DEPARTAMENTO DE RISARALDA
SECRETARIA DE SALUD

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA
2025

JUAN DIEGO PATIÑO OCHOA
Gobernador de Risaralda

EDGAR HERNANDO NAVARRO ZULUAGA
Secretario de Salud Departamental

MARTHA ERESBEY YEPES BALLESTEROS
Director de Prestación de Servicios de Salud

Pereira, marzo de 2025

INTRODUCCIÓN.

En Colombia, la Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia clave para garantizar el acceso equitativo y continuo a servicios de salud, enfocada en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con énfasis en las necesidades de la población en su entorno cotidiano.

Componentes y enfoques clave de la APS en Colombia:

Estrategia integral: La APS se concibe como una estrategia que integra la acción intersectorial, la participación social y comunitaria, y los servicios de salud.

Acceso equitativo: Busca garantizar el acceso a servicios de salud integrales, de calidad y centrados en las personas y comunidades, independientemente de su situación financiera.

Centrada en la persona: Prioriza la atención integral, continua y centrada en el paciente, abordando no solo las enfermedades agudas, sino también las crónicas, y promoviendo un cuidado continuo y coordinado a lo largo de la vida.

Líneas estratégicas: Se propone cuatro líneas estratégicas de acción: Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, fortalecer la rectoría y la gobernanza, fortalecer la gestión de la APS y fortalecer la participación social y comunitaria.

Principios básicos: Los cuatro principios básicos de la APS son: accesibilidad y cobertura universal, compromiso, participación y autosostenimiento, acción intersectorial y costo-eficacia.

Niveles de atención: Se distinguen tres niveles de atención: el primer nivel (primer contacto), el segundo nivel (hospitales de referencia) y el tercer nivel (hospitales de alta tecnología e institutos especializados).

Servicios de salud: Incluye servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como cuidados paliativos.

Ejemplos de servicios: Control de salud niño sano, consulta de déficit nutricional, consulta nutricional, control de lactancia materna, consulta de morbilidad, control de crónicos, consulta social, consulta por déficit del desarrollo psicomotor.

Estrategias de implementación: Se han implementado estrategias como la priorización de territorios, la movilización social y comunitaria, la organización de equipos de atención en salud familiar y comunitaria, la caracterización de la situación de salud, la adscripción de familias a los equipos de atención, la definición de planes integrales de acción y el seguimiento y evaluación de los resultados.

Objetivos: El Ministerio de Salud tiene como objetivo fundamental llevar la atención primaria a todos los territorios de Colombia, sin importar qué tan lejos estén.

En ese orden de ideas, el modelo de atención a la población pobre no asegurada (PPNA) en Colombia se basa en la prestación de servicios de salud preventivos y curativos. La PPNA está conformada por las personas clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN, también incluye a las poblaciones especiales registradas en los listados censales que no están afiliadas a los regímenes contributivos.

Para acceder a los servicios de salud, la PPNA debe acercarse a la Empresa Social del Estado (ESE) más cercana a su lugar de residencia, a su vez, la Secretaria de Salud departamental realiza contrataciones con la red pública del departamento o establece articulaciones con las EPSs para garantizar la prestación de los servicios.

El modelo de atención a la PPNA busca garantizar la prestación de servicios de salud no cubiertos por la UPC del régimen subsidiado y mediante las auditorías para que los servicios de salud se entreguen con calidad, accesibilidad y oportunidad se busca salvaguardar el derecho al acceso con calidad y oportunidad a los servicios de salud por dicha población.

Conforme a lo antes expuesto, 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 artículo 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.

El presente documento, se estructura en dos (2) partes:

1. Lectura del territorio y de la caracterización del mismo, con un énfasis en la red de prestadores de servicios al servicio de las necesidades de la población y,
2. Estructura del modelo de prestación de servicios para la PPNA.

PARTE 1

ANÁLISIS DE LA SITUACION EN SALUD DE LA POBLACIÓN RISARALDENSE – ASIS

1. El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Risaralda 2024 constituye un instrumento fundamental para comprender de manera exhaustiva el estado de salud de la población del departamento. Su propósito principal es identificar los problemas de salud prioritarios y los diversos factores que influyen en el bienestar de la comunidad, sirviendo como base para la toma de decisiones en salud pública.

Contexto Demográfico: El ASIS 2024 detalla una tendencia a la baja en la tasa de natalidad en Risaralda, alcanzando un 7.1 por mil habitantes, una de las cifras más bajas de la última década Paralelamente, se observa un incremento en la población de 50 años y más, lo que implica un reto en la planificación de servicios orientados a la salud del adulto mayor. La esperanza de vida al nacer se sitúa en 77 años. La población del departamento se concentra mayoritariamente en la zona urbana.

Pobreza y Desigualdad Social: La pobreza persiste como un determinante social de la salud crucial, afectando al 27.1% de la población, con un 9% en condiciones de pobreza extrema. A pesar de esto, el departamento ha logrado una reducción en el coeficiente de Gini a 0.471 en 2023, sugiriendo una leve mejora en la equidad económica, aunque las desigualdades aún son significativas.

Perfil de Morbilidad: Las Enfermedades No Transmisibles (ECNT), como las cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, representan una alta carga de morbilidad en Risaralda. Los trastornos mentales, incluyendo el incremento de conductas suicidas y alteraciones psicosociales, también son relevantes. Además, el ASIS 2024 reporta un aumento en la notificación de eventos como agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia, violencias de género e intrafamiliar e intento de suicidio.

Causas de Mortalidad: Las enfermedades del sistema circulatorio continúan siendo la principal causa de muerte en el departamento, seguidas por una categoría amplia denominada "las demás causas" y las neoplasias. Se mantienen desigualdades en la mortalidad infantil, con una mayor afectación en la población indígena.

Determinantes Sociales de la Salud (DSS): El ASIS 2024 enfatiza la influencia de los DSS en la salud de la población, incluyendo la pobreza, el nivel educativo, las condiciones de empleo, el acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento, y las condiciones de vivienda5 .... Se identifican problemas de abastecimiento de agua potable en zonas rurales y deficiencias en la gestión de residuos sólidos.

Priorización de Problemas de Salud: Mediante la aplicación de una matriz de priorización, el ASIS 2024 destaca como problemas de mayor urgencia e impacto en la salud y el bienestar de la población: violencia de género e intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia.

2.Articulación con la Red de Prestación de Servicios de Salud:

El ASIS 2024, al identificar las necesidades de salud prioritarias, como la alta prevalencia de ECNT, la creciente problemática de salud mental y las disparidades en el acceso a servicios, proporciona información crucial para la planificación y el fortalecimiento de la Red de Prestación de Servicios de Salud (RPSS) en Risaralda.

La estructura de la RPSS, con su organización en tres regiones (Occidente, Centro y Oriente) y la diferenciación de niveles y tipologías de prestadores (PPA, PPB, PPC, PCA, PCB, PCC, PCD), busca dar respuesta a las necesidades de salud evidenciadas en el ASIS. Por ejemplo, la necesidad de fortalecer la atención en salud mental se alinea con la existencia y el rol del Prestador Complementario Tipo C Salud Mental (PCC- M).

La identificación de zonas con limitaciones en el acceso geográfico a los servicios, especialmente en áreas rurales (subrayado en el ASIS con problemas de agua y saneamiento), subraya la importancia de los Prestadores Primarios Tipo A1 (PPA1), ubicados estratégicamente en estas zonas, y la necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva del primer nivel de atención para evitar traslados innecesarios a centros urbanos.

El ASIS 2024 resalta la necesidad de una atención diferencial para poblaciones vulnerables, como la indígena. El "ConceptoRedMinsalid2022.pdf" contempla que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) implementen modelos de atención que consideren las particularidades culturales y necesidades específicas de estos grupos.

La alta carga de ECNT, identificada como un problema prioritario en el ASIS, se articula con la necesidad de contar con servicios robustos en los niveles secundario y terciario de la RPSS para el diagnóstico y tratamiento integral de estas enfermedades, así como con acciones de promoción de estilos de vida saludables y prevención en el primer nivel de atención.

3.Articulación con el Modelo en Salud (Atención Primaria en Salud - APS):

El ASIS RISARALDA 2024 respalda y justifica la adopción y el fortalecimiento del modelo de salud basado en la Atención Primaria en Salud (APS) como la estrategia central para mejorar la salud y el bienestar de la población. Los hallazgos del ASIS, como las marcadas desigualdades en el acceso a los servicios, las inequidades en los resultados de salud según la condición

socioeconómica y la alta prevalencia de problemas prevenibles, demuestran la urgencia de un enfoque que priorice la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la equidad y la acción intersectorial sobre los DSS, principios fundamentales de la APS.

La identificación de barreras de acceso geográfico y económico a los servicios, evidenciada en el ASIS, se alinea directamente con el objetivo de la APS de acercar los servicios de salud a las comunidades, especialmente a las más vulnerables y dispersas, y de fortalecer el primer nivel de atención como la puerta de entrada preferente al sistema.
La constatación en el ASIS de inequidades en salud estrechamente relacionadas con la pobreza y la pertenencia étnica, refuerza la importancia del enfoque de la APS en la equidad como principio rector y en la necesidad de implementar estrategias de atención diferencial que consideren las necesidades específicas de estos grupos poblacionales.

La priorización de la acción sobre los DSS en el ASIS 2024, como la pobreza, la falta de educación y las condiciones de vida precarias, es un componente central del modelo de APS, que reconoce que la salud está determinada por factores que trascienden la atención clínica individual y que requieren de intervenciones intersectoriales coordinadas.

El ASIS, al evidenciar la alta carga de ECNT y la creciente problemática de salud mental, apoya la necesidad de un modelo de APS que integre la promoción de estilos de vida saludables, la prevención y el manejo temprano y continuo de estas condiciones desde el primer nivel de atención, con el apoyo de los demás niveles de la red cuando sea necesario.

En resumen, el ASIS RISARALDA 2024, la Red de Prestación de Servicios de Salud y el modelo de APS se articulan de manera intrínseca. El ASIS proporciona el diagnóstico y las prioridades, la Red de Prestación ofrece la estructura y los recursos para la atención, y la APS establece el enfoque y los principios para la acción, buscando conjuntamente mejorar la salud y el bienestar de toda la población de Risaralda, con un énfasis especial en la reducción de las desigualdades sociales en salud.

SITUACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD DEPARTAMENTO DE RISARALDA.

Desde la Secretaría de Salud Departamental con su equipo técnico y profesional en coordinación con las D.L.S se viene trabajando en la búsqueda de población sin afiliar, pero aún existen barreras y obstáculos y a la fecha persiste una negativa de afiliación debido a la clasificación SISBEN D, al no estar de acuerdo con esta clasificación del DNP y que los obligaría a cotizar en contribución solidaria. Así mismo, las barreras de tipo étnicas y culturales presentes en las poblaciones indígenas.

Por otra parte, la población sin documentos valido para afiliar, migrantes irregulares en su mayoría y población esporádica que van de paso por nuestro departamento ya sea por ocio o trabajadores nómadas, situación que presenta varios desafíos debido al desconocimiento de regulación, protección y acceso a derechos fundamentales como lo es el de la salud. Brecha que se hace más grande debido a la falta de asesoría a la población de interés en temas como el acceso al Permiso de Protección Temporal (PPT).

Así las cosas, se hace necesario priorizar poblaciones como la población indígena, mujeres gestantes, en condición de calle, de discapacidad, LGTBIQ+, adultos mayores sin hogar y desplazados. Pero esto solo se logra en el momento en el que exista un trabajo de cooperación e interinstitucional entre los diferentes actores del sector

Se deben fortalecer y aumentar las capacidades del SISBEN en estos territorios y estabilizar financieramente el subsidio de la oferta y las E.S.E

1. Análisis de segmentación de la población por Municipio.

"Los datos de cobertura a nivel territorial (Departamento y municipio de afiliación), se basan en proyecciones poblacionales realizado por el DANE, estos datos de cobertura no incluyen la información de los regímenes especiales y/o de excepción de las fuerzas militares y Policía Nacional, toda vez que no se encuentran disponibles para desagregar por territorio. En este sentido pueden existir datos de cobertura muy inferiores al promedio nacional o superiores al 100% estos últimos para la población se dejan en el 100%

La cobertura corresponde a la relación del número de personas afiliadas al sistema de salud del régimen contributivo subsidiado y de excepción con respecto al total de la población según la proyección del DANE a cada corte"

* La diferencia de la proyección DANE vs Total afiliados, se presenta debido a que los migrantes regulares no se encuentran estadísticamente en el departamento.

Cifras de afiliación en salud con corte a febrero 2025

Cobertura del Sistema de Salud por Departamento y Municipio | Entidades Promotoras de Salud - EPS | Caracterización de los Afiliados

Seleccione el Departamento que desea consultar: Risaralda | Seleccione el Municipio que desea consultar: (Todo) | Fecha de Corte: (Valores múltiples)

	Nacional			Departamento Risaralda			Municipio Todo		
	diciembre de 2023	diciembre de 2024	febrero de 2025	diciembre de 2023	diciembre de 2024	febrero de 2025	diciembre de 2023	diciembre de 2024	febrero de 2025
Contributivo	23 467 303	23 293 991	22 810 235	577 977	576 163	567 754	577 977	576 163	567 754
Subsidiado	26 174 133	26 605 420	26 987 384	469 156	485 460	494 134	469 156	485 460	494 134
Excepción & Especiales	2 219 695	2 243 361	2 242 586	18 791	19 075	18 724	18 791	19 075	18 724
Afiliados	51 861 331	52 142 772	52 040 205	1 065 924	1 080 698	1 080 612	1 065 924	1 080 698	1 080 612
Población DANE	52 422 921	52 903 280	52 972 390	993 140	974 259	974 386	993 140	974 259	974 386
Cobertura	98,93%	98,56%	98,24%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Afiliados Subsidiado sin SISBEN IV	5 920 952	5 726 676	5 728 676	140 986	138 257	138 257	140 986	138 257	138 257
Afil. Pob. Especiales Subsidiado sin SISBEN IV	2 387 038	2 366 143	2 366 143	41 924	40 870	40 870	41 924	40 870	40 870
Afiliados de Oficio sin SISBEN IV	15 305	13 274	13 274	363	367	367	363	367	367
Afiliados Régimen Sub. No Pobre, No Vulnerable	29 442	28 587	29 888	267	279	330	267	279	330

Fuente: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

Tabla No 1: Cifras de cobertura del Sistema de salud según Ministerio de Salud y Protección Social para Risaralda con corte a febrero de 2025.

2.Identificación de los actores con quienes trabajar de la mano con los Municipios.

Fortalecimiento de las entidades municipales (DLS, ESEs e IPS) para la búsqueda activa y permanente de la población que cumpla con requisitos de afiliación, además trabajar de la mano con todos los organismos que contengan programas sociales que puedan ayudar en la identificación de aquellos usuarios. (educación, comisarias, desarrollo social, ICBF, fundaciones, CRUZ ROJA, juntas de acción comunal, líderes indígenas, LGTBIQ+ y otros)

3.Promover alianzas entre aseguradoras para cubrir población conjuntamente.

El área de aseguramiento de la secretaría de salud departamental actualmente viene recalcando a las Entidades Aseguradoras del Servicio de Salud, la importancia de lograr una caracterización poblacional según los estados de los usuarios según demográficas, geográficas, intrínsecas y de

comportamiento, con el fin de identificar las necesidades y motivaciones de estos al acceder a un servicio y así poder generar planes de acción según las prioridades identificadas.

4.Determinar acciones conjuntas alineadas a su presencia territorial.

Aunar esfuerzos junto a cada uno de los actores Municipales, para lograr cobertura de afiliación en las zonas rurales y dispersas, en su mayoría población indígena y campesinos, sin acceso a la salud.

A demás de fortalecer el trabajo conjunto con todos los grupos de interés y redes de apoyo generando bases de datos que permitan una identificación efectiva de la población objetivo. Así como generar acciones conjuntas entre la secretaria de salud departamental (SSD), las direcciones locales de salud (DLS), el SISBEN, MIGRACIÓN y las ESE en cada municipio de Risaralda.

Cifras de afiliación en salud con corte a febrero 2025

Cobertura del Sistema de Salud por Departamento y Municipio | Entidades Promotoras de Salud - EPS | Caracterización de los Afiliados

Seleccione el Departamento que desea consultar: Risaralda

Seleccione el Municipio que desea consultar: (Todo)

Seleccione la Entidad que desea consultar: (Todo)

Seleccione el Año que desea consultar: febrero de 2025

Departamento: Risaralda, Municipio: Todo

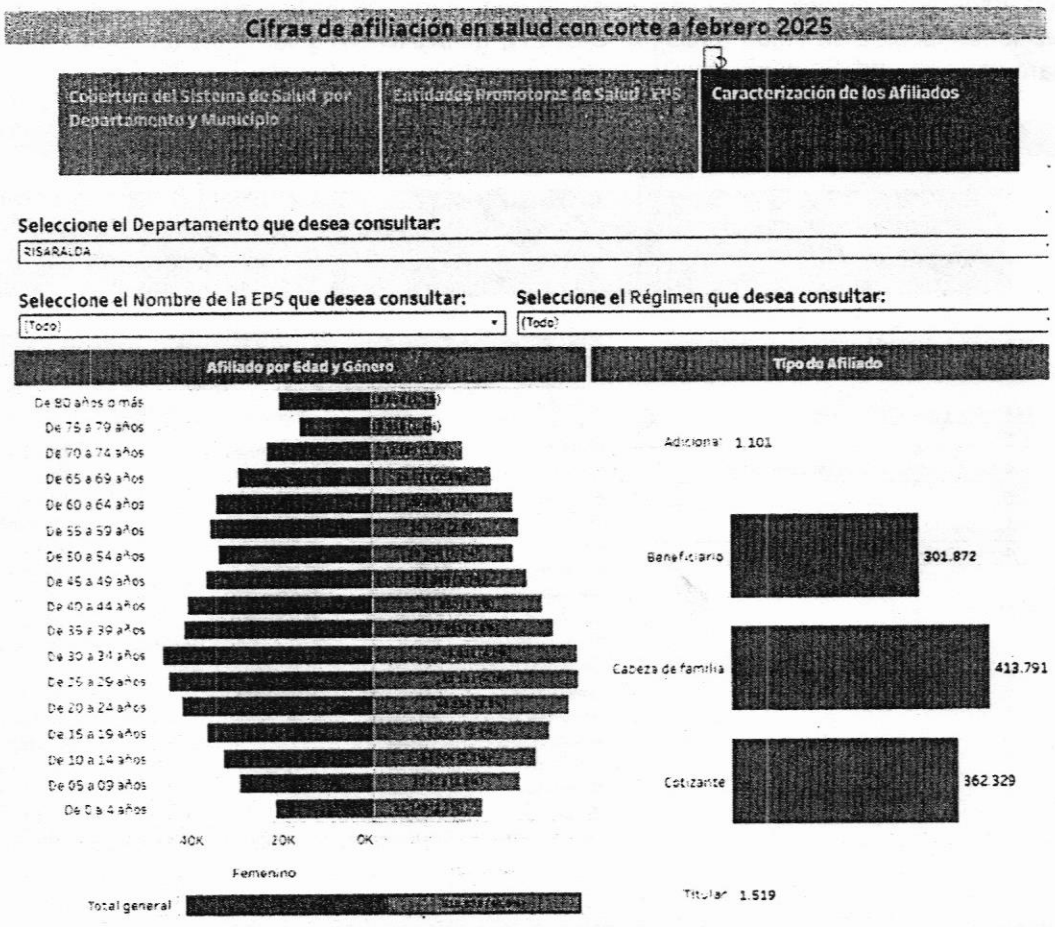
Nombre Entidad	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Régimen Excepción & Especiales	Total Afiliados
Salud Total EPS	189.150 (33,32%)	101.449 (20,53%)		290.599 (26,89%)
Nueva Eps	140.506 (24,75%)	99.127 (20,06%)		239.633 (22,18%)
Asmet Salud	8.193 (1,44%)	148.562 (30,07%)		156.755 (14,51%)
EPS Sura	103.819 (18,29%)	29.906 (6,05%)		133.725 (12,37%)
S.O.S	61.382 (10,81%)	22.530 (4,56%)		83.912 (7,77%)
EPS Sanitas	54.759 (9,64%)	15.496 (3,14%)		70.255 (6,50%)
Pijaos Salud Epsi	1.410 (0,25%)	30.117 (6,09%)		31.527 (2,92%)
Coosalud	2.489 (0,44%)	27.023 (5,47%)		29.512 (2,73%)
Régimen de Excepción			18.724 (100,00%)	18.724 (1,73%)
Famisanar EPS	4.294 (0,76%)	9.006 (1,82%)		13.300 (1,23%)
Comfenalco Valle	1.580 (0,28%)	10.917 (2,21%)		12.497 (1,16%)
Ferrocarriles Nales	169 (0,03%)			169 (0,02%)
Aliansalud Eps	1 (0,00%)			1 (0,00%)
Cef Del Chocó		1 (0,00%)		1 (0,00%)
Mallamas Epsi	1 (0,00%)			1 (0,00%)
Mutual Ser Eps	1 (0,00%)			1 (0,00%)
Total Afiliados Régi..	567.754 (100,00%)	494.134 (100,00%)	18.724 (100,00%)	1.080.612 (100,00%)

Fuente: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

Tabla No 2: Cifras de afiliación en salud por EPS según Ministerio de Salud y Protección Social para Risaralda con corte a febrero de 2025.

5.Acuerdos de acciones con otros sectores para registrar la población.

Actualmente se están llevando a cabo acciones de identificación de la población objetivo con los diferentes entes Municipales, implementando acuerdos y planes de mejoramiento frente al componente de aseguramiento y la garantía a los servicios de salud, afiliación al recién nacido logrando así la afiliación universal. Así mismo, se está trabajando con las autoridades indígenas y locales para la actualización de la población de los listados censales y reporte de novedades.



Fuente: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

Tabla No 3: Caracterización de los afiliados a la salud según Ministerio de Salud y Protección Social para Risaralda con corte a febrero de 2025.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN FINANCIERA DE LA RED PÚBLICA DE SALUD DE RISARALDA

Los informes financieros proporcionados presentan un panorama complejo de la situación financiera de la red pública de salud de Risaralda. Se evidencian dificultades para financiar los gastos corrientes con los ingresos corrientes, una alta dependencia de la cartera, problemas de liquidez y una creciente necesidad de recurrir a la recuperación de cartera de vigencias anteriores.

A continuación, se analizan los aspectos clave de la situación financiera de la red:

- **Déficit Operacional:** Los estados financieros revelan una **pérdida operacional** persistente. Esto significa que los ingresos generados por la prestación de servicios no son suficientes para cubrir los costos y gastos operativos.
- **Utilidad del Ejercicio:** A pesar del déficit operacional, la red ha logrado obtener una **utilidad del ejercicio** gracias a la diferencia positiva entre ingresos y gastos no operacionales. Sin embargo, esta utilidad no debe interpretarse como una señal de solidez financiera, ya que depende de factores externos a la operación principal de la red.
- **Dependencia de la Cartera:** La red pública de salud de Risaralda muestra una **alta dependencia de la cartera**. Esto se refleja en la relación entre el capital de trabajo y la cartera corriente, lo que indica que la red depende en gran medida de la recuperación de la cartera para financiar sus operaciones. Esta situación se agrava por la incertidumbre en la recuperación de la cartera, especialmente la de más de 360 días.
- **Problemas de Liquidez:** Los indicadores de liquidez se mantienen por **debajo de los niveles aceptables**. La liquidez se calcula dividiendo el pasivo corriente entre el activo corriente. Esto significa que la red tiene dificultades para cumplir con sus obligaciones de corto plazo. Varios municipios como Dosquebradas, Pereira, Santa Rosa, La Virginia, La Celia, Balboa y Quinchía presentan indicadores de liquidez particularmente bajos.

Financiación de Pasivos: La financiación de los pasivos exigibles representa un desafío para la red. En junio de 2024, la mayoría de las ESE necesitaban recurrir a la recuperación de cartera para cubrir sus pasivos. Varias ESE, como La Celia, Quinchía, Santa Rosa y San Jorge de Pereira, presentan un nivel de pasivos superior al valor de la cartera corriente, lo que genera serias dudas sobre su capacidad para cumplir con sus obligaciones financieras.

Impacto de las Vigencias Anteriores: Los informes destacan la importancia de la recuperación de cartera de vigencias anteriores para la financiación de la red. La recuperación de esta cartera ha sido deficiente. En junio de 2024, solo se había recuperado el 17.8% de la

cartera total de 2023. Esta situación limita la capacidad de las ESE para equilibrar sus finanzas y cubrir sus gastos.

Los informes financieros evidencian una situación preocupante en la red pública de salud de Risaralda. La pérdida operacional, la alta dependencia de la cartera, los problemas de liquidez y la dificultad para financiar los pasivos representan desafíos significativos para la sostenibilidad del sistema. Se requieren medidas urgentes para mejorar la eficiencia en la gestión financiera, aumentar los ingresos, controlar los gastos y fortalecer la recuperación de la cartera. Es fundamental que la Secretaría de Salud, las EAPB y las IPS trabajen de manera coordinada para superar estas dificultades y garantizar la prestación de servicios de salud de calidad a la población.

Problema Financiero	Magnitud	Gravedad/Severidad	Eficacia de la Intervención	Inequidad	Posicionamiento Institucional	Puntuación Total
Déficit Operacional	Alta	Alta	Media	Alta	Media	15
Alta Dependencia de la Cartera	Alta	Alta	Media	Alta	Media	15
Problemas de Liquidez	Alta	Alta	Media	Alta	Media	15
Dificultad para Financiar Pasivos	Alta	Alta	Baja	Alta	Baja	13
Baja Recuperación de Cartera de Vigencias Anteriores	Media	Media	Media	Media	Media	10
Falta de un Sistema de Información Financiera Unificado	Baja	Media	Alta	Baja	Alta	11

Tabla No 4. Matriz priorización situación financiera modelo Gobernanza.

ANÁLISIS DE LA CONFORMACIÓN DE LA RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

El REPS es la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se efectúa el registro y la inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y sus servicios habilitados. Es decir, todo prestador de servicios de salud que desee ofertar sus servicios debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, registrando como mínimo una sede con infraestructura física y por lo menos un servicio habilitado.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud son los entes rectores de administración, control y vigilancia del orden nacional para efectos del Sistema Único de Habilitación. Su revisión puede ser ejercida por la población en general, verificando que el Prestador de Servicios en Salud tenga visibles los Distintivos de Habilitación en cada una de sus sedes o instalaciones físicas; a su vez es competencia de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud el velar por el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación, realizar visitas de control y seguimiento, establecer planes de mejoría o dado el caso suspender la prestación de uno o varios servicios cuando se detecte que el Prestador de Servicios en Salud no cumple en el momento con los requisitos mínimos establecidos en la Norma.

Para el caso de los prestadores inscritos y servicios habilitados en Risaralda, estas acciones son realizadas por la Secretaría de Salud Departamental en los 14 municipios del Departamento.

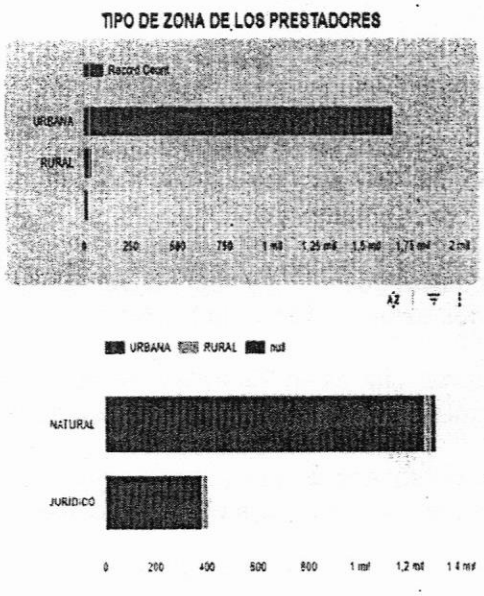
El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud son los entes rectores de administración, control y vigilancia del orden nacional para efectos del Sistema Único de Habilitación.

Su revisión puede ser ejercida por la población en general, verificando que el Prestador de Servicios en Salud tenga visibles los Distintivos de Habilitación en cada una de sus sedes o instalaciones físicas; a su vez es competencia de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud el velar por el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación, realizar visitas de control y seguimiento, establecer planes de mejoría o dado el caso suspender la prestación de uno o varios servicios cuando se detecte que el Prestador de Servicios en Salud no cumple en el momento con los requisitos mínimos establecidos en la Norma.

Para el caso de los prestadores inscritos y servicios habilitados en Risaralda, estas acciones son realizadas por la Secretaría de Salud Departamental en los 14 municipios del Departamento.

A continuación, se presenta la red de prestadores de servicios de salud según la información reportada en el REPS:

Tipo de prestadores por clase, naturaleza y ubicación geográfica: del total de 1714 prestadores de servicios de salud, se observa el predominio de la ubicación en la zona urbana de los municipios, así como un mayor número de personas naturales que jurídicas. Del mismo modo, una mayor concentración en el área metropolitana particularmente en el municipio de Pereira y en todo el departamento una concentración en la zona urbana.



	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CANTIDAD
1.	Risaralda	PEREIRA	1.455
2.	Risaralda	DOSQUEBRADAS	106
3.	Risaralda	SANTA ROSA DE CABAL	66
4.	Risaralda	LA VIRGINIA	25
5.	Risaralda	BELÉN DE UMBRÍA	13
6.	Risaralda	MISTRATÓ	9
7.	Risaralda	MARSELLA	9
8.	Risaralda	QUINCHÍA	8
9.	Risaralda	PUEBLO RICO	6
10.	Risaralda	SANTUARIO	5
11.	Risaralda	APÍA	5
12.	Risaralda	GUÁTICA	4
13.	Risaralda	LA CELIA	2
14.	Risaralda	BALBOA	1

1 - 14 / 14

Gráfico No 1: Caracterización red prestadores servicios de salud según REPS.

	CLASE PRESTADOR	CANTIDAD
1.	Profesional Independiente	1.253
2.	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - ...	794
3.	Transporte Especial de Pacientes	35
4.	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servici...	31

Gráfico No 2: Caracterización red prestadores según clase de prestador de servicios de salud según REPS.

En lo que respecta a los Profesionales independientes, están presentes en todo el departamento de Risaralda, excepto en el municipio de Balboa, predominando su presencia en las cabeceras urbanas y son de tipo persona natural.

1.	Risaralda	PEREIRA	1.124
2.	Risaralda	DOSQUEBRADAS	63
3.	Risaralda	SANTA ROSA DE CABAL	60
4.	Risaralda	LA VIRGINIA	17
5	Risaralda	BELÉN DE UMBRÍA	12
6.	Risaralda	MARSELLA	8
7	Risaralda	QUINCHÍA	6
8.	Risaralda	SANTUARIO	4
9.	Risaralda	PUEBLO RICO	3
10.	Risaralda	GUÁTICA	3
11	Risaralda	MISTRATÓ	3
12.	Risaralda	APÍA	3
13.	Risaralda	LA CELIA	1

Gráfico No 3: Caracterización red prestadores profesionales independientes según clase de prestador de servicios de salud según REPS.

Con relación a las Instituciones prestadoras de servicios de salud, las 366 IPS y sus sedes están presentes en todo el departamento de Risaralda, la presencia en zona rural (6%) se asocia con los puestos y centros de salud de la red pública primordialmente.

366 14,0



Gráfico No 4: Caracterización red prestadores instituciones prestadoras de servicios de salud según clase de prestador de servicios de salud según REPS.

Con respecto a los 4337 servicios declarados por los prestadores antes caracterizados, se tiene lo siguiente:

grse_nombre	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS	Objeto Social Diferente a la Prestación de Servicios de Salud	Profesional Independiente	Transporte Especial de Pacientes	Suma total
Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	682	17	118		817
Atención Inmediata	86	2		12	100
Consulta Externa	1690	68	1319		3077
Internación	123				123
Otros Servicios	2				2
Quirúrgicos	218				218
Suma total	**2801**	**87**	**1437**	**12**	**4337**

Tabla No 5: Caracterización red prestadores instituciones prestadoras de servicios de salud según grupo de servicios y clase de prestador de servicios de salud según REPS.

Los servicios ofertados en el departamento de Risaralda, se concentran en las IPS públicas y privadas, para el caso de profesionales independientes se direcciona hacia la consulta externa primordialmente.

CONFORMACIÓN DE LA RED PÚBLICA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EN RISARALDA

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.

La red de prestadores de servicios de salud en Risaralda se organiza principalmente en **tres regiones de salud** para facilitar la gestión y el acceso a los servicios: **Occidente, Centro y Oriente** [ii]. Cada región cuenta con una entidad de referencia y una variedad de prestadores según su nivel de complejidad y tipología [ii].

1.Región Occidente:

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

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.

Tabla No 6. E.S.E. Hospitales según origen y grado de complejidad Región Occidente. Departamento de Risaralda.

Municipios: Apía, Balboa, Belén de Umbría, Guática, La Celia, La Virginia, Mistrató, Pueblo Rico, Quinchía y Santuario [ii, 1180-1181].

La mayoría de las Empresas Sociales del Estado (ESE) en estos municipios son de **baja complejidad, clasificados como Tipo C (PPC)** [ii, 1180-1181, 1244-1249]. Estos prestadores ofrecen servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica general, atención de partos de bajo riesgo, urgencias de baja complejidad y laboratorio clínico básico [ii, 1227, 1249].

La **ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia** es la **cabeza de red de esta región** [ii, 1180-1181, 1307-1308] y se clasifica como de **mediana complejidad, Tipo A (PPA) proyectando a Tipo C (PPC)** [ii, 1188, 1239-1243, 1244-1249]. Actúa como centro de referencia para los municipios de la región occidental [ii, 1228].

Los servicios de **mediana y alta complejidad** para los habitantes de la región occidental se complementan principalmente con la **ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira** y la red de prestadores privados ubicados en Pereira [ii, 1179, 1183].

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

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
Marsella	E.S.E. Hospital San José	Bajo

Tabla No 7. E.S.E. Hospitales según origen y grado de complejidad Región Centro. Departamento De Risaralda.

Municipios: Principalmente Pereira y Marsella [ii, 1179, 1294].

En **Pereira**, la **ESE Salud Pereira** es el principal prestador de **baja complejidad, clasificado como Tipo C (PPC) proyectando a Mediana A (PPB)** [ii, 1184, 1239-1243, 1244-1249, 1305]. Opera a través de múltiples centros y puestos de salud [ii, 1295-1297]. 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 **mediana y alta complejidad** son cubiertas por el **Hospital Universitario San Jorge de Pereira**, que actúa como **cabeza de red** para todo el departamento y centro de referencia regional [ii, 1184, 1297, 1302]. 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.
También se incluye en esta región la **ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda (Homeris)**, clasificada como de **mediana complejidad, Tipo B (PCA-M)**, encargada de la atención en salud mental [ii, 1184, 1279-1282, 1298, 1304]. 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.

El municipio de **Marsella** cuenta con la **ESE Hospital San José**, de **baja complejidad, Tipo C (PPC)** [ii, 1186, 1244-1249, 1290, 1306].

3.Región Oriente:

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

Tabla No 8. E.S.E. Hospitales según origen y grado de complejidad Región Oriente. Departamento De Risaralda.

Municipios: Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal [ii, 1187].

La **ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas** es de **mediana complejidad, clasificada como Tipo A – B (PPA - PPB)** y actúa como **cabeza de red de esta región** [ii, 1187, 1239-1243, 1244-1249, 1293, 1326, 1329]. También garantiza servicios de baja complejidad en Dosquebradas [ii, 1187]. 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.

La **ESE Hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal** provee servicios de **baja complejidad, Tipo C (PPC)**, con una proyección a mediana complejidad ambulatoria [ii, 1187, 1244-1249, 1293, 1330]. La E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl del municipio de Santa Rosa de Cabal, oferta 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.

Niveles de Complejidad de las ESE:

Tercer Nivel (Alta Complejidad): ESE Hospital Universitario San Jorge de Pereira [ii, 1163, 1178, 1183].

Segundo Nivel (Mediana Complejidad): ESE Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, ESE Hospital San Pedro y San Pablo de La Virginia, ESE Hospital Mental Universitario de Risaralda (Homeris) [ii, 1163].

Primer Nivel (Baja Complejidad): Las 12 ESE restantes [ii, 1163].
Tipologías de Prestadores Propuestas:

Prestadores Primarios:

Tipo A (PPA): Atención de baja complejidad, servicios intra, extramural y telemedicina como prestador remisor [ii, 1227, 1231-1235].

Tipo A1 (PPA1): Similar al PPA, enfocado en zonas rurales, centros poblados y caseríos [ii, 1236-1238].

Tipo B (PPB): Baja complejidad y referencia, urgencias, atención del parto de bajo riesgo, soporte de laboratorio básico, con algunas especialidades para fortalecer RIAS [ii, 1228, 1239-1243].

Tipo C (PPC): Hospitalización y consulta especializada de mediana complejidad, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica [ii, 1228, 1244-1249].

Prestadores Complementarios:

Tipo A (PCA): Servicios especializados y subespecializados, mediana y alta complejidad ambulatoria y hospitalaria [ii, 1229, 1250-1264].

Tipo B Regional (PCB R): Servicios de alta complejidad, referencia regional [ii, 1265-1278].

Tipo C Salud Mental (PCC- M): Hospitalización y atención ambulatoria en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas [ii, 1279-1282].

Tipo D Materno Infantil (PCD MI): Atención integral materno infantil con énfasis en mediana y alta complejidad [ii, 1283-1289].

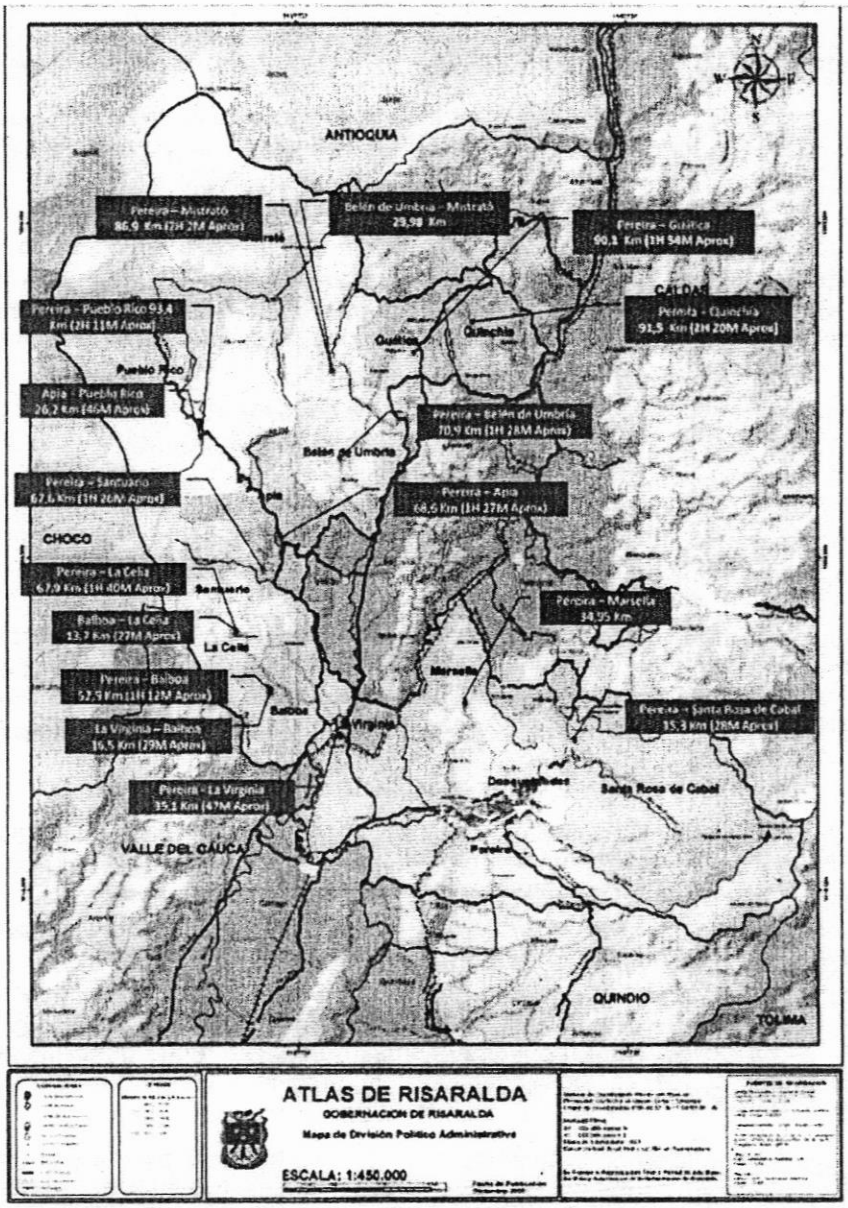


Gráfico No 5: Identificación de las distancias de los municipios a Pereira donde se concentra la red prestadores instituciones prestadoras de servicios de salud según REPS.

OFERTA DE LOS SERVICIOS DE TELESALUD EN RISARALDA

El modelo de atención propuesto se centra en la **Atención Primaria en Salud (APS)** como eje para reorientar la atención hacia la promoción y prevención, fortalecer la capacidad resolutiva del primer y segundo nivel y acercar los servicios a la comunidad [ii, 1217-1220].

La telesalud y la telemedicina son términos que se utilizan para referirse a la atención médica a distancia que se realiza a través de dispositivos electrónicos. Es importante considerar que la telesalud es la atención médica que se realiza a distancia, ya sea por teléfono, computadora o tableta y la telemedicina es la tecnología que se utiliza para realizar la telesalud.

La telemedicina es una herramienta que se utiliza en la atención primaria de salud para brindar servicios a distancia. Se basa en el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC).

La telemedicina puede ser una alternativa a las visitas presenciales cuando no son seguras o viables, por ejemplo, por las distancias, costos de desplazamiento y barreras incluso administrativas para los usuarios.

Se pueden usar diferentes tecnologías dependiendo de lo que se está haciendo o de los problemas que pueda tener, como si debe hacerse una revisión médica o si el médico necesita cierta información para ayudarle con su atención a distancia. Tenga en cuenta que algunos consultorios médicos o centros de atención médica no cuenta con ninguna tecnología, pero aquellos que la tienen podrían emplear lo siguiente:

- Videochat o videollamadas usando computadoras o teléfonos inteligentes para permitirle a usted y a su médico o enfermera ver y hablar entre sí en tiempo real
- Dispositivos que se pueden conectar a través de Internet para revisar los niveles sanguíneos o la presión arterial. Esto también se denominan *monitoreo remoto de pacientes (RPM)*
- Portales de pacientes en línea que le permiten a usted y a su proveedor de atención médica enviar y recibir mensajes. También es posible que pueda ver los resultados de las pruebas, las recetas actuales, las próximas citas y la información educativa compartida por su equipo de atención médica.

Los principales beneficios de la telemedicina: Elimina barreras físicas y geográficas, Facilita el acceso a la atención sanitaria, Contribuye a cerrar las brechas de acceso a los servicios sanitarios, Retos de la telemedicina, Interoperabilidad de sistemas, Seguridad y privacidad de los datos del paciente, Formación en competencias digitales del médico, Accesibilidad y equidad, Financiación y recursos, Adopción y uso de tecnologías, Regulación y normativa, Gestión del cambio.

En Colombia, la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social define los procedimientos y condiciones para la habilitación de servicios de salud, incluyendo la telemedicina. Esta resolución se creó para regular la telemedicina debido a su creciente popularidad.

¿Qué es la telemedicina?

- La telemedicina es una modalidad de atención médica a distancia que se basa en tecnologías de la información y la comunicación.
- Permite a los pacientes acceder a consultas médicas sin tener que acudir físicamente a un consultorio.
- Se puede utilizar en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

¿Cómo funciona la telemedicina?

- Se pueden utilizar métodos de comunicación sincrónicos o asincrónicos.
- Los métodos sincrónicos son transmisiones en vivo y en directo, mientras que los asincrónicos son aquellos en los que se envían textos, imágenes y datos sin necesidad de estar presentes al mismo tiempo.

¿Quiénes pueden ofrecer telemedicina?

- Los prestadores que ofrecen servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina pueden actuar como prestador remisor o prestador de referencia.

El proyecto considera la dotación con equipos médicos, de cómputo y conexión internet incluso la conexión a la historia clínica en cada una de las sedes remisoras, además inicialmente el HUSJ hace las veces como prestador de referencia y debe darle paso a la opción de incluir otros prestadores.



PROYECTO TELESALUD

Hospital Universitario San Jorge Pereira

SEDES

BENEFICIADAS

MUNICIPIO	ESE HOSPITAL	SEDE/VEREDA	MODALIDAD
APIA	ESE Hospital San Vicente de Paul	P.S. San Rafael	Telemedicina
BALBOA	ESE Hospital Cristo Rey	P.S. Tambores	Telemedicina
BELEN DE UMBRIA	ESE Hospital San José	Unidad Móvil	Telemedicina
DOSQUEBRADAS	ESE Hospital Santa Mónica	P.S. Villa Carola	Telexperticia
GUATICA	ESE Hospital Santa Ana	P.S. Santa Ana	Telemedicina
LA CELIA	ESE Hospital San José	Unidad Móvil	Telemedicina
MARSELLA	ESE Hospital San José	Unidad Móvil	Telemedicina
MISTRATO	ESE Hospital San Vicente de Paul	P.S. Puerto de Oro	Telexperticia
		P.S. Rio Mistrató	Telexperticia
		P.S. Purembara	Telexperticia
PEREIRA	ESE Salud Pereira	P.S. Puerto Caldas	Telexperticia
		P.S. Caimalito	Telexperticia
		P.S. Galicia	Telexperticia
PUEBLO RICO	ESE Hospital San Rafael	P.S. Villa Claret	Telexperticia
QUINCHIA	ESE Hospital Nazareth	P.S. Santa Elena	Telemedicina
SANTA ROSA DE CABAL	ESE Hospital San Vicente de Paul	P.S. La Florida	Telemedicina
		P.S. Santa Rita	Telemedicina
SANTUARIO	ESE Hospital San Vicente de Paul	P.S. Peralonso	Telemedicina

Tabla No 9. Municipios beneficiados por el proyecto de Telesalud en Risaralda.

CONSULTAS TELEMEDICINA POR ESE
JUNIO 2024 A ENERO 2025

MUNICIPIO	CONSULTAS	%
ESE HSR DE PUEBLO RICO	225	21,5%
ESE HSJ DE BELEN DE UMBRIA	156	14,9%
ESE HAS DE GUATICA	113	10,8%
ESE HSJ DE LA CELIA	112	10,7%
ESE HSVP DE MISTRATO	107	10,2%
ESE HSVP DE APIA	95	9,1%
ESE HSVP DE SANTA ROSA	89	8,5%
ESE HN DE QUINCHIA	48	4,6%
ESE SALUD PEREIRA	41	3,9%
ESE HSVP DE SANTUARIO	37	3,5%
ESE HSJ DE MARSELLA	16	1,5%
ESE HCR DE BALBOA	9	0,9%
TOTAL	1.048	100%

CONSULTAS TELEMEDICINA HUSJ
JUNIO 2024 AENERO 2025

ESPECIALIDAD	CONSULTAS	PORCENTAJE
Medicina Interna	575	54,9%
Dermatología	205	19,6%
Pediatría	84	8,0%
Ginecobstetricia	142	13,5%
Endocrinología	32	3,1%
Cardiología	9	0,9%
Infectología	1	0,1%
Total	1048	100%

Tabla No 10. Consultas telemedicina por el proyecto de Telesalud en Risaralda.

Esa oferta de servicios de salud, deberá ser tenida en cuenta a la hora de considerar la contratación entre IPS y EAPB en el territorio en pro de superar las barreras de acceso a los servicios de salud y demanda, especial atención en los procesos de habilitación y registro en el REPS.

PARTE 2

1.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.

2.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.

3.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. Auditoría 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.

4.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 Secretaria de Salud de Risaralda.

5.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.

6.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 debe 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

7.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.

8.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 y 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 formalizarán 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.

9.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, víctimas 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.

10.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..."

11.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.

12.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.

13.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".

14.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.

15.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.

16.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.

17. REQUISITOS POR PARTE DE LOS PRESTADORES

17.1HABILITACIÓN 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.

18.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.

19.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 períodos 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.

20.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.

El fortalecimiento de las fuentes de datos para el Ministerio de Salud se convierte en información vital para la toma de decisiones como los observatorios de:



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. 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.

Particularmente en el sistema de información del Departamento, el alto flujo de información que circula entre los diferentes actores del sistema de salud, obliga el uso de aplicativos cada vez más interconectados y que faciliten la captura con calidad y oportunidad del dato fuente. Es así que en las 16 ESE's del Departamento se cuenta con la historia clínica sistematizada, se viene adelantando gestión por cada gerente para el constante mantenimiento y actualización, originado desde el cambio normativo que a sufrido el sector en las últimas dos vigencias y que afecta entre otros temas, un eje importante que es el soporte de la facturación: El proceso de factura electrónica de venta – FEV en salud y registro individual de prestación de servicios de salud – RIPS. Resoluciones 1557 y 2275 del 2023 y 558, 1884, 1885 y 1886 del 2024.

Todos estos cambios normativos impactan directamente en las aplicaciones con que operan los diferentes actores, sin embargo, el objetivo de la norma es mejorar la información e incluir temas financieros que no contemplaban. Cabe anotar que, cada vez el Ministerio de Salud y la Protección Social busca la consolidación de su base de datos SISPRO como única fuente y proporciona acceso a los diferentes actores de acuerdo a su perfil y necesidades; caso puntual del portal Cuenta alto Costo y Atención Primaria en Salud APS.

No podemos pasar este capítulo sin recordar que este sector tiene un punto crítico en el ámbito de la Seguridad informática y es tema de asesoría y asistencia técnica constante, para evitar la pérdida o fuga de información sensible por demás ya normada.

En el tema de interoperabilidad el Departamento realizó los primeros pasos con un desarrollo propio que operó hasta la vigencia 2024, producto del proyecto "CONFORMACIÓN Y ARTICULACIÓN DE LA RED PÚBLICA DE PRESTADORES PARA CONTRIBUIR A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA", entregado oficialmente en la vigencia 2021, hoy obsoleto gracias a cambios normativos. Actualmente el Ministerio de Salud y la Protección social viene adelantando la "Implementación del mecanismo de interoperabilidad de historia clínica electrónica estandarizada para todo el país", mediante un resumen digital de atención RDA de las instituciones prestadoras de servicios de salud,

debidamente actualizado, lo viene realizando por Departamentos y etapas, Risaralda participó activamente durante el 2024 en las primeras etapas de conectividad y alistamiento de sistemas de información hospitalarios.

Por último, se citan algunos informes que se consolidan y envía desde Secretaria Departamental de Salud envía a las entidades Nacionales, originada desde el municipio o el prestador, con el objetivo de dimensionar la cantidad e importancia del flujo de información del sistema de salud en el Departamento:

Nombre del Informe	Norma o acto administrativo que lo soporta	Propósito del Informe	Destino
Registro único nacional del talento humano **RETHUS** (Registros profesionales SAC)	Resolución 3030-2014	Reportar los profesionales autorizados por el departamento para ejercer la profesión en el área de la salud	Minsalud
Información relacionada con las cuentas radicadas por concepto NO UPC	Circular 13 Anexo FT024	Información relacionada con las cuentas radicadas por concepto NO UPC, dado que estas cuentas se incluyen como inversiones computables para el cumplimiento del régimen de inversiones de las reservas técnicas	Supersalud
Circular externa Superintendencia Nacional de Salud	Circular Única: 277 - Reporte de transferencias - JUEGOS	Reunir en una sola circular la información requerida por la Supersalud por parte de los actores del sistema de salud	Supersalud
	Circular Única: 525 - Consolidado ejecución presupuestal Mantenimiento Hospitalario 526 - Acciones de Inspección y vigilancia mantenimiento hospitalario	Reunir en una sola circular la información requerida por la Supersalud por parte de los actores del sistema de salud	Supersalud
Informe de cartera del Sector Salud - MPS	Circular conjunta 030 de 2013	Procedimiento de aclaración de cartera, depuración de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios y recobros	Minsalud

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	Resolución 4505 de 2012 Resolución 1588 de 2016	Información pendiente	Minsalud
Archivo de compras y venta de medicamentos - SISMED	Circular 002 de 2011 Circular 006 de 2018	Sistema de información de precios de medicamentos	Minsalud
ST010 - Red de Proveedores de Servicios de Salud, Insumos y Medicamentos	Circular 008 de 2018	Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007	Supersalud
ST011 - Servicios Contratados	Circular 008 de 2018	Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007	Supersalud
Reporte de ejecución transferencia de recursos Resolución 2361 de 2016	Resolución 2361 de 2016	Fijar lineamienytos pararemisión de información de ejecución transferencia de recursos	Minsalud
Reporte proceso de conciliación y depuración de cuentas por cobrar	Circular 11 de 2020	Reporte proceso de conciliación y depuración de cuentas por cobrar	Supersalud
Información de las tecnologías sin cobertura en el POS	Resolución 1479 de 2015	Información de las tecnologías sin cobertura en el POS	Minsalud
FUT Victimas	Decreto 3402 de 2007	Formulario Único Territorial Victimas, FUT, de reporte de información, mediante el cual se recolectará información sobre la ejecución presupuestal de ingresos y gastos, y demás información oficial básica, para efectos del monitoreo, seguimiento, evaluación y control de las entidades territoriales frente a la atención de la población Victima	Gobernación
PAMEC calidad de la atención en salud ST001	Circular 12 de 2016	ST001 - Formulación y Seguimiento/Evaluación del Plan de Mejoramiento para alcanzar la calidad esperada	Supersalud
ST012 - Referencia y contrarreferencia	Circular 008 de 2018	Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007	Supersalud

Informe acciones de IVC a nivel territorial. Auditoria GAUID	Circular 001 de 2018	Guia Auditorias	Supersalud
Cuenta de Alto Costo - ERC	Resolución 2463 de 2014	Reporte de información pacientes PPNA con la patología requerida	CAC
Cuenta de Alto Costo - VIH	Resolución 4725 de 2011 Resolución 0783 de 2012	Reporte de información pacientes PPNA con la patología requerida	CAC
Cuenta de Alto Costo - Cáncer	Resolución 0247 de 2014	Reporte de información pacientes PPNA con la patología requerida	CAC
Cuenta de Alto Costo - Artritis	Resolución 1393 de 2015	Reporte de información pacientes PPNA con la patología requerida	CAC
Cuenta de Alto Costo - Huérfanas	Resolución 0430 del 2013	Reporte de información pacientes PPNA con la patología requerida	CAC
Reporte anuales Cuenta de Alto Costo - Reporte Hemofilia	Resolución 0123 de 2015	Reporte de información pacientes PPNA con la patología requerida	CAC
PAMEC calidad de la atencion en salud ST003	Circular 12 de 2016	ST003 - Reporte de seguimiento a la formulación y resultados de ejecución de los PAMEC de los prestadores de servicios de salud y de los municipios certificados de su jurisdicción	Supersalud
PAMEC calidad de la atencion en salud ST004	Circular 12 de 2016	ST004 - Reporte de Entidades Territoriales sobre monitoreo de calidad en salud	Supersalud
Circular Supersalud ST008 - Informe de IVC de la entidad territorial sobre atención de usuarios afectados por problemas y trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas	Circular 002 de 2018	ST008 - Informe de IVC de la entidad territorial sobre atención de usuarios afectados por problemas y trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas	Supersalud
Circular Supersalud ST009 - Acciones de Inspección y Vigilancia de la entidad territorial sobre las EAPB	Circular 002 de 2018	ST009 - Acciones de Inspección y Vigilancia de la entidad territorial sobre las EAPB	Supersalud
RUSICST - Reporte Unificado del sistema de Información, Coordinación y Seguimiento Territorial de la Política Pública de Víctimas del Conflicto Armado Interno	Decreto 4800 de 2011	El Reporte Unificado del sistema de Información, Coordinación y Seguimiento Territorial de la Política Pública de Víctimas del Conflicto Armado Interno	Gobernación

Seguimientos a Plan de acción, Subprogramas Secretaria de Salud	Ley 152 de 1994 Plan de Desarrollo	Informar las acciones desarrolladas por el programa, dando cumplimiento a lo establecido por el plan de desarrollo y los lineamientos dados a nivel Nacional Hacer seguimiento a los avances (ejecución en dinero y logros en porcentaje) por subprogramas, metas de producto y metas resultado	Gobernación
Seguimiento a Riesgos de gestión	Ley 152 de 1994	Seguimiento a riesgos del sub-proceso de gestión de al información	Gobernación
Plan de aplicación y ejecución de recursos de excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado.	Resolución 1756 de 2019 Resolución 1413 de 2020	**Anexo Técnico 2** Reporte consolidación de la actualización del plan de aplicación	Minsalud
		Anexo Técnico 4 Reporte consolidación de la ejecución trimestral acumulada por vigencia de los excedentes de la cuenta maestra de régimen subsidiado	Minsalud
		Anexo Técnico 6 Reporte consolidación de la ejecución histórica de excedentes de la cuenta maestra de régimen subsidiado	Minsalud
Reporte de información de caracterización de la población trabajadora del sector informal		Enviar al Ministerio de Salud y Protección Social los archivos planos con la información de caracterización de la población trabajadora del sector informal	Minsalud
Reporte Implementación y Seguimiento política pública	Resolución 2063 de 2017	Seguimiento, monitoreo y evaluación de la Política de Participación Social en Salud, que permita identificar los alcances, logros y aprendizajes de la misma por parte de los integrantes del Sector a través de SISPRO	Minsalud
Reporte de información para seguimiento saneamiento de cobros y recobros de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a UPC	Resolución 3315 de 2019. Anexos técnicos 1, 2 y 3 en formatos estándar. PUNTO FINAL	Definir términos y condiciones del Sistema de Información para Reporte de información para seguimiento saneamiento de cobros y recobros de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a UPC	Minsalud
	Anexo No 5 PUNTO FINAL	Reportar facturas y recobros auditados por Ente Territorial	Minsalud
	Anexo No 6 PUNTO FINAL	Reportar facturas y recobros pagados por Ente Territorial	Minsalud

Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna	Resolución 3280 de 2018	REPORTE DE INFORMACION DE LAS ATENCIONES EN SALUD A LAS GESTANTES, ATENCIÓN DEL PARTO Y EL PUERPERIO	Minsalud
Información Facturación Urgencias Migrantes	Res 220 de 2024	Reporte Trimestral de informacion y debe ser con firma del token del Gobernador.	Minsalud
FT033 Deuda por prestación de servicios de departamentos y distritos	2024151000000005-5	Fecha corte: 31 de diciembre de 2023. Fecha reporte: 20 de abril de 2024. Entidades territoriales departamentales y distritales	Supersalud
FT032 Ingresos departamentales totales y de salud	2024151000000005-5	Fecha corte: 31 de diciembre de 2023 Fecha reporte: 20 de abril de 2024.	Supersalud
FT034 Deuda por esfuerzo propio de departamentos y distritos	2024151000000005-5	Fecha corte: 31 de diciembre de 2023. Fecha reporte: 20 de abril de 2024.	Supersalud
SISDIS-Reporte de precios de Dispositivos Médicos	Circular 05 de 2018.	los fabricantes o importadores de los dispositivos médicos debidamente registrados ante el INVIMA e incorporados al régimen de libertad vigilada y las entidades que comercialicen o suministren dichos dispositivos serán responsables de efectuar el reporte de precios, a través de la Plataforma de Intercambio de Información (PISIS)	Minsalud
FT035	2024151000000005-5	Programación y ejecución presupuestal de ingresos del Fondo Local de Salud	Supersalud

Pereira, marzo de 2025

EDGAR HERNANDO NAVARRO ZULUAGA
Secretario de Salud Departamental

MARTHA ERESBEY YEPES BALLESTEROS
Director de Prestación de Servicios de Salud

Actualizado por: DIEGO ALEJANDRO RINCON HURTADO
Profesional Especializado - Coordinador Red de Servicios de Salud