 2019, se desarrollará bajo las siguientes estrategias y enfoques:

5.1 Estrategia de atención primaria en salud de tal forma que se permita la coordinación intersectorial, se brinde atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona en todos los niveles de complejidad y en las acciones individuales y colectivas.

Esta estrategia está constituida por tres componentes integrados e interdependientes, como son los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

5.2 Estrategia de gestión integral del riesgo en salud, la cual es la estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud.....para identificar, medir e intervenir desde la prevención hasta la paliación y llevar a cabo el seguimiento, monitoreo y evaluación de los riesgos para la salud de las personas, las familias y comunidades. Se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que estos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

5.3 Enfoque de cuidado de la salud, entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio, promueve la convivencia, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social

5.4 Enfoque diferencial de derechos. Se reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia, entre otras situaciones que las ubican en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad; lo anterior implica desarrollar un proceso de adaptación o adecuación de las estructuras de servicios disponibles a las características de la población y de los territorios

Igualmente dicho modelo establece 8 líneas mínimas de acción, cada una de ellas con su alcance, acciones, herramientas y marco normativo, las cuales permiten la organización y despliegue en los territorios.

Finalmente Este modelo de atención en salud puede ser adaptado y adoptado por las Empresas Sociales del Estado – E.S.E. y por las Direcciones Locales de Salud del Departamento, conforme a sus competencias, bajo el acompañamiento y rectoría de la Secretaria Departamental de Salud de Risaralda.

## ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

### CONFORMACIÓNDE LA RED DE PRESTADORES PUBLICOS DE SERVICIOS DE SALUD.

En el documento PROGRAMA TERRITORIAL DE REORGANIZACIÓN, REDISEÑO Y MODERNIZACIÓN DE LA RED DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – E.S.E. DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA 2013, viabilizado por el Ministerio de Salud y Protección Social el 16 de octubre de 2013, los prestadores públicos de servicios de salud Empresas Sociales del Estado – E.S.E. se organizaron en 3 regiones: Occidente, Centro y Oriente, teniendo como criterio principal la accesibilidad geográfica a los servicios de mediana complejidad.

Región Occidente

A esta región pertenecen las E.S.E. Hospitales relacionados en el cuadro 1:

Cuadro 1. E.S.E. Hospitales según origen y grado de complejidad Región Occidente. Departamento de Risaralda.

| Municipio | Nombre del Prestador de Servicios de Salud | Nivel de complejidad |
|---|---|---|
| Apia | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | Bajo |
| Balboa | E.S.E. Hospital Cristo Rey | Bajo |
| Belén de Umbría | E.S.E. Hospital San José | Bajo |
| Guática | E.S.E. Hospital Santa Ana | Bajo |
| La Celia | E.S.E. Hospital San José | Bajo |
| Mistrató | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | Bajo |
| Pueblo Rico | E.S.E. Hospital San Rafael | Bajo |
| Quinchía | E.S.E. Hospital Nazareth | Bajo |
| Santuario | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | Bajo |
| La Virginia | E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo | Bajo y mediana. |

Fuente: Secretaria de Salud Departamental

Las E.S.E. Hospitales de esta región, ofertan servicios integrales ambulatorios, de urgencias, de apoyo diagnóstico y de internación en el primer nivel de complejidad a la población pobre y vulnerable de los municipios donde se encuentran ubicados.

La E.S.E. Hospital San Pedro y San Pablo del municipio de La Virginia, adicional a los servicios de baja complejidad, oferta servicios de mediana complejidad en el ámbito ambulatorio, y quirúrgico, al igual que los servicios de imagenología de primer nivel a las E.S.E. de los municipios de la región de occidente que no lo oferten en su portafolio de servicios.

Región Centro

A esta región pertenecen las E.S.E. relacionados en el cuadro 2:

Cuadro 2. E.S.E. Hospitales según origen y grado de complejidad Región Centro. Departamento De Risaralda.

| Municipio | Nombre del Prestador de Servicios de Salud | Nivel de complejidad |
|---|---|---|
| Pereira | E.S.E. Salud Pereira | Baja |
| Pereira | E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda | Media |
| Pereira | E.S.E. Hospital Universitario San Jorge | Mediana y Alta |

Fuente: Secretaria de Salud Departamental

La E.S.E. Salud Pereira oferta servicios integrales ambulatorios, de urgencias, de apoyo diagnóstico y de internación en el primer nivel de complejidad a la población pobre y vulnerable del municipio de Pereira.

La E.S.E. Hospital Mental de Risaralda oferta servicios especializados de Psiquiatría y demás profesiones relacionadas con la esfera mental, en el ámbito de urgencias, internación y ambulatorio a toda la población del Departamento de Risaralda.

La E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira oferta servicios ambulatorios de mediana complejidad, consulta médica especializada y subespecializada de alta complejidad, servicios de urgencias, quirúrgicos e internación de mediana y alta complejidad para toda la Red Pública del Departamento incluyendo el municipio de Pereira.

Región Oriente

A esta región pertenecen las E.S.E. Hospitales relacionados en el cuadro 3:

Cuadro 3. E.S.E. Hospitales según origen y grado de complejidad Región Oriente. Departamento De Risaralda.

| Municipio | Nombre del Prestador de Servicios de Salud | Nivel de complejidad |
|---|---|---|
| Santa Rosa | E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl | Bajo |
| Marsella | E.S.E. Hospital San José | Bajo |
| Dosquebradas | E.S.E. Hospital Santa Mónica | Bajo y mediana |

Fuente: Secretaria de Salud Departamental

La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Santa Rosa de Cabal y la E.S.E. Hospital San José del municipio de Marsella, ofertan servicios integrales ambulatorios,

urgencias, apoyo diagnóstico e internación en el primer nivel de complejidad a la población pobre y vulnerable de su área de influencia.

La E.S.E. Hospital Santa Mónica del municipio de Dosquebradas, adicional a los servicios de baja complejidad, oferta servicios de mediana complejidad en el ámbito ambulatorio, hospitalario y quirúrgico, a las E.S.E. hospitales de la región oriente.

## MECANISMOS Y MEDIOS DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LOS USUARIOS

En cumplimento del Parágrafo 2 del artículo 2.5.3.4.5 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, la Secretaria de Salud difundirá entre sus usuarios la conformación de su red de prestación de servicios, para lo cual publicará anualmente en un periódico de amplia circulación en su área de influencia, el listado vigente de prestadores de servicios de salud que la conforman, organizado por tipo de servicios contratado y nivel de complejidad.

Adicionalmente se publicará de manera permanente en la página Web de la Gobernación de Risaralda, el listado actualizado de la red de servicios de salud para la población pobre no asegurada.

## CARACTERISTICAS DE LA PRESTACION DEL SERVICIO

Conforme a la Ley 1438 de 2011 y las resoluciones 1441 de 2016, 5401 de 2018 y1344 de 2019, la prestación de los servicios de salud a la población Risaraldense se hará a través de redes integrales de prestadores de servicios de salud, las cuales serán conformadas y organizadas por las Empresas Promotoras de Servicios de Salud – E.P.S. que estén autorizadas para operar en el territorio, en coordinación con las entidades territoriales, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), a través del Consejo Territorial de Seguridad Social en salud; estas redes incluirán y articularán prestadores públicos, privados y/o mixtos de servicios de salud, que permitan garantizar el cumplimiento de las características de la calidad, de este documento.

La estrategia transversal para facilitar el funcionamiento de las redes integradas y el cumplimiento de los objetivos propuestos en el sistema departamental de seguridad social en salud, será la estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud, el objetivo que persigue esta estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de la atención y la sostenibilidad del sistema.

Así mismo, el modelo de atención deberá propiciar la política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutiva, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población Risaraldense y derivar a los niveles superiores de manera más efectiva y eficiente solo los casos que realmente lo ameriten, garantizando así la integralidad e integridad de las atenciones de los usuarios dentro del marco de la APS.

Para el desarrollo de la estrategia, cada actor, conforme a sus competencias, deberá conformar equipos básicos de salud, acorde a la reglamentación que al respecto desarrolle el nivel nacional y/o departamental.

Asimismo los prestadores podrán articularse a través de la estrategia de prestador primario, y su participación se hará conforme a la capacidad de oferta y resolutiva de cada entidad, y conforme a la reglamentación vigente sobre el tema.

## CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud para la población pobre y vulnerable del departamento de Risaralda, deben contratarse bajo la óptica de la correcta aplicación de los recursos de la seguridad social a través de la red de prestadores públicos del departamento, quienes garantizaran una prestación suficiente, eficiente, integral e integrada, sin que el departamento abandone su responsabilidad en función del aseguramiento frente al usuario y frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para ello, los servicios de salud deben prestarse cumpliendo a cabalidad con los criterios de calidad conforme a lo dispuesto en el Decreto Número 780 del 06 de mayo de 2016 "Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" en su Libro 1, Parte 5, Titulo 1, que en el Capítulo 1 dispone:

Artículo 2.5.1.1.1 Campo de aplicación. Las disposiciones del presente Título se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades, Promotoras de Salud, las EPS del régimen subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

...Artículo 2.5.1.1.3 Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente Capítulo se establecen las siguientes definiciones:

1. Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

2. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

3. Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

4. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los

servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
(...)
6. Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente capítulo se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.
(...)
8. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

En el Capítulo 2, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, define:

Artículo 2.5.1.2.1 Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

**Accesibilidad.** Entendida como la real posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Retomando uno de los principios de la estrategia de Atención Primaria en Salud, se deben buscar alternativas que permitan llevar los servicios de salud lo más cercanamente posible al lugar donde viven, trabajan e interactúan los usuarios.

Para tal efecto, es menester buscar estrategias que permitan subsanar dificultades para el acceso de los servicios según el tipo:

**Accesibilidad geográfica.** Las E.S.E. Hospitales y las Direcciones Locales de Salud deben ofertar servicios de salud en el área rural de los municipios y en las diferentes comunas y barrios, facilitando el acceso de los ciudadanos a los servicios, para lo cual y conforme a las particularidades de cada territorio se deben implementar estrategias como:

- Gestores de Salud
- Promotoras de salud rural y/o urbana
- UROCs (Unidades de rehidratación oral comunitaria)
- UAIRAS (Unidades de atención a la infección respiratoria aguda)
- Equipos extramurales
- Unidades móviles
- Puestos de Salud

- Centros de Salud
- Centros de Salud con camas
- Telesalud y Telemedicina

La anterior estrategia disminuye en parte las dificultades financieras de los usuarios, dado el menor costo del transporte de los usuarios y el menor tiempo de desplazamiento, adicional a la gestión del autocuidado que los usuarios deben adoptar.

**Accesibilidad funcional.** Las E.S.E. Hospitales en la organización de la oferta de los servicios deben buscar estrategias que permitan:

- Asignación de citas y turnos prioritariamente por vía telefónica.

- Flexibilización de los horarios de asignación de citas y turnos cuando se hagan de tipo presencial.

La asignación de las citas y turnos deben gestionarse en el momento de la solicitud por parte de los usuarios, con agenda abierta dando cumplimiento a la Resolución 1552 de 2013.

Los días y horarios de atención al público deben adaptarse a la dinámica productiva y cultural propia de cada municipio, para lo cual los responsables de la prestación de los servicios de salud deben adaptarse a las condiciones propias de las zonas pobladas del municipio e incluso de sus zonas rurales más dispersas.

**Oportunidad.** Entendida como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios de salud que requiera, sin dilación y en el momento adecuado que su condición de salud así lo amerite, sin poner en riesgo su vida o su integridad física o mental. Esta característica se relaciona con la organización institucional de los servicios salud, de acuerdo a su propio análisis de oferta y demanda de los servicios y su suficiencia en cuanto a cantidad y calidad.

**Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Para garantizar el cumplimiento de esta característica de calidad las E.S.E. Hospitales deben:

- Desarrollar las estrategias, los planes e instrucciones sobre seguridad personal de usuarios, para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud contempladas en la Resolución 00741 de 1997 del Ministerio de Salud o la normatividad que la modifique o reemplace.

- Desarrollar la Política de Seguridad del Paciente trazada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Pertinencia.** Entendida como el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Para tal efecto los prestadores de servicios de salud deben incluir en las auditorias médicas las variables de pertinencia en cuanto a: los elementos diagnósticos, tratamientos instaurados, remisiones realizadas, adherencia a las guías y protocolos adoptados por la institución, dejando evidencia escrita de dichos procesos de auditoria para confrontación de las Direcciones Territoriales de Salud como Entidades Responsables de Pago.

**Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Es deber de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Departamento, que implementen las siguientes estrategias encaminadas a garantizar la oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud, en cumplimiento del artículo 2.5.3.4.5. del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016:

1. Los Prestadores de Servicios de Salud públicos o privados:

   a. Habilitación de los servicios ofertados.
   b. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar, a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
   c. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.
   d. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.
   e. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
   f. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
   g. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

Parágrafo 1: En el diseño, y organización de la red de prestación de servicios, incluyendo los servicios administrativos de contacto con el paciente, las entidades responsables del pago de los servicios de salud garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de estos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

En el Departamento de Risaralda, es el caso de comunidades asentadas en zonas limítrofes al casco urbano de otros municipios, como sucede con poblaciones Pereiranas asentadas en zonas limítrofes a los cascos urbanos de Cartago y La Virginia.

2. Por parte de las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo:

   a. Información general de la población objeto del acuerdo de voluntades con los datos sobre su ubicación geográfica y perfil demográfico.
   b. Modelo de atención definido por la entidad responsable del pago.
   c. Diseño y organización de la red de servicios, indicando el nombre, ubicación de los prestadores de servicios de salud con el tipo y complejidad de los servicios contratados, que garanticen la oportunidad, integralidad, continuidad y accesibilidad a la prestación de servicios de la población a cargo de la entidad responsable del pago.
   d. Mecanismos y medios de difusión y comunicación de la red de prestación de servicios a los usuarios.
   e. Indicadores de calidad en los servicios de aseguramiento definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
   f. Diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia que involucre las normas operacionales, sistemas de información y recursos logísticos, requeridos para la operación de la red.

Conforme al artículo 2.5.3.2.5 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, las E.S.E. que tengan habilitados servicios de urgencias, el Ministerio de Salud y Protección Social definió el sistema de selección y clasificación de pacientes en urgencias, denominado "TRIAGE", el cual es de obligatorio cumplimiento, este tema se debe adelantar conforme a la resolución 5596 de 2015 y la circular 030 de 2016 del Minsalud y o la norma que le modifique o sustituya.

Las E.S.E. Hospitales de mediana y alta complejidad darán prelación en la asignación de citas y turnos a los pacientes que a juicio del profesional tratante, el servicio requerido sea de carácter prioritario, según lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 3047 de 2008.

## RUTAS INTEGRALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD – RIAS

La estrategia para la garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios de salud, se desarrollara a través de la estrategia de las RIAS Rutas Integrales de Prestación de Servicios de Salud, las cuales deberán coordinarse y concertarse entre las ESE Hospitales de la Red y las EAPB y EPS autorizadas en el departamento y el PIC de cada una de las Direcciones Locales de Salud y esta Dirección Seccional de Salud de Risaralda

## SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para el Departamento de Risaralda, tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los Risaraldenses de manera individual y colectiva con criterios de accesibilidad y equidad, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los habitantes usuarios de los servicios de salud en el Departamento.

En este sentido, el Artículo 2.5.1.2.2 del Decreto Único Reglamentario del 2016, establece los Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGCS a saber:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2. Las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo a las competencias conferidas en el artículo 2.5.1.2.3 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, corresponderá a la Secretaria Departamental de Salud de Risaralda dentro del funcionamiento del SOGCS:

Cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el Título de SOGC y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en la norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

Las E.S.E., como entidades públicas, deben garantizar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía para la Calidad, en la prestación de Servicios de Salud, para ello; se trabajará en cuatro sistemas, a saber:

1. Habilitación.
2. Acreditación.
3. PAMEC.
4. Sistema de Información para la Calidad.

POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento de Risaralda, deben adoptar la Política Nacional de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos, contando con instituciones seguras y competitivas.

Para el efecto se entiende como seguridad del paciente como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Por lo tanto resulta relevante establecer unos principios transversales que orienten todas las acciones a implementar. Estos principios son:

- Enfoque de atención centrado en el usuario. Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente.

- Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente

- Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.

- Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.

- Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

- Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

- Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.

Así mismo, se deben buscar estrategias que permitan lograr los objetivos de la política de seguridad del paciente, para beneficio de la población usuaria de los servicios:

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.

- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.

- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.

- Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.

- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

Algunas de las prácticas seguras que se propone implementar a los prestadores de servicios de salud en los lineamientos de la política, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud.

- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.

- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.

- Programas para evitar las caídas de pacientes

- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes

- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

Para ello es necesario, entre otras:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.

- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.

- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.

- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente

## PORTAFOLIOS DE SERVICIOS DE SALUD

Para mayor claridad de los servicios ofertados por las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), la Secretaría de Salud Departamental elaboró un formato en Excel que discrimina las actividades, intervenciones y procedimientos a ofertar por cada una de las instituciones, el cual recoge el modelo desarrollado por el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, el cual se actualiza periódicamente a través de resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social; dicho formato se ajustará en forma periódica de acuerdo a los cambios normativos del sector.

La Gerencia de las E.S.E., deben remitir impreso y en medio magnético el portafolio de servicios ofertados, el cual luego de revisado y concertado con las Direcciones Territoriales de Salud será publicado en forma permanente en la página Web de las Direcciones Locales de Salud y de la Secretaría de Salud Departamental como herramienta de consulta permanente para los usuarios.

De acuerdo a lo contemplado en el parágrafo 1 del artículo 2.5.3.4.7. del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, contratados son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la institución prestadora o en caso de urgencias, la entidad responsable del pago cancelará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar el valor de la atención.

## POBLACIONES ESPECIALES

Se considera como Poblaciones Especiales, a aquellos ciudadanos residentes en el departamento de Risaralda, que se encuentran en:

- Situación de desplazamiento
- Discapacidad
- En proceso de reintegración social.
- Población afrocolombiana.
- Población indígena.
- Poblaciones victimas de cualquier tipo de violencia
- Poblaciones Migrantes

Las poblaciones especiales pobres y vulnerables no aseguradas accederán a los servicios integrales de salud ofertados por la Red Publica Departamental de Prestadores de Servicios de Salud como Población Pobre No Asegurada (PPNA) o vinculada.

Las poblaciones anteriores que cumplan con los requisitos establecidos en la normatividad vigente para ser afiliados tanto al régimen subsidiado como al régimen contributivo, deberán ser orientadas en forma inmediata hacia los mecanismos establecidos por la normatividad vigente para acceder al aseguramiento

En la medida que se disponga de recursos adicionales del orden nacional, departamental o municipal para cubrir las necesidades de salud de estas poblaciones, se formalizaran los respectivos contratos y las atenciones serán cubiertas por los mismos, de acuerdo a los objetos y las condiciones pactadas.

Para efectos de hacer visibles las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación que se brindan a estas poblaciones especiales, es necesario que las E.S.E. establezcan mecanismos que permitan mediante registros mínimos, evidenciar dichas atenciones, las cuales se consolidaran a través del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS de conformidad con la Resolución 3374 de 2000 y el Artículo 2.5.3.1.6. del Decreto 780 de 2016.

## ATENCION PRIORITARIA

El Departamento de Risaralda ha estado comprometido con los Risaraldenses en garantizar una atención en salud integrada e integral, enmarcada dentro de un contexto de atención humanizada, oportuna y eficiente, donde la objetividad, la calidad y el trato digno sean el eje fundamental de las relaciones en salud de los usuarios con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En este sentido, al tenor de la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud) la Secretaria Departamental de Salud de Risaralda encaminará acciones tendientes a asegurar que se dé prioridad en la atención a los sujetos de especial protección, facilitando la accesibilidad, oportunidad, integralidad y continuidad a las gestantes, infantes, niños, niñas, adolescentes, mujeres, población adulta mayor, victimas de violencia y conflicto armado, población en situación de desplazamiento, personas en condición de discapacidad conforme a las sentencias de las Altas Cortes y a la normatividad vigente.

## INTEGRALIDAD DE LAS ACCIONES

El Departamento de Risaralda a través de la Secretaria Departamental de Salud de Risaralda, garantizara una atención integral a la población urbana y rural de cada municipio o área no municipalizada del Departamento, identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios, y las poblaciones especiales registradas en los listados censales que no se encuentren afiliadas al Régimen Subsidiado, de conformidad con el Articulo 2.8.1.1.2. del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016.

De todas formas las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud, deberán adelantar el mecanismo descrito en la resolución 01268 de 2017, o la norma que la modifique o sustituya, para la afiliación de oficio de las personas que cumpliendo los requisitos para pertenecer al régimen subsidiado rehúsen afiliarse.

Esta integralidad, entendida cómo toda tecnología en salud contenida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, debe incluir lo

necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante.

Conforme al artículo 2.5.3.4.6 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, los servicios que se oferten y contraten para la atención de la población pobre no asegurada, deberán contener las condiciones mínimas establecidas en el citado artículo, entre los cuales se destaca: "...garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador, salvo que en casos excepcionales se justifique que puede prestarse el servicio con una mayor oportunidad por parte de otro prestador de servicios de salud, o que exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago..."

## PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780, establece que el diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones. Con el fin de garantizar los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, se ha dado la organización de la red de prestación de servicios, la que está definida por la entidad responsable del pago en este caso el Departamento.

Las E.S.E. Hospitales cumplirán a cabalidad con el diligenciamiento del aplicativo en línea que recoge los formatos, los lineamientos y procedimientos acordes a la Resolución 3047 de 2008 y la Resolución 4331 de 2012, para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Departamento de Risaralda y adoptados por la Resolución 056 de 2009 de la Secretaría de Salud Departamental.

Igualmente este aplicativo permite el trámite de las solicitudes y la generación de las autorizaciones de servicios de Salud requeridos por usuarios que consultan en otros Departamentos y que requieren servicios.

La **referencia** es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

La **contrarreferencia** es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió.

La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

En este mismo Decreto, en su artículo 2.5.3.2.16, determina las acciones y responsables dentro del proceso de referencia y contrarreferencia así:

El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remisora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

La E.S.E. Hospital cumplirá a cabalidad con el diligenciamiento del aplicativo en línea que recoge los formatos, los lineamientos y procedimientos acordes a la Resolución 3047 de 2008, para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia del Departamento de Risaralda y adoptados por la Resolución 056 de 2009 de la Secretaría de Salud Departamental.

Igualmente este aplicativo permite el trámite de las solicitudes y autorizaciones de servicios de Salud requeridos por usuarios que consultan por urgencia en otros Departamentos.

## REFERENCIA DE PACIENTES

La interconsulta o referencia de pacientes a servicios ambulatorios especializados de mediana complejidad debe realizarse hacia las E.S.E. Hospitales: San Pedro y San Pablo de La Virginia para la población de la región de occidente, Santa Mónica de Dosquebradas para la población de la región de oriente y Universitario San Jorge para la población de la región del centro.

La referencia de pacientes a servicios de urgencias y hospitalarios de mediana y alta complejidad debe remitirse a la E.S.E. Hospital Universitario San Jorge de Pereira.

La referencia de los pacientes con patología mental que requieran el servicio de urgencia y hospitalario especializado en psiquiatría deben remitirse a la E.S.E. Hospital Mental Universitario de Risaralda. Debe considerarse que en el evento que coexista patologías mental y orgánica, en primera instancia debe ser resuelta la patología orgánica.

Los lineamientos generales que regulan las responsabilidades asumidas por las E.S.E. de mediana y alta complejidad son las que se concerten y presenten por parte de los prestadores a la Secretaría de Salud en los formatos diseñados para portafolio de servicios, capacidad de oferta y metas de indicadores de calidad para la prestación de los servicios de salud; y que hacen parte integral de los contratos interadministrativos celebrados entre las partes.

## CONTRARREFERENCIA

Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió; es necesario que como mínimo dicha respuesta contemple:

- La contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones de tratamiento y seguimiento a continuar en el hospital que remitió.
- La información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora
- El resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

En los procesos de referencia de pacientes que requieren servicios de urgencias y/o internación de mayor complejidad, es necesario que dicho proceso se informe y coordine a través del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres CRUED del departamento de Risaralda y se cumpla con los procesos estandarizados y socializados por dicha dependencia.

Como lo establece el artículo 2.5.3.2.16 del Decreto 780. "La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remisor hasta que ingrese en la institución receptora".

## ALGUNOS ASPECTOS ASISTENCIALES Y LOGÍSTICOS

### ATENCIÓN DE URGENCIAS

Para efectos conceptuales, el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 en su capítulo 2, artículo 2.5.3.2.3, define:

1. Urgencia. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2. Atención inicial de urgencia. Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

3. Atención de urgencias. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

4. Servicio de urgencia. Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para esa unidad.

5. Red de urgencias. Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

   La red actuará coordinadamente bajo una estructura conformada por subsistemas de información comunicaciones, transporte, insumos, educación, capacitación y de laboratorios.

La Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud, en el numeral b del artículo 10, lo establece como el derecho que toda persona tiene, relacionado con la prestación de servicios de salud, a recibir atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.

El artículo 14 de la citada Ley, define que cuando se trate de una atención de urgencias para acceder a servicios o tecnología en salud, no se requerirá ningún tipo de autorización

administrativa entre el prestador de servicios de salud y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud.

En cumplimiento del artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y el artículo 2.5.3.2.2, del Decreto único Reglamentario 780 de 2016, la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de urgencias a todas las personas. Para el pago de los servicios prestados, no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada.

El artículo 2.5.3.2.6, del mencionado Decreto Único Reglamentario, establece que todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención.

Ya reglamentado el artículo 67 de la Ley 1438 de 2011, sistema de emergencias médicas, a través de la resolución 0926 de 2017, las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, se articularán al sistema de emergencias médicas que adopten las entidades territoriales, con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios que requieran atención médica de urgencias, este sistema de emergencias médicas se desarrollará, entendiéndolo como un modelo general integrado, que comprende, entre otros los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la prestación de servidos pre-hospitalarios y de urgencias, las formas de transporte básico y medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y procesos de vigilancia.

## VERIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS USUARIOS

El artículo 2.5.3.1.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, establece los mecanismos para la verificación de derechos de los usuarios a los servicios de salud, la cual define:

La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista hasta que el Sistema de Afiliación Transaccional inicie su operación. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria.

Parágrafo 1. El procedimiento de verificación de derechos será posterior a la selección y clasificación del paciente, "triage" y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención de urgencias.

## PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS ELECTIVOS.

La autorización para la realización de servicios de carácter electivo, sean éstos ambulatorios u hospitalarios contemplados en la contratación de red complementaria adelantada por la Secretaría de Salud Departamental de Risaralda, se realizará de conformidad con el artículo 2.5.3.1.3 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, la cual define:

Sin perjuicio del artículo 14 de la Ley 1751 de 2015, si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, esta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para la red pública del departamento, se realizará en el formato definido en el anexo técnico No. 3 de la Resolución 3047 de 2008, el cual será enviado a la Secretaría de Salud Departamental conforme a los lineamientos adoptados en el procedimiento PR 5 de la Resolución 056 de 2009 de la Secretaría de Salud Departamental.

De conformidad con el artículo 2.5.3.1.4 del citado Decreto, las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de Salud y Protección Social, sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente.

Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los acuerdos de voluntades suscritos con los prestadores de servicios de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los términos y procedimientos de seguimiento que permitan garantizar la oportunidad en la asignación de citas para la prestación de servicios electivos.

Así las cosas, en ningún caso, se podrán exigir que el usuario o su acudiente se desplacen físicamente hasta las instalaciones de la Secretaría de Salud Departamental para entregar la solicitud de autorización.

La Secretaria de Salud de Risaralda, como responsable de pago de los servicios prestados a la Población Pobre No Asegurada del Departamento y en cumplimiento del Parágrafo 1 del artículo 2.5.3.4.6, se define:

Para el suministro de la información de la población a ser atendida, en cumplimiento del Parágrafo 1 del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las entidades responsables del pago de servicios de salud, garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, asegurando su depuración, y el correcto y oportuno registro de las novedades. En caso de no contar con la información actualizada en línea, deberán entregar y actualizar la información por los medios disponibles. De no actualizarse la información en línea o no reportarse novedades, se entenderá que continúa vigente la última información disponible. Las atenciones prestadas con base en la información reportada en línea o por cualquier otro medio, no podrán ser objeto de glosa con el argumento de que el usuario no está incluido.

Conforme al artículo 231 de la ley 1955 de 2019 la financiación, verificación, control y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la unidad de pago por capitación UPC del SGSSS es competencia de la nación, incluido el régimen subsidiado, a partir del 1 de enero de 2020, y estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud – ADRES.

## REQUISITOS POR PARTE DE LOS PRESTADORES HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS A OFERTADOS

Para efectos del cumplimiento del artículo 2.5.3.4.5, del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, los prestadores de servicios de salud que contraten servicios con las entidades territoriales, deben cumplir con los requisitos mínimos para la suscripción de los acuerdos, entre los cuales está la habilitación de los servicios a prestar, de conformidad con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 y estar inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social.

Así mismo, el Ministerio de Salud y Seguridad Social en el artículo 7 de la Resolución 2626 de 2019, define el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, el cual reconoce 5 objetivos del MAITE, dentro de los cuales se destacan 7.1 Garantizar el pleno disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios, 7.3 Articular los agentes del sistema de salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud y 7.4 Ajustar las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los territorios y a sus poblaciones.

Por lo anterior, cada Departamento y municipio debe adaptar el modelo a las condiciones de cada territorio y a las poblaciones en su contexto, con la óptica de una Red Integral de Prestación de Servicios – RED, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, generando mecanismos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.

Los prestadores que se articulen como prestador primario o complementario para la contratación con la entidad territorial de las atenciones de su población a cargo, deberán cumplir con los requisitos exigidos para habilitarse para tal fin, conforme a la normatividad vigente.

## SOPORTE DE LA SUFICIENCIA PARA PRESTAR LOS SERVICIOS POR CONTRATAR ESTIMADA A PARTIR DE LA CAPACIDAD INSTALADA.

Como requisito para la celebración de acuerdos de voluntades entre prestadores y pagadores, el artículo 2.5.3.4.5, del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 establece la obligatoriedad para las E.S.E. e I.P.S. de soportar la suficiencia para prestar los servicios a contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que se va a atender.

Para ello, las E.S.E. deberán diligenciar y mantener actualizado el formato diseñado por la Secretaría de Salud Departamental, para la verificación de la capacidad de oferta según capacidad física instalada y recurso humano disponible, el cual debe adjuntarse como soporte a los acuerdos de voluntades que se firmen con las Direcciones Territoriales de Salud.

INDICADORES DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PAMEC

Como lo señala el parágrafo 3 del artículo 2.5.3.4.6, del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, la auditoría de la calidad de la atención de los servicios deberá desarrollarse de acuerdo con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, PAMEC, de cada uno de los actores.

En este sentido, la Resolución 256 de 2016 del Ministerio de Salud y la Protección Social define el Sistema de Información para la Calidad como componente del SOGC y establece indicadores de monitoreo de la calidad en salud.

En su artículo 3, define la finalidad del monitoreo de la calidad en los siguientes aspectos:

1. Fomentar un adecuado uso y aprovechamiento de la información para el mejoramiento de la calidad en salud.
2. Gestionar el conocimiento y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de los resultados en salud.
3. Contribuir con la medición del desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para facilitar la toma de decisiones y suministrar a los ciudadanos información con la cual puedan ejercer el derecho a la libre elección.
4. Promover acciones de mejoramiento, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad, contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 de 2006 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
5. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad entre los diferentes actores del sistema.

Para efectos del monitoreo, la Resolución 256 de 2016 en su artículo 4 adopta los indicadores contenidos en los Anexos 1, 2 y 3 que hacen parte integral de la resolución, los cuales tienen un enfoque sistemático, trazadores y agrupados en los dominios de efectividad, seguridad, gestión del riesgo y experiencia de la atención.

Las E.S.E. del Departamento, deberán reportar la información de su competencia a través de la Plataforma de Intercambio de Información - PISIS del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO.

Los periodos de reporte y los plazos para el envío de la información fueron fijados en el artículo 6 de la resolución descrita, los cuales son semestrales y comprende la información del 01 de Enero al 30 de Junio (Primer Semestre) con plazo de reporte del 01 al 31 de Julio y del 01 de Julio al 31 de Diciembre (Segundo Semestre) con plazo de reporte del 01 al 31 de Enero.

# SISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

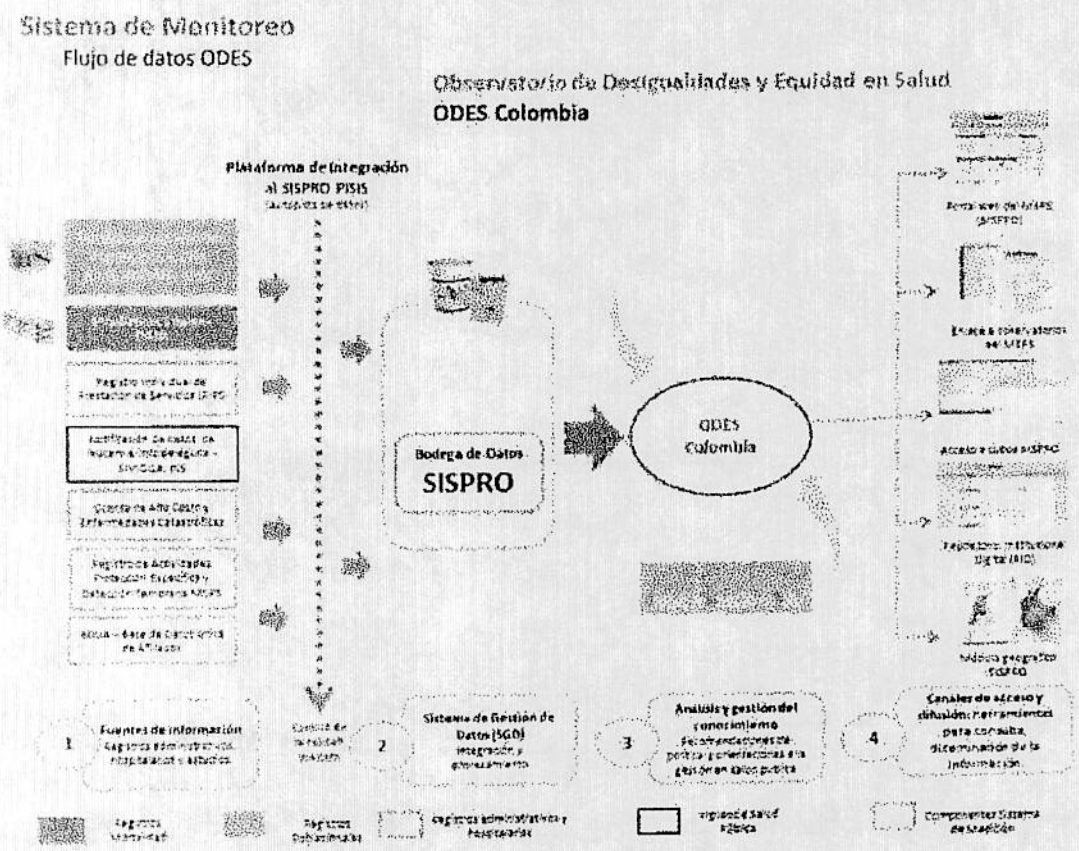
La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha descrito al sistema de salud como un conjunto de sectores fundamentales que operan de manera interrelacionada para mejorar la salud de la población, disminuir las brechas de acceso y oportunidad en la atención en salud y alcanzar la protección social en toda la población. La Información es uno de estos bloques fundamentales que, idealmente, debería incorporar de manera veraz y oportuna indicadores sobre los determinantes de la salud, así como del estado de salud de la población y del desempeño del sistema de salud. Esto a través de un sistema integrado que sirva como vínculo de interrelación entre todos los componentes y, que es utilizado para la toma de decisiones en todos los niveles de la organización del sistema de salud. Las fuentes de información en salud rebasan las fronteras del sector salud, principalmente en el dominio de los determinantes de salud. Esto debido a que la mayoría de los determinantes de la salud se generan en otros sectores, tal como el social, el laboral y el ambiental, por mencionar algunos. Así mismo, las características demográficas de la población se captan a través de los censos de población y vivienda. La información sobre otros aspectos específicos, relacionados con la determinación de factores de riesgo a la salud, puede ser generada a través de encuestas poblacionales. Los sistemas de información para la administración de los servicios de salud en las instituciones son, a su vez, otra fuente de datos del sistema de información.

El sistema de información en salud podría describirse como el conjunto de subsistemas, dentro y fuera del sector salud que producen datos relevantes para la construcción de indicadores en los dominios de la información en salud: Determinantes de la salud, estado de salud de la población y el desempeño del sistema en general. En este contexto las fuentes podrían clasificarse como poblacionales o administrativas. Como su nombre lo indica, las fuentes poblacionales nos brindan información de toda la población en un país mientras que las fuentes administrativas solo de las personas que tienen contacto con el sistema de salud y de las actividades mismas de este último. También, las fuentes pueden catalogarse como rutinarias o periódicas. Las fuentes de información rutinarias tienen que ver con datos generados por las instituciones del sistema de salud, como la vigilancia epidemiológica, pero también otras fuera del sector salud, tales como el monitoreo ambiental. Las fuentes de información periódicas incluyen las estadísticas vitales (nacimientos y defunciones), que se generan anualmente

El Sistema Único de Información en Salud de Colombia inició su desarrollo en 1975 de manera incipiente y presentó una importante reformulación en el año 2003, desde entonces comenzó su construcción por etapas. El año 2012 marca un importante hito en su desarrollo, con la culminación de la etapa de integración de las 28 Bases de datos de salud, la construcción de la Bodega de datos y la generación del Observatorio Nacional de Salud con veinticuatro observatorios temáticos especializados. Los usuarios, entre ellos el Gobierno Nacional, las Entidades Territoriales, las EPS, IPS, Universidades y centros de investigación entre otros, podrán acceder a los observatorios o a los cubos para hacer consultas. Uno de los principales beneficios del Sistema Único de Información en Salud es la estandarización de los flujos de información, evitando la duplicidad de requerimientos por parte de las Entidades Territoriales y organismos de control. Se optimizará el uso de la información que existe en el país sobre salud para una mejor toma de decisiones y para que con la publicación de dicha información, esta vaya mejorando su calidad desde la fuente

primaria; el Sistema Único de Información es fundamental para que pueda operar eficientemente la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). De esta manera, un territorio dispondrá de información de su población caracterizada por riesgo y priorizará sus intervenciones y las de los actores que operan en su territorio.

Situación actual del sistema de información nacional.




El artículo 43 de la Ley 715 de 2001 estipula que sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia, lo cual en el Departamento de Risaralda está en cabeza de la Secretaría de Salud y para cumplir con las mencionadas competencias se le asignan, entre otras, las siguientes funciones: (43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental), (43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional), (43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas), (43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que

prestan servicios de salud, en su jurisdicción), y; (43.1.6. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema).

La Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria en Salud, establece "La salud es un derecho fundamental", para garantizar el acceso al servicio de salud y garantizar el derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad, se debe implementar los siguientes principios en el sistema: integralidad, equidad en el sistema, atención primaria y servicio en zonas marginadas. En atención a lo anterior el Ministerio de Salud define una política de salud con sus principios en la Ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD, incluye Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos "Mejorar el estado de salud de la población, garantizando altos estándares de calidad y satisfacción por parte de los usuarios".

Igualmente, la Resolución 429 de 2016: Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud PAIS, con su anexo: marco estratégico centrada en la persona y se fundamenta en la atención primaria en APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones y Marco Operacional (MIAS).

El modelo de acción integral Territorial tiene como propósito Orientar de forma articulada la gestión de los integrantes del Sistema de Salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del Sistema, bajo el liderazgo del departamento o distrito.

Con los objetivos

- ✓ Garantizar el pleno disfrute del derecho a la salud en los territorios.
- ✓ Mejorar las condiciones de salud de la población.
- ✓ Fortalecer la autoridad sanitaria territorial.
- ✓ Articular los agentes del Sistema de Salud y los actores territoriales en torno a las acciones requeridas para el logro de los resultados de salud.
- ✓ Coordinar las acciones sectoriales e intersectoriales en los territorios.

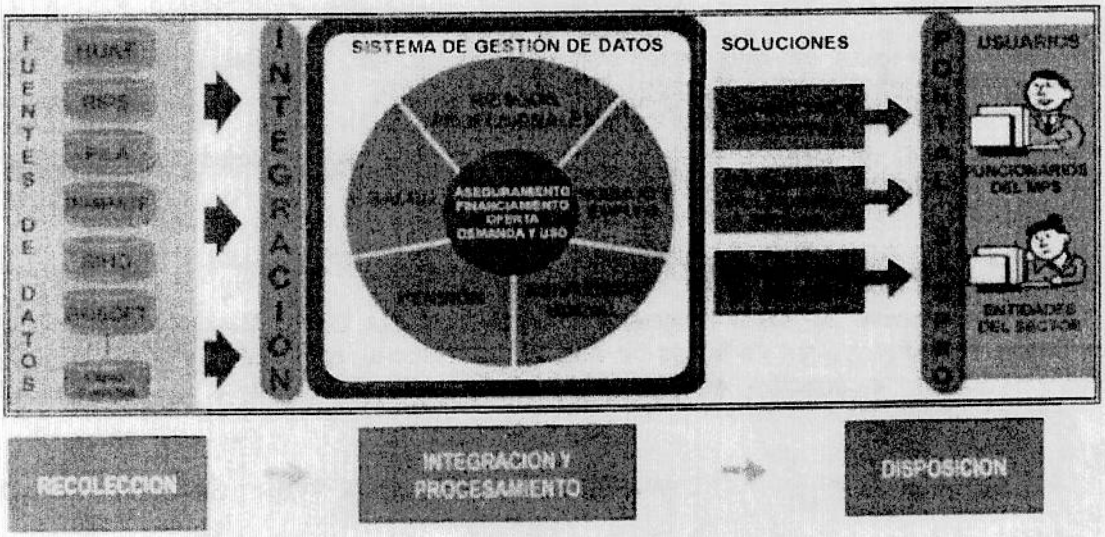
Posteriormente el Ministerio de salud y protección social emite la resolución 2626 de 2019 del 27 de septiembre de 2019, por medio de la cual modifica la política de atención integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, buscando avanzar en la política de atención integral en salud PAIS y de garantizar efectivamente el derecho fundamental a la salud, se requirió complementar la política con acciones territoriales específicas, fundamentadas en las prioridades en salud del territorio, permitiendo profundizar en dicho proceso, a través de la interacción coordinada de las entidades territoriales con los demás agentes del sistema de salud y la alineación de prioridades y acciones en salud; su incorporación en el Plan Territorial de Salud y la implementación de estrategias integrales que aporten para lograr mejores resultados y un mayor bienestar en la salud de la población. En su artículo 8: Líneas mínimas de acción del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, en el número 8.7: Intersectorialidad cita en su Alcance "Esta línea comprende la articulación de acciones, bienes, recursos y servicios, por medio de un trabajo coordinado y sistemático entre el sector salud, los sectores públicos,

privados y las organizaciones sociales o comunitarias, alrededor de la atención integral en salud de las personas, familiar y comuniades, a partir de sus prioridades y expectativas; entendiendo que la salud, dada su condición de producto social, conlleva para su abordaje un accionar que sobre pasa los alcances del sector salud."

Quedando claro que en todas las etapas que se deben cumplir en cada línea de acción son la de formulación, ejecución, monitoreo y seguimiento y ajuste. La construcción del modelo está en la responsabilidad inicialmente del Gobernador y el Alcalde, seguido del Secretario de Salud y su equipo de trabajo, los gerentes de las IPS y EPS, por último la comunidad, líderes, veedores y asociaciones de paciente.

Resumen del flujo de datos






Es importante identificar que la Secretaria Departamental de salud cuenta con un sistema de información integrado SISAP, mediante el cual se administra información como: la recepción y validación de archivos RIPS, consultas estadísticas, verificación de derechos de usuarios, así como la consolidación y validación de las bases del régimen contributivo y subsidiado, identificándose hoy los módulos de Validador de RIPS y analizador de RIPS, BDUA Departamental, Régimen Subsidiado y Vinculado, Informes trimestrales y seguimiento a la cohorte, Auditoria 3047, Auditoría de cuentas, Referencia y Contra-Referencia, Sistema Informativo de Medicamentos de Control SIMEC, Validador De Sistema PyP 4505, Sistema De Vigilancia Y Control, SICRUED, Registros profesionales, Control de Tutelas, Control de Tuberculosis, Centro de Reservas (Manejo inventarios programas

especiales), ITS, Gestión al usuario GUS, Atención Primaria en Salud APS- APS Web, siendo este último pilar fundamental en el proceso de adopción del nuevo Modelo Integral de Atención en Salud.

Información que se origina desde los prestadores de salud actualmente, que alimentan el sistema de información.

1. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS - Resolución 3374 del 2000, Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, en su artículo 2.5.3.1.6, ratifica la obligatoriedad del Registro Individual de Prestaciones de Salud, RIPS, otorga facultades al Ministerio de Salud y Protección Social para revisar y ajustar el formato, codificaciones, procedimientos y malla de validación de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Resolución 4505 de 2012. Modificada por la Resolución 202 de 2021. Resolución tiene por objeto establecer el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, realizadas en los servicios de salud.

3. Reportes patologías de Alto Costo según Resoluciones: Hemofilia 123/2020, Cáncer 247/2014, VIH 273/2019, ERC 2463/2014, Artritis 1393/2015.

4. Resolución 676 de 2020 - Reporte Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS, con DX COVID-19.

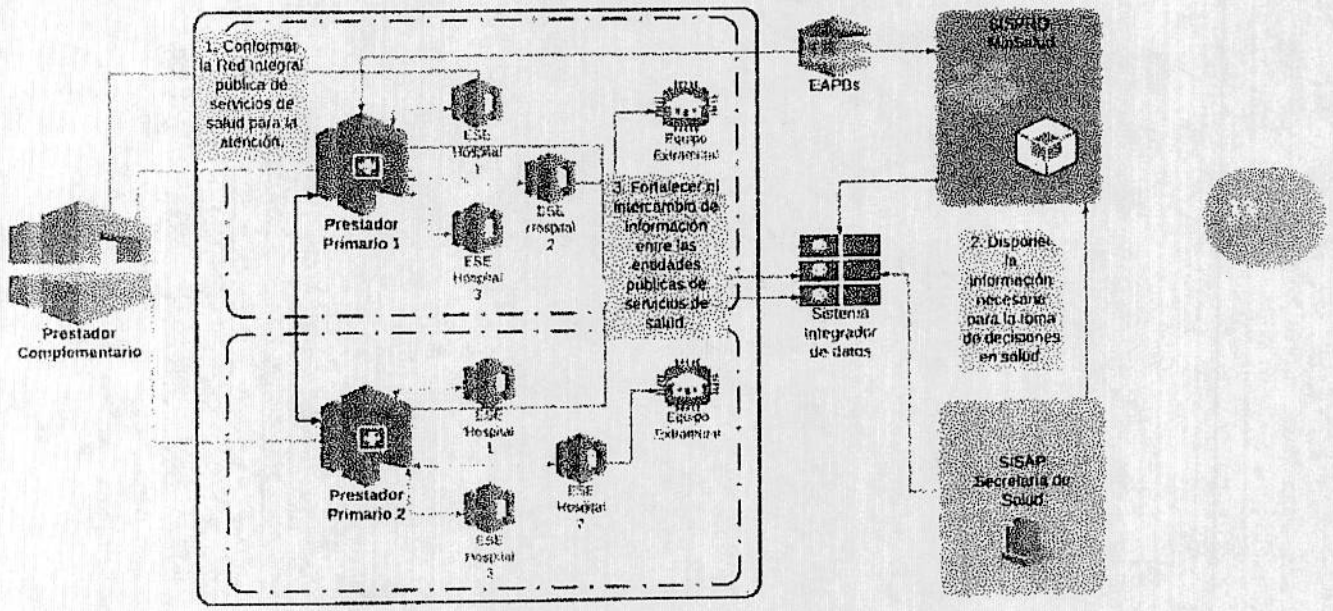
6. Circular 029 de 2017 - Reporte RIPS atenciones a población extranjera

7. Información propia de cada programa de salud pública como salud materna, infantil, adolescencia y adultos, con variables de enfoque diferencial, en vigilancia de su salud oral, auditiva, crónicas, vacunación, enfermedades transmitidas por vectores, seguridad y salud en el trabajo.

8. Diligenciamiento oportuno y con calidad de las plataformas como SIVIGILA, estadísticas vitales.

9. Sostenimiento y operación de la funcionalidad de interoperabilidad de la historia clínica basados en la Resolución 866 de 2021 mediante la cual se reglamenta el conjunto de elementos de datos clínicos relevantes para la interoperabilidad de la historia clínica en el país y se dictan otras disposiciones, en el marco de la Ley 2015 de 2020 que regula la historia clínica electrónica interoperable que "facilitará agilizará y garantizará el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas, respetando el derecho fundamental de habeas data y la reserva de la misma".

Articular la Red pública de prestadores del departamento para contribuir a la atención integral en salud




HECTOR TRUJILLO ACOSTA
Director de Prestación de Servicios de Salud

JAVIER DARIO MARULANDA GOMEZ
Secretario de Salud

ALVARO AUGUSTO AYALA GARZON
Red de Servicios de Salud